



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Diseño, Aplicación y Evaluación del Plan de
Formación de Tutores de Atención Temprana

Noelia Orcajada Sánchez

2017



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Diseño, Aplicación y Evaluación del Plan de
Formación de Tutores de Atención Temprana

Tesis Doctoral realizada por
Dña. Noelia Orcajada Sánchez
2017

Dirigida por:
Dr. D. Francisco Alberto García Sánchez
Dra. Dña. María Cristina Sánchez López

Dedicado a toda mi
familia...

*Hoy es el mañana que
tanto te preocupaba
ayer*

(Gandhí)



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Francisco Alberto García Sánchez, Catedrático de Universidad del Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación en el Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Diseño, aplicación y evaluación del plan de formación de tutores de Atención temprana", realizada por D. Noelia Orcajada Sánchez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 20 de Marzo de 2017

Firmante: FRANCISCO ALBERTO GARCIA SANCHEZ - Fecha hora: 20170320 17:56:03 - E-mail de certificado: CHES.O-MUCV.OLU@RMUCV.ONA-CCVCA-120.



Código seguro de verificación: RUXFMtTP-Ob4xN7qU-4voKeLpc-rJpgld40

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 2 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <http://sede.um.es/validador/>



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. M^a Cristina Sánchez López, Doctora de Universidad del Área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación en el Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Diseño, aplicación y evaluación del plan de formación de tutores de Atención Temprana", realizada por D^a. Noelia Orcajada Sánchez, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 20 de Marzo de 2017

Firmante: MARIA CRISTINA SANCHEZ LOPEZ. Fecha: 2017.03.20 17:20:04. Emisor del certificado: O=U-FMTC, C=ES, CN=FMTC-ES



Código seguro de verificación: RUxFMpkD-hpuQZEXW-gZEYVh4y-T5OpM3L/

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 2 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <http://sede.um.es/validador/>

AGRADECIMIENTOS

Después del largo proceso que supone una tesis y tras concluir esta, mi tesis, me gustaría poder dejar constancia de lo importante que ha sido contar con el apoyo de aquellas personas que forman parte de mi día a día, tanto en el ámbito personal y familiar, como en el ámbito profesional, docente e investigador. Son diversos los roles y funciones que adoptamos al cabo del día, con la correspondiente responsabilidad y carga emocional que ello supone. Sin el apoyo y comprensión de mis seres más queridos, esta investigación no habría sido posible.

En primer lugar quiero agradecer a mis directores, el Dr. Francisco Alberto García Sánchez y la Dra. M^a Cristina Sánchez López, las horas que me han dedicado, la confianza que siempre han depositado en mí y el haberme transmitido la rigurosidad del trabajo bien hecho, sin su ayuda este trabajo no habría salido a la luz. Al Dr. Francisco Alberto García Sánchez le agradezco, especialmente, el que haya escuchado mis demandas y haya dado respuesta a todas mis preguntas, haciendo eco de su gran destreza docente e investigadora. A la Dra. M^a Cristina Sánchez López, le agradezco todas y cada una de sus sonrisas y sus palabras de ánimo y apoyo, sin ella el camino habría sido mucho más largo y tortuoso, es impensable el efecto que tiene una palabra de ánimo y una sonrisa de aliento para seguir escribiendo sin perder el rumbo.

Agradezco a todo el equipo de ASTRAPACE que me hayan abierto sus puertas y que, en nuestras muchas reuniones, me hayan hecho sentir una más del equipo.

A Pilar Mendieta, directora técnica de ASTRAPACE, le agradezco el que siempre haya encontrado el hueco para atenderme y tapar los poros de mi curiosidad.

A Pilar Castellanos, le agradezco su disponibilidad para resolver aquellas dudas más urgentes que no podían esperar a ser resueltas.

A Encarni Martínez, muchas gracias por su gran e incondicional ayuda, sin ella esta investigación habría empezado a dar sus frutos bastante más tarde.

A la Dra. Claudia Tatiana Escorcía Mora, no sé si hay palabras para agradecer su gran ayuda en mis circunstancias más difíciles, sin importar el momento ni la hora, como ella bien dice, somos aves nocturnas. Con ella he podido experimentar y entender el Modelo Centrado en la Familia.

Gracias a todos mis compañeros que estuvieron presentes en los inicios de mi carrera docente en la Universidad y a todos aquellos compañeros de docencia e investigación que, en algún momento, me han acompañado en esta trayectoria, ellos también han influido en la realización de esta tesis doctoral.

A mis compañeras de trabajo del Centro de Atención Educativa y de EquipoInSitu, por brindarme su apoyo y comprensión y por contribuir a hacer el camino un poco más fácil.

Gracias a todas las familias que han confiado y confían en mi quehacer profesional, sin duda ellos han sido la motivación para iniciarme en el mundo de la investigación.

A mi seño, la señorita Encarnita, gracias por enseñarme las habilidades de un buen docente, ella ha sido un ejemplo a seguir como maestra y como persona. Gracias por instruirme en el dominio de las palabras bien escritas, también sus enseñanzas impregnan cada párrafo escrito para esta investigación.

A Joaquín Lledó, gracias por todo el tiempo que me ha dedicado, su ayuda con las hojas de cálculo facilitó mucho los comienzos de esta tesis. A él y a toda su familia, Margot, Moisés y Ángela, les agradezco la inestimable ayuda para que este trabajo saliese a la luz y los momentos de ocio que me han permitido desconectar, para retomar con más fuerza, si cabe, este trabajo de investigación.

Gracias a mi gran amiga Helena, porque la distancia nunca ha sido un impedimento para notarnos cerca, por sentirse orgullosa de mí, como yo me siento de ella. También a su marido, Damien, y a sus hijos Esteban, Marco y Antón, por el tiempo que hemos compartido.

Gracias a mi inseparable e incondicional amiga, Merce, porque siempre ha sido un gran apoyo y siempre lo he sentido así, porque nunca han hecho falta las palabras para entendernos.

Mi agradecimiento más especial a toda mi familia, por todo el amor y la comprensión que me han dado y la confianza que siempre han tenido en mí.

Gracias a mi madre, ella me ha enseñado el amor que se tiene a un hijo y gracias a ella he aprendido a comprender a las familias y mimar mi trabajo con ellas. Gracias por enseñarme el valor que hay que tener en la vida y por no rendirse nunca, a pesar de las dificultades. De ella he aprendido a encajar los golpes bajos y a levantarme tras una caída. Ella ha sido mi motivación para seguir consiguiendo retos, porque la única manera que he encontrado de agradecerle su entrega y dedicación hacia mí, es haciéndola sentir orgullosa de mí. Espero haberlo conseguido.

A mi hermano, Néstor, le agradezco que haya sido mi hermano mayor, sus experiencias me han servido de guía en el camino que he querido tomar en la vida. Él me ha enseñado a ser hermana por encima de todo, a caminar obviando las dificultades y los obstáculos y a no descuidar el incalculable valor de un hermano que te protege sin medida.

A mi tía Amelia, por ser el gran apoyo que es, por dejar a un lado su vida y dedicarla a sus sobrinos a cambio de nada. Gracias por enseñarme el sentido de la exigencia y la constancia en el trabajo.

A mi tío Paquito y mi primo Francisco, por el gran apoyo que siempre me brindan, por estar cuando los necesito y poder contar siempre con ellos, gracias por entenderme, respetarme y valorarme.

A Cayetano, mi pareja, por soportar mis momentos de estrés y de agobio. Muchas gracias por acompañarme en este proceso y los sacrificios que ha supuesto, yo no sé si hubiese sido capaz de estar en su lugar, sin embargo él ha hecho el camino de esta tesis mucho más fácil y llevadero.

A mis cuñados José Luís y Rosi, por estar disponibles cuando los he necesitado. Gracias a mi sobrina Ana M^a, por compartir muchas de mis inquietudes, por entenderme y ayudarme.

Una pequeña muestra de agradecimiento a aquellos que no estuvieron cuando debían haber estado. También su ausencia ha contribuido a que hoy sea la persona que soy.

Finalmente, reservo mi agradecimiento más especial para dos de las personas más importantes en mi vida. A mi abuela y a mi tía Conchita, gracias por quererme y mimarme, gracias por cuidarme y hacerme sentir lo más importante de sus vidas. Su esfuerzo y sacrificio han servido para alcanzar mi meta. Siempre tendrán un lugar privilegiado en mi memoria.

¡A todos y cada uno, mil gracias por apoyar y vivenciar mi proyecto!

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	35
MARCO TEÓRICO	47
CAPÍTULO 1.- ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	49
1.1.- Desde las neurociencias.....	49
1.2.- Desde el psicoanálisis.....	60
1.3.- Desde la Psicología Evolutiva.....	67
CAPÍTULO 2.- HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA.....	79
2.1.- Primeras experiencias con Atención Temprana en España.....	79
2.2.- Contribuciones relevantes al desarrollo de la Atención Temprana en Estados Unidos.....	90
2.3.- Contribuciones relevantes al desarrollo de la Atención Temprana en España.....	103
2.4.- Evolución conceptual de la Atención Temprana	108
2.5.- La Atención Temprana en otros países de nuestro entorno	130
CAPÍTULO 3.- ORIENTACIÓN Y ACCIONES DE APOYO EN ATENCIÓN TEMPRANA....	139
3.1.- El paradigma de intervención centrada en la familia y prácticas de apoyo.....	139
3.2.- Del modelo clínico al paradigma de intervención centrada en la familia a través de las Acciones de Apoyo y el trabajo en equipo	149
3.3.- Acciones de Apoyo. Definición de estrategias.....	168
CAPÍTULO 4.- FORMACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA	189
4.1.- Formación curricular en Atención Temprana.....	189
4.2.- Necesidades actuales de formación en Atención Temprana	204
MARCO EMPÍRICO	225
FASE I: EVALUACIÓN DEL DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DEL PLAN DE FORMACIÓN EN ACCIÓN TUTORIAL PARA TERAPEUTAS DE ATENCIÓN TEMPRANA	227
CAPÍTULO 5.- EVALUACIÓN DEL DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DEL PLAN DE FORMACIÓN EN ACCIÓN TUTORIAL PARA TERAPEUTAS DE ATENCIÓN TEMPRANA	229
5.1.- INTRODUCCIÓN FASE I.....	229
5.2.- OBJETIVOS FASE I	230
5.2.1.- Objetivo general FASE I.....	230
5.2.2.- Objetivos específicos FASE I.....	230
5.3.- MÉTODO FASE I.....	231
5.3.1.- Población y muestra participante.....	231
5.3.2.- Contexto	233
5.3.3.- Instrumentos.....	240
5.3.3.1.- Cuestionario de evaluación del diseño del plan de formación	240
5.3.3.2.- Cuestionario de evaluación formativa.....	241
5.3.3.3.- Cuestionario de evaluación inicial y sumativa.....	242
5.3.3.4.- Fichas de trabajo y reflexión para el desarrollo de los seminarios	243
5.3.4.- Procedimiento	245
5.3.4.1.- Evaluación del diseño del plan de formación.....	246
5.3.4.2.- Evaluación de la implementación del plan de formación	248
5.3.5.- Variables y análisis de datos.....	254
5.3.5.1.- Variables para la evaluación de las necesidades de formación.....	254
5.3.5.2.- Variables para la evaluación del diseño del Plan de Formación.....	254

5.3.5.3.- Variables para la evaluación de la implementación del Plan de Formación...	255
5.3.5.4.- Análisis de datos	255
5.4.- RESULTADOS.....	257
5.4.1.- Necesidades de formación en Acciones de Apoyo	257
5.4.2.- Diseño del Plan de Formación en Acciones de Apoyo.....	261
5.4.3.- Implementación del plan de formación en Acciones de Apoyo.....	266
5.4.4.- Evolución del Plan de Formación en Acciones de apoyo	276
5.5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FASE I.....	280
5.5.1.- Objetivo 1. Diseñar un Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.....	282
5.5.2.- Objetivo 2. Evaluar el diseño del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana	288
5.5.3.- Objetivo 3. Analizar la implementación del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.....	291
5.5.4.- Objetivo 4. Valorar los resultados del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.....	295

FASE II: EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE APOYO A LAS FAMILIAS 299

CAPÍTULO 6.- EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE APOYO A LAS FAMILIAS 301

6.1.- INTRODUCCIÓN FASE II.....	301
6.2.- OBJETIVOS FASE II.....	303
6.2.1.- Objetivo general FASE II.....	303
6.2.2.- objetivos específicos FASE II.....	303
6.3.- MÉTODO FASE II.....	304
6.3.1.- Población y muestra participante	304
6.3.1.1.- Población y muestra participante de niños y familias.....	304
6.3.1.2.- Población y muestra participante de profesionales.....	318
6.3.2.- Contexto	321
6.3.3.- Instrumentos.....	321
6.3.3.1.- Registros de Acciones de Apoyo	321
6.3.3.2.- Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT).....	323
6.3.3.3.- Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA).....	325
6.3.3.4.- Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA).....	327
6.3.4.- Procedimiento	328
6.3.5.- Variables y análisis de datos.....	331
6.3.5.1.- Características de los niños objeto de estudio.....	332
6.3.5.2.- Características de los profesionales objeto de estudio.....	333
6.3.5.3.- Acciones de Apoyo.....	334
6.3.5.4.- Análisis de datos	337
6.4.- RESULTADOS.....	338
6.4.1.- Número de familias, acciones de apoyo-modalidad y trimestre	338
6.4.1.1.- Familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria e integrada según trimestre.....	338
6.4.1.2.- Familias y Acciones de Apoyo según modalidad ordinaria-con observación y trimestre.....	340
6.4.1.3.- Familias y Acciones de Apoyo según modalidad ordinaria-sin observación y trimestre.....	342
6.4.1.4.- Familias según volumen de Acciones de Apoyo ordinarias y trimestre.....	344
6.4.1.5.- Familias y Acciones de Apoyo según modalidad ordinaria-demandada y trimestre.....	349
6.4.1.6.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-orales y trimestre.....	352

6.4.1.7.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-herramientas y trimestre	356
6.4.1.8.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-herramienta-escritas y trimestre.....	359
6.4.1.9.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad-ordinaria-herramienta-videos y trimestre.....	362
6.4.1.10.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-compartida según trimestre.....	364
6.4.1.11.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad en cada trimestre	367
6.4.1.11.1.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad según trimestre	367
6.4.1.11.2.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad tras el Programa de Formación.....	368
6.4.2.- Número de familias, acciones de apoyo-modalidad, diagnóstico médico y trimestre.....	370
6.4.2.1.- Familias y Acciones de Apoyo ordinario según diagnósticos médicos y trimestre	370
6.4.2.1.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinario según diagnóstico médico y trimestre.....	370
6.4.2.1.2.- Acciones de Apoyo ordinario según diagnóstico médico y trimestre.....	373
6.4.2.1.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinario según diagnóstico médico y trimestre.....	374
6.4.2.2.- Familias con Acciones de Apoyo integradas según diagnóstico médico y trimestre.....	377
6.4.2.3.- Familias con Acciones de Apoyo ordinaria e integrada según diagnóstico médico y trimestre	378
6.4.2.4.- Familias y Acciones de Apoyo ordinario sin observación según diagnóstico médico y trimestre	380
6.4.2.4.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias sin observación directa según diagnóstico médico y trimestre	380
6.4.2.4.2.- Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico médico y trimestre.....	382
6.4.2.4.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico médico y trimestre	383
6.4.2.5.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias con observación según diagnóstico médico y trimestre	385
6.4.2.5.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias con observación según diagnóstico médico y trimestre	385
6.4.2.5.2.- Acciones de Apoyo ordinarias-con observación según diagnóstico médico y trimestre.....	387
6.4.2.5.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinario con observación atendiendo al diagnóstico médico y trimestre.....	389
6.4.2.6.- Familias y Acciones de Apoyo ordinario con demanda según diagnóstico médico y trimestre.....	390
6.4.2.6.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinario con demanda según diagnóstico y trimestre.....	390
6.4.2.6.2.- Acciones de Apoyo ordinarias con demanda según diagnóstico médico y trimestre.....	392
6.4.2.6.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias con demanda atendiendo al diagnóstico médico y trimestre	394
6.4.2.7.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias-orales atendiendo al diagnóstico médico y trimestre	396

6.4.2.7.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico médico y trimestre.....	396
6.4.2.7.2.- Acciones de Apoyo ordinarias orales según diagnóstico médico y trimestre.....	399
6.4.2.7.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-orales atendiendo al diagnóstico médico y trimestre	402
6.4.2.8.- Familias y Acciones de Apoyo-herramientas atendiendo al diagnóstico médico y trimestre.....	404
6.4.2.8.1.- Familias con Acciones de Apoyo-herramientas según diagnóstico médico y trimestre.....	404
6.4.2.8.2. Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-escritas según diagnóstico médico y trimestre	408
6.4.2.8.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-videos según diagnóstico médico y trimestre	409
6.4.2.9.- Familias y Acciones de Apoyo-compartidas atendiendo al diagnóstico médico y trimestre.....	411
6.4.2.9.1.- Familias con Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico médico y trimestre.....	411
6.4.2.9.2.- Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico médico	412
6.4.2.9.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico médico y trimestre.....	415
6.4.2.10.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo-modalidad, según diagnóstico médico	417
6.4.2.10.1.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria, según diagnóstico médico.....	417
6.4.2.10.2.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-sin observación, según diagnóstico médico.....	418
6.4.2.10.3.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-con observación, según diagnóstico médico.....	419
6.4.2.10.4.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-demandadas, según diagnóstico médico.....	420
6.4.2.10.5. Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-orales, según diagnóstico médico.....	421
6.4.2.10.6.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-con herramientas, según diagnóstico médico	422
6.4.2.10.7.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-compartidas según diagnóstico médico	423
6.4.2.10.8.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad integrada, según diagnóstico médico.....	424
6.4.3.- Número de familias, Acciones de Apoyo-modalidad, diagnóstico funcional y trimestre.....	425
6.4.3.1.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional trimestre	425
6.4.3.1.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional y trimestre.....	425
6.4.3.1.2.- Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional y trimestre.....	427
6.4.3.1.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional y trimestre.....	429
6.4.3.2.- Familias con Acciones de Apoyo integradas según diagnóstico funcional y trimestre.....	431
6.4.3.3.- Familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria e integrada según diagnóstico funcional y trimestre.....	433
6.4.3.4.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias sin observación directa según diagnóstico funcional y trimestre.....	434

6.4.3.4.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias sin observación directa según diagnóstico funcional y trimestre.....	434
6.4.3.4.2.- Acciones de Apoyo-ordinarias sin observación directa según diagnóstico funcional.....	436
6.4.3.4.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico funcional y trimestre.....	437
6.4.3.5.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias con observación atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	439
6.4.3.5.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias con observación según diagnóstico médico y trimestre.....	439
6.4.3.5.2.- Acciones de Apoyo-ordinarias con observación según diagnóstico funcional y trimestre.....	441
6.4.3.5.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-ordinarias con observación atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	442
6.4.3.6.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias con demanda atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	444
6.4.3.6.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias con demanda según diagnóstico funcional y trimestre.....	444
6.4.3.6.2.- Acciones de Apoyo ordinarias con demanda según diagnóstico funcional y trimestre.....	445
6.4.3.6.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias con demanda atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	447
6.4.3.7.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias-orales atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	448
6.4.3.7.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinarias orales según diagnóstico funcional y trimestre.....	448
6.4.3.7.2.- Acciones de Apoyo ordinarias orales según diagnóstico funcional y trimestre.....	451
6.4.3.7.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico funcional y trimestre.....	452
6.4.3.8.- Familias y Acciones de Apoyo-herramientas según diagnóstico funcional y trimestre.....	453
6.4.3.8.1.- Familias con Acciones de Apoyo-herramientas según diagnóstico funcional y trimestre.....	453
6.4.3.8.2.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-escritas según diagnóstico funcional y trimestre.....	455
6.4.3.8.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-videos atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	456
6.4.3.9.- Familias y Acciones de Apoyo-compartidas atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	457
6.4.3.9.1.- Familias con Acciones de Apoyo-compartidas atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre.....	457
6.4.3.9.2.- Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico funcional y trimestre...	459
6.4.3.9.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico funcional y trimestre.....	460
6.4.3.10.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad según diagnóstico funcional.....	461
6.4.3.10.1.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria según diagnóstico funcional.....	461
6.4.3.10.2.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-sin observación según diagnóstico funcional.....	462
6.4.3.10.3.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-con observación según diagnóstico funcional.....	463

6.4.3.10.4.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria- demandadas según diagnóstico funcional	464
6.4.3.10.5.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria- orales según diagnóstico funcional	465
6.4.3.10.6.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria con herramientas según diagnóstico funcional.....	466
6.4.3.10.7.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria- compartidas según diagnóstico funcional.....	467
6.4.3.10.8.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad integrada según diagnóstico funcional	468
6.4.4.- Acciones de Apoyo-modalidad, perfil profesional y trimestre.....	469
6.4.4.1.- Acciones de Apoyo-ordinarias según perfil profesional y trimestre	469
6.4.4.2.- Evolución Acciones de Apoyo-ordinarias según perfil profesional y trimestre.....	471
6.4.4.3.- Acciones de Apoyo-integradas según perfil profesional y trimestre.....	472
6.4.4.4.- Evolución Acciones de Apoyo-integradas según perfil profesional y trimestre	474
6.4.5.- Acciones de Apoyo-modalidad y experiencia profesional	475
6.4.5.1.- Acciones de Apoyo-ordinarias según experiencia laboral.....	475
6.4.5.2.- Volumen medio Acciones de Apoyo-ordinarias según experiencia laboral	476
6.4.5.3.- Acciones de Apoyo-integradas según experiencia laboral.....	477
6.4.5.4.- Volumen medio Acciones de Apoyo-integradas según experiencia laboral	478
6.4.6.- Acciones de Apoyo-modalidad, cociente emocional y trimestres.....	479
6.4.6.1. Perfil inteligencia emocional.....	479
6.4.6.2.- Acciones de Apoyo-modalidad según cociente emocional	480
6.4.7.- Acciones de Apoyo-modalidad, empatía y trimestres	482
6.4.7.1.- Perfil nivel empatía	482
6.4.7.2.- Acciones de Apoyo-modalidad según nivel de empatía.....	483
6.4.8.- Acciones de Apoyo-modalidad, personalidad y trimestre	485
6.4.8.1.- Perfil Personalidad.....	485
6.4.8.2.- Acciones de Apoyo-modalidad según cuidado responsable.....	487
6.4.8.3.- Acciones de Apoyo-modalidad según cuidado afectivo	489
6.4.8.4.- Acciones de Apoyo-modalidad según sensibilidad.....	491
6.4.8.5.- Acciones de Apoyo-ordinarias según agresividad.....	493
6.5.- DISCUSIÓN FASE II	495
6.5.1.- Objetivo1_Analizar el número de familias y Acciones de Apoyo según modalidad y trimestre.....	496
6.5.2.- Objetivo 2_Analizar el número de familias y Acciones de Apoyo según modalidad, diagnóstico médico y trimestre	499
6.5.3 Objetivo 3_Analizar el número de familias y Acciones de Apoyo según modalidad, diagnóstico funcional y trimestre.....	502
6.5.4.- Objetivo 4_Analizar las acciones de apoyo según modalidad, perfil profesional y trimestre.....	505
6.5.5.- Objetivo 5_Analizar las Acciones de Apoyo según modalidad, experiencia profesional y trimestre.....	507
6.5.6.- Objetivo 6_Analizar las Acciones de Apoyo según modalidad, cociente emocional y personalidad.....	509
CONCLUSIONES.....	513
REFERENCIAS.....	525
LEYES	550
ANEXOS	551

INDICE DE TABLAS

Tabla 2.1	<i>Evolución histórica de la Atención Temprana</i>	120
Tabla 2.2	Características del Coaching en Atención Temprana	147
Tabla 3.1	Interacción del equipo de Atención Temprana	152
Tabla 4.1	Competencias básicas del profesional de Atención Temprana en diferentes áreas	198
Tabla 4.2	Carencias en la formación inicial de la Atención Temprana	200
Tabla 4.3	Curriculum básico y complementario para profesionales de Atención Temprana	201
Tabla 4.4	Comparativa en el tratamiento de la discapacidad	206
Tabla 5.1	Plantilla de profesionales	232
Tabla 5.2	Clasificación de los ítems sobre el diseño del Plan de Formación	241
Tabla 5.3	Aspectos valorados en el cuestionario de evaluación formativa	242
Tabla 5.4	Cronograma Programa de Formación Acción Tutorial	249
Tabla 5.5	Variables fase I_Diseño Plan de Formación	254
Tabla 5.6	Variables fase I_Implementación Plan de Formación	255
Tabla 5.7	Necesidades de formación en profesionales de Atención Temprana	258
Tabla 5.8	Punto de partida del Programa de Formación	261
Tabla 5.9	Utilidad del Programa de Formación	262
Tabla 5.10	Viabilidad del Programa de Formación	263
Tabla 5.11	Coherencia del Programa de Formación	264
Tabla 5.12	Evaluabilidad del Programa de Formación	265
Tabla 5.13	Puntuación media global de cada dimensión del Programa de Formación	266
Tabla 5.14	Valoración de los contenidos impartidos en los seminarios de formación	267
Tabla 5.15	Valoración de la metodología empleada en los seminarios de formación	269

Tabla 5.16	Valoración de los objetivos establecidos en los seminarios de formación	271
Tabla 5.17	Valoración de la temporización de cada seminario de formación	272
Tabla 5.18	Valoración de los materiales utilizados en cada seminario de formación	273
Tabla 5.19	Valoración de los docentes que imparten cada seminario de formación	274
Tabla 5.20	Valoración de la utilidad de cada seminario de formación	275
Tabla 5.21	Valoración de satisfacción de profesionales usuarios - seminario de formación	276
Tabla 5.22	Necesidades de formación inicial y final. Importancia otorgada	277
Tabla 5.23	Necesidades de formación inicial y final. Grado de cumplimiento	279
Tabla 6.1	Motivo de exclusión de la muestra participante inicial	306
Tabla 6.2	Número de usuarios por curso académico	307
Tabla 6.3	Número de usuarios por trimestres	308
Tabla 6.4	Número de usuarios atendiendo al género y al curso académico	311
Tabla 6.5	Edad de los niños usuarios del CDIAT	313
Tabla 6.6	Distribución de usuarios atendiendo a su diagnóstico médico	314
Tabla 6.7	Diagnósticos médicos por trimestre	315
Tabla 6.8	Distribución de usuarios atendiendo a su diagnóstico médico	316
Tabla 6.9	Diagnósticos funcionales por trimestre	317
Tabla 6.10	Distribución de los distintos perfiles profesionales desempeñados	319
Tabla 6.11	Distribución de usuarios atendiendo a su edad	320
Tabla 6.12	Correspondencia Rama-Tarea MSCEIT	324
Tabla 6.13	Características niños	333
Tabla 6.14	Características profesionales	333

Tabla 6.15	Acciones de Apoyo	334
Tabla 6.16	Familias con Acciones de Apoyo ordinarias e integradas	339
Tabla 6.17	Recuento de familias y Acciones de Apoyo con observación según trimestre	341
Tabla 6.18	Recuento de familias y Acciones de Apoyo sin observación según trimestre	343
Tabla 6.19	Familias según número de Acciones de Apoyo ordinarias por trimestre	344
Tabla 6.20	Familias y Acciones de Apoyo demandadas según trimestre	350
Tabla 6.21	Familias y Acciones de Apoyo orales según trimestre	352
Tabla 6.22	Familias y Acciones de Apoyo con herramientas según trimestre	356
Tabla 6.23	Familias y Acciones de Apoyo con Orientaciones escritas según trimestre	360
Tabla 6.24	Familias y Acciones de Apoyo con vídeo según trimestre	362
Tabla 6.25	Familias y Acciones de Apoyo compartidas según trimestre	365
Tabla 6.26	Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad en cada trimestre	367
Tabla 6.27	Evolución de las Acciones de Apoyo-modalidad tras el Programa de Formación	369
Tabla 6.28	Familias con Acción de Apoyo ordinaria según diagnóstico médico	371
Tabla 6.29	Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico médico	373
Tabla 6.30	Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias- diagnóstico médico y trimestre	375
Tabla 6.31	Familias con Acciones de apoyo integradas según diagnóstico médico	377
Tabla 6.32	Familias Apoyo ordinarias (Or) e integradas (In) según diagn. médico y trimestre	379
Tabla 6.33	Familias con Acciones de apoyo sin observación directa según diagnóstico médico	380
Tabla 6.34	Acciones de apoyo sin observación directa según diagnóstico médico	382

Tabla 6.35	Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación diagn. médico y trimestre	384
Tabla 6.36	Familias con Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico médico	386
Tabla 6.37	Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico médico	388
Tabla 6.38	Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-con observación- diagn. médico y trimestre	389
Tabla 6.39	Familias con Acciones de Apoyo demandadas por padres según diagnóstico médico	390
Tabla 6.40	Acciones de Apoyo demandadas por los padres según diagnóstico médico	392
Tabla 6.41	Volumen de Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas- diagn. médico y trimestre	395
Tabla 6.42	Familias con Acciones de Apoyo orales según diagnóstico médico	397
Tabla 6.43	Acciones de apoyo orales según diagnóstico médico	400
Tabla 6.44	Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-orales- diagn. médico y trimestre	402
Tabla 6.45	Familias con Acciones de apoyo con herramientas según diagnóstico médico	404
Tabla 6.46	Volumen medio de Acciones de Apoyo-escritas según diagnóstico médico y trimestre	408
Tabla 6.47	Volumen medio de Acciones de Apoyo-vídeos diagnóstico médico y trimestre	410
Tabla 6.48	Familias con Acciones de apoyo compartidas según diagnóstico médico	411
Tabla 6.49	Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico médico y trimestre	413
Tabla 6.50	Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-compartidas-diagn. médico y trimestre	415
Tabla 6.51	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico médico	417

Tabla 6.52	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico médico	418
Tabla 6.53	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-con observación según diagnóstico médico	419
Tabla 6.54	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas según diagnóstico médico	420
Tabla 6.55	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico médico	421
Tabla 6.56	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias con herramientas según diagnóstico médico	422
Tabla 6.57	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias compartidas según diagnóstico médico	423
Tabla 6.58	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias integradas según diagnóstico médico	424
Tabla 6.59	Familias con Acción de Apoyo ordinaria según diagnóstico funcional	426
Tabla 6.60	Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional	428
Tabla 6.61	Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-diagnóstico funcional y trimestre	430
Tabla 6.62	Familias con Acción de Apoyo integrada según diagnóstico funcional	431
Tabla 6.63	Familias Apoyo ordinarias (Or) e integradas (In) según diagn. funcional y trimestre	433
Tabla 6.64	Familias con Acciones de Apoyo sin observación directa según diagnóstico funcional	435
Tabla 6.65	Acciones de apoyo sin observación directa según diagnóstico funcional	436
Tabla 6.66	Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación diagn. funcional y trimestre	437
Tabla 6.67	Familias con Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico funcional	440
Tabla 6.68	Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico funcional	441

Tabla 6.69	Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-con observación-diagn. funcional y trimestre	443
Tabla 6.70	Familias con Acciones de Apoyo demandada por los padres según diagn. Funcional	444
Tabla 6.71	Acciones de apoyo demandadas según diagnóstico funcional y trimestre	446
Tabla 6.72	Volumen de Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas-diagn. funcional y trimestre	447
Tabla 6.73	Familias con Acciones de Apoyo orales según diagnóstico funcional y trimestre	449
Tabla 6.74	Acciones de Apoyo orales según diagnóstico funcional y trimestre	451
Tabla 6.75	Volumen medio de Acciones de Apoyo orales-diagnóstico funcional y trimestre	452
Tabla 6.76	Familias con Acciones de apoyo con herramientas según diagnóstico funcional	454
Tabla 6.77	Volumen medio de Acciones de Apoyo escritas-diagnóstico funcional y trimestre	455
Tabla 6.78	Volumen medio de Acciones de Apoyo-vídeo-diagnóstico funcional y trimestre	456
Tabla 6.79	Familias con Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico funcional y trimestre	458
Tabla 6.80	Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico funcional y trimestre	459
Tabla 6.81	Volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas-diagnóstico funcional y trimestre	460
Tabla 6.82	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional	462
Tabla 6.83	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagn. funcional	463
Tabla 6.84	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-con observación según diagnóstico funcional	464
Tabla 6.85	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas según	465

	diagnóstico funcional	
Tabla 6.86	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico funcional	466
Tabla 6.87	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-herramientas según diagnóstico funcional	467
Tabla 6.88	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias compartidas según diagnóstico funcional	468
Tabla 6.89	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias integradas según diagnóstico funcional	469
Tabla 6.90	Acciones de Apoyo ordinarias según perfil profesional y trimestre	470
Tabla 6.91	Evolución Acciones de Apoyo ordinarias según perfil	471
Tabla 6.92	Acciones de Apoyo integradas según perfil profesional y trimestre	472
Tabla 6.93	Evolución Acciones de Apoyo integradas según perfil	475
Tabla 6.94	Acciones de Apoyo-ordinarias según rango de experiencia	475
Tabla 6.95	Volumen medio Acciones de apoyo-ordinarias por profesional y rango experiencia	477
Tabla 6.96	Acciones de Apoyo-integradas según rango de experiencia	477
Tabla 6.97	Volumen Medio Acciones de Apoyo-integradas por profesional y rango experiencia	478
Tabla 6.98	Perfil inteligencia emocional	479
Tabla 6.99	Descriptivos de Acciones de Apoyo según cociente emocional	481
Tabla 6.100	Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-cociente emocional	482
Tabla 6.101	Percentiles de nivel de empatía en los profesionales de la muestra participante	483
Tabla 6.102	Descriptivos de acciones de apoyo según percentiles de nivel de empatía profesional	484
Tabla 6.103	Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-empatía	485
Tabla 6.104	Personalidad	486
Tabla 6.105	Personalidad. Dimensiones de segundo nivel	487

Tabla 6.106	Descriptivos de Acciones de Apoyo según cuidado responsable	488
Tabla 6.107	Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-cuidado responsable	489
Tabla 6.108	Descriptivos de acciones de apoyo según cuidado afectivo	490
Tabla 6.109	Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-cuidado afectivo	491
Tabla 6.110	Descriptivos de acciones de apoyo según sensibilidad	492
Tabla 6.111	Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-sensibilidad	493
Tabla 6.112	Descriptivos de Acciones de Apoyo según agresividad	494
Tabla 6.113	Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-agresividad	495

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.1.</i>	Las experiencias de un niño como parte de una familia y una comunidad tienen una cascada de consecuencias para el funcionamiento biológico y neurológico.	71
<i>Figura 6.1.</i>	Familias con Acciones de Apoyo ordinarias e integradas por trimestre.	340
<i>Figura 6.2.</i>	Número de Acciones de Apoyo ordinarias por familia.	348
<i>Figura 6.3.</i>	Acciones de Apoyo orales.	355
<i>Figura 6.4.</i>	Acciones Apoyo con herramientas.	359
<i>Figura 6.5.</i>	Familias con Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico médico.	399
<i>Figura 6.6.</i>	Acciones de Apoyo orales según diagnóstico médico.	401
<i>Figura 6.7.</i>	Familias_Acciones de Apoyo con herramientas según diagn. médico.	407
<i>Figura 6.8.</i>	Acciones de Apoyo compartidas-diagnóstico médico y trimestre.	414

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario diseño Plan de Formación	553
ANEXO 2. Plantilla desarrollo seminario 1	555
ANEXO 3. Acción Tutorial en Atención Temprana. Fichas de trabajo	557
ANEXO 4. Cuestionario desarrollo del seminario	559
ANEXO 5. Cuestionario autoevaluación inicial y final	561
ANEXO 6. Informe personalizado MSCEIT	563
ANEXO 7. Informe personalizado CUIDA	565
ANEXO 8. Informe personalizado TECA	567
ANEXO 9. Programa de Formación en Acción Tutorial	569
ANEXO 10. Carta enviada a expertos	571

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Los profesionales que dedican su labor a la Atención Temprana, saben que esta disciplina todavía es muy joven. Esta característica de la Atención Temprana, unido a que sus profesionales son personas, con sus motivaciones particulares, que siempre apuestan por un servicio de calidad, y que también trabajan con personas, con sus características y circunstancias personales, hacen de la Atención Temprana una disciplina viva y cambiante a lo largo de su historia.

Profundizando en la andadura que ha seguido la Atención Temprana, podemos ver que sus inicios parten de un enfoque totalmente clínico y rehabilitador, independientemente del momento y lugar de su nacimiento. Ahora bien, la realidad de cada comunidad marcará diferencias tanto en el ámbito que se encargará de su gestión como en la propia forma de gestionarla, además de las prácticas llevadas a cabo para desarrollarla.

Así, desde sus inicios hasta la actualidad, habiendo transcurrido tan sólo cincuenta años escasos desde las primeras prácticas llevadas a cabo bajo lo que, entonces, se entendía como estimulación precoz, esta disciplina ha sufrido importantes cambios que afectarán, concretamente, al objeto de intervención, el ámbito donde se desarrolla y las características del equipo implicado.

Bajo el término de estimulación precoz, se hace referencia a unas prácticas de Atención Temprana que se desarrollan interviniendo directamente sobre el niño, con el fin de rehabilitar aquellas estructuras y funciones de su organismo que sufren alguna alteración en su desarrollo. Para ello se actúa desde un ámbito clínico, es decir la intervención, así como la valoración y la planificación, se desarrollan en las dependencias donde el profesional desempeña su labor, como puede ser el Centro de Atención Temprana (CDIAT) y con un equipo multidisciplinar, en el que cada profesional actúa bajo las directrices de su propia disciplina sin tener en cuenta lo que hacen el resto de profesionales.

Ya, bajo este enfoque, la labor y la importancia de intervenir tempranamente en el niño con discapacidad o que tiene el riesgo de padecerla, vendrá justificado por los importantes cambios que las experiencias vividas por el niño tienen en su sistema nervioso y en su proceso de adaptación al medio, lo que acabará dando forma a su personalidad y favorecerá sus aprendizajes. Por tanto, serán las neurociencias, sobre todo, las que fundamenten y den sentido a la labor realizada desde Atención Temprana, junto con los estudios de la psicología psicoanalítica y evolutiva.

Sin embargo, no pasará mucho tiempo, para que los entendidos en la materia se den cuenta de que el niño que recibe Atención Temprana podría beneficiarse mucho más de estas actuaciones si se realizaran con la colaboración de la familia y habiendo coordinación por parte de todos los profesionales que intervienen en el niño. Este será el momento en el que se adopte una Atención Temprana en la que se intente intervenir en el niño y en la familia, aunque la intervención sobre la

familia se traducirá a una serie de orientaciones y pautas que ésta debe poner en práctica con su hijo. Bajo esta mejora en la concepción de la Atención Temprana, el ámbito de actuación seguirá siendo clínico, aunque ahora se realizará a través de un equipo interdisciplinar, que actuará de forma independiente pero con conocimiento de lo que hace el resto de profesionales.

Y, puesto que pretendemos dar el mejor servicio a los niños y las familias y pretendemos una Atención Temprana de calidad, se sigue investigando dentro de este campo y se empieza a apostar por una Atención Temprana que se realice bajo la transdisciplinariedad. Sin embargo, la forma en que están organizados los servicios de Atención Temprana dificulta la puesta en marcha de esta transdisciplinariedad. De momento se seguirá abordando esta labor desde el ámbito clínico, teniendo en cuenta al niño y a la familia, desde un enfoque interdisciplinar, pero tendiendo a la transdisciplinariedad.

Sin embargo, si centramos la mirada a nivel internacional, en algunos países como Estados Unidos o Portugal, ya hace algunos años que han encontrado la manera de dar forma a esa transdisciplinariedad de la Atención Temprana, aunque ello implica abrazar una nueva filosofía y unas nuevas prácticas de Atención Temprana. Esta nueva y actual concepción de la disciplina se caracteriza por no olvidar el importante papel que juega la familia en el desarrollo de su hijo, más allá de hacerles cumplir unas orientaciones o recomendaciones. Esto sería más propio de un modelo clínico, pero que reconoce la importancia de la familia.

La nueva filosofía de Atención Temprana que empieza a funcionar a principios de la década de los 90 en Estados Unidos, y a finales de la misma década en Portugal, se basa en unas prácticas centradas en la familia. Bajo estas prácticas se reconoce la importancia que tiene la familia, en tanto que es ella la constante que se mantendrá a lo largo de la vida del niño y su principal fuente de motivación. Por ello bajo esta concepción de la Atención Temprana no se trabaja directamente con el niño, sino que podríamos decir que se trabaja con el niño a través de la familia, dando respuesta a sus preocupaciones e intereses. Entonces, la familia o el cuidador principal pasa a formar parte del equipo de Atención Temprana, en ese momento el ámbito de intervención será el entorno natural del niño, puesto que allí es donde el niño está más seguro y más motivado para experimentar y aprender. Además, el equipo de Atención Temprana actuará bajo un enfoque transdisciplinar, recayendo la responsabilidad de la intervención en única persona, pero que en todo momento podrá recurrir y se sentirá respaldada por el resto de profesionales que forman parte de dicho equipo.

En España tardaríamos unos cuantos años más en adoptar este nuevo modelo de intervención. Ahora bien, nuestros profesionales tienen un gran arraigo en las prácticas de Atención Temprana tradicionales y les cuesta abandonar su zona de confort, salir de su sala donde todo lo tienen bajo control, para ponerse al descubierto en el entorno natural del niño. Sin embargo, la amplia evidencia científica de la que goza el modelo hará que los profesionales empiecen a sentir la necesidad de mejorar su labor introduciendo el Modelo Centrado en la Familia en su praxis diaria. Para ello necesitarán una formación específica que les prepare

para desarrollar el modelo y adquirir la confianza suficiente para su puesta en marcha.

Hasta ahora la formación del profesional de Atención Temprana se ha limitado a hacerlo hábil en las competencias que marca su propia disciplina, pero ha quedado descuidada una formación que prepare para el ejercicio de la Atención Temprana, así como para el trabajo en equipo, entendiendo este como el conjunto de profesionales que comparten información y estrategias en un proceso de comunicación y colaboración mutua y continua. Es evidente, que el profesional que está acostumbrado a desarrollar la intervención en su sala, no tendrá la destreza ni la pericia para trabajar bajo un enfoque transdisciplinar, considerando que esta transdisciplinariedad será la que le permita poner en marcha un Modelo Centrado en la familia, aunque también podemos considerar que las mayores o menores dificultades para la puesta en práctica de esta transdisciplinariedad, pueden verse influidas por las características socioemocionales del profesional. Así, un profesional con unos niveles altos de empatía puede tener menos dificultades para comunicarse y colaborar con los demás miembros del equipo desde un punto transdisciplinar. De la misma manera, un profesional que no tenga experiencia en prácticas centradas en la familia, también puede verse inseguro y puede tener ciertas reticencias a desarrollar el modelo por la falta de formación en aquellas estrategias que implica el modelo, tales como acciones de apoyo, orientación, asesoramiento, coaching, etc.

A pesar de todo ello, cada vez, son más los CDIATs y los profesionales que apuestan por unas prácticas centradas en la familia, aunque es cierto que cada centro puede llegar a implantar el Modelo Centrado en la Familia siguiendo procesos distintos, dependiendo de su realidad y de sus posibilidades, que dependerán, a su vez, de la administración que lo sustenta. Así, nos podemos encontrar con CDIATs que apuestan totalmente por el modelo y, desde el primer momento, ya no conciben otro modo de realizar Atención Temprana; pero también nos podemos encontrar centros que admiten la coexistencia de unas prácticas centradas en la familia y unas prácticas basadas en el modelo clínico. Aún así, una demanda común a todos esos centros y profesionales hace referencia a la formación que necesitan para llevarlas a cabo.

Por todo ello, creímos oportuno diseñar y aplicar un programa de formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, y ver la repercusión que la puesta en marcha de este programa podía tener en las Acciones de Apoyo que los profesionales, que participaban en el mismo, venían realizando.

Cabe aclarar que entendemos que aquellos profesionales que, a pesar de desempeñar su labor desde un modelo clínico, no descuidan su labor con la familia y les ofrecen determinadas acciones de apoyo que puedan favorecer el bienestar del niño y del conjunto familiar, en general, son profesionales que están muy cerca del Modelo Centrado en la Familia. Por este motivo, creemos interesante conocer las acciones de apoyo que pueden realizar los profesionales del CDIAT de ASTRAPACE, un CDIAT cuyos profesionales, en el momento de inicio del presente

estudio, actuaban bajo el modelo clínico pero ofreciendo determinadas acciones de apoyo a la familia.

Presentamos nuestro estudio diferenciando dos partes. La primera de ellas se compone de cuatro capítulos que sentarán las bases teóricas de nuestro trabajo. La segunda parte se centra en el marco empírico, en el que se describe todo el proceso seguido durante la realización del trabajo, así como los resultados obtenidos y las conclusiones extraídas de los mismo. Y para ello se han diferenciado dos fases, una primera en la que se recoge toda la información referida a la evaluación del diseño, implementación y resultados del plan de formación en acción tutorial para terapeutas de Atención Temprana y una segunda, en la que se contemplarán los resultados y conclusiones extraídas a partir de la evaluación de la repercusión del plan de formación en las prácticas profesionales de apoyo, orientación y acción tutorial sobre las familias.

Concretamente, el primer capítulo habla de la fundamentación de la Atención Temprana. Este tema se abordará desde el ámbito de las Neurociencias, desde el Psicoanálisis y desde la Psicología Evolutiva.

En el segundo capítulo confeccionaremos la historia de la Atención Temprana. Para ello indagaremos sobre cuáles fueron las primeras experiencias que dieron paso al nacimiento de nuestra disciplina y conoceremos cuáles han sido los acontecimientos que han permitido una mejora de las prácticas desarrolladas en

nuestra disciplina. A partir de ahí, sintetizaremos cuál ha sido la evolución conceptual de la Atención Temprana, desde sus inicios hasta llegar a nuestros días.

El capítulo tercero lo dedicaremos a hablar de las acciones de apoyo que se pueden realizar tanto desde el modelo clínico como desde el Modelo Centrado en la Familia y profundizaremos en el significado de estas acciones de apoyo y las estrategias que se pueden poner en marcha como reflejo de las mismas.

El cuarto capítulo está dedicado a la formación de los profesionales de Atención Temprana. En él se abordará el tema de la formación curricular que reciben los profesionales que dedican su labor a esta disciplina y cuáles son las necesidades de formación que se plantean en el momento actual.

Con el capítulo cinco damos entrada al marco empírico de nuestro trabajo. En este capítulo queda recogido todo lo referente a la FASE I de la investigación y que se corresponde con la evaluación del diseño, implementación y resultados del plan de formación en acción tutorial para terapeutas de atención temprana. También se aborda, en este capítulo, la metodología seguida y los resultados obtenidos, así como la discusión y conclusiones para esta primera fase.

El capítulo 6 recoge toda la información referida a la FASE II del trabajo y que hace referencia a la evaluación de la repercusión del plan de formación en las prácticas profesionales de apoyo, orientación y acción tutorial sobre las familias. La

estructura es similar al capítulo anterior, recogiendo la metodología, los resultados y la discusión y conclusiones de esta fase.

Cerramos este trabajo con las referencias bibliográficas para su elaboración y un conjunto de anexos que servirán de apoyo y complemento a todo lo expresado a lo largo de este documento.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1.- Antecedentes y fundamentación de la Atención

Temprana

En este primer capítulo repasaremos aquellas ideas, procedentes de diferentes disciplinas, que han estado en el origen de la preocupación científica que ha llevado al nacimiento y evolución de la Atención Temprana. Algunas de estas ideas siguen fundamentando la disciplina hoy en día. Otras fueron simplemente antecedentes que, en su momento, desencadenaron un interés por comprender y apoyar el desarrollo infantil, aunque luego fueran superadas por los nuevos avances científicos y del conocimiento.

1.1.- Desde las neurociencias

El organismo evoluciona porque aprende y ese aprendizaje es posible gracias a una serie de respuestas que se dan en nuestro cerebro y que están influidas por una serie de experiencias que vive el organismo en el medio en el que se encuentra. Por tanto, debemos recurrir a las neurociencias para entender el desarrollo de un niño y poder programar una intervención en caso necesario, porque ellas nos proporcionan la información que puede ser útil a la hora de intervenir con niños con algún tipo de discapacidad (Anastasiow, 1990). Algo que ya tenemos asumido es que el cerebro humano se desarrolla más intensamente en los primeros años de vida, es decir no está completamente desarrollado en el momento del nacimiento. También Martel, Millard, Jaffar y Guillou (2006), nos dicen que el aprendizaje, en el lenguaje del sistema nervioso, se da gracias a unos patrones que se van

construyendo e incorporando a lo largo de diversas etapas entre el nacimiento y la madurez.

“El cerebro se compone de billones de células nerviosas que, a lo largo de su trayectoria, se organizan y reorganizan en busca del equilibrio y desarrollo de diversas funciones” (Machado et al., 2008, p. 543). Es decir, el cerebro está formado por neuronas, que son unas células capaces de recibir y transmitir impulsos nerviosos a partir de los estímulos que recibe el organismo del medio ambiente. Estas neuronas establecen una serie de contactos sinápticos entre ellas, lo que favorece el aprendizaje a medida que esas sinapsis se van consolidando y especializando. La conclusión a la que llegamos, entonces, es que las neuronas son las que permiten al organismo interactuar con el medio ambiente en el que se encuentra y aprender de él. De ahí se desprende la capacidad de adaptación y de cambio del sistema nervioso. En este sentido, Maya y Origlia (2012), nos dicen que el sistema nervioso empieza a procesar la información del mundo exterior creando representaciones de su entorno y estas representaciones están en continuo cambio a través de las experiencias sensoriales.

Según Bhatnagar y Andy (1997), la capacidad de adaptación del cerebro tiene importantes implicaciones en el aprendizaje, ya que a medida que el organismo va teniendo diferentes experiencias, nuestro cerebro se va modelando y las áreas en las que se divide se van especializando como consecuencia de las conexiones sinápticas que se van estableciendo y especializando en dichas zonas cerebrales. Según Aguado (2001), el aprendizaje es un proceso de adaptación al medio

ambiente y el hecho de que la conducta sea modificable según las condiciones ambientales, es posible gracias a una serie compleja de procesos que se dan en nuestro cerebro.

Demey, Allegri y Barrera-Valencia (2014), a la hora de definir el Sistema Nervioso dicen que se puede entender como una red de neuronas muy compleja con numerosas interacciones e interconexiones, de gran variabilidad anatómica y funcional. Es decir, el desarrollo del niño, tanto si su sistema nervioso central sufre una lesión o no, depende de las interacciones e interconexiones neuronales. Y estas interconexiones neuronales se van especializando a partir de las experiencias que vive el niño en su día a día. De ahí la importancia del contexto natural del niño para favorecer su desarrollo. Este contexto natural es el que le brinda al niño la motivación para seguir experimentando y aprender y, a las familias, la oportunidad de implicarse en el proceso de intervención con sus hijos, favoreciendo, así, el desarrollo de nuevas oportunidades de aprendizaje que permitan desarrollar en el niño nuevas habilidades. En este sentido, Wilson (2008) afirma, cuando habla de la rehabilitación neuropsicológica, que desde la década de los 80 está cambiando la filosofía en la que se apoya este campo y ya, en algunos centros, se pregunta a los clientes y a las familias sobre sus expectativas, y los objetivos de la rehabilitación son discutidos y negociados entre las distintas partes implicadas. Ello provocará un mayor y mejor desarrollo del sistema nervioso del niño, en tanto que existe una mayor predisposición para experimentar aprendizajes nuevos por parte del niño y una mayor complicidad por parte de la familia para favorecerlos y, con ello, mejorar el desarrollo de su sistema nervioso.

Sin embargo, antiguamente se pensaba que nuestro Sistema Nervioso Central era una estructura que no podía sufrir cambios una vez que éste ya había terminado su período de desarrollo. Tal y como afirman Espinoza, Oruro, Carrión y Aguilar (2010), fue Ramón y Cajal quien planteó la idea, en el siglo XIX, de que el sistema nervioso sólo podía sufrir algún tipo de mutación o cambio debido a una lesión o degeneración irreparable por su naturaleza. La misma afirmación nos hace Gómez-Fernández (2000), cuando menciona que Ramón y Cajal escribió sobre la imposibilidad de que el sistema nervioso pudiese regenerarse y resaltó, como una de sus características, la rigidez en sus conexiones. Es decir, durante muchos años se pensó que el sistema nervioso central “era una estructura funcionalmente inmutable y anatómicamente estática” (Bergado & Almaguer, 2000, p. 1074).

Más tarde, surgirán numerosos estudios que demostraron la capacidad de modificación que posee el cerebro. Esta capacidad de cambio o modificación de nuestro sistema nervioso, se conoce como neuroplasticidad y se viene investigando desde hace años, destacando la implicación que tiene en la recuperación de funciones después de haber sufrido una lesión cerebral. Tal y como afirman Porras y Harmony (2007), el sistema nervioso no es algo estático, sino que el cerebro posee una organización transitoria de los sistemas, y todas sus funciones se van modificando durante su maduración.

Tomando las palabras de Nieto (2003), la plasticidad neural o neuroplasticidad se refiere a la posibilidad de modificación del tipo, forma, número y función de las

sinapsis y circuitos neuronales. Según este autor, el principal favorecedor de esta plasticidad neural es el proceso de renovación de sinapsis, que está en el origen del desarrollo del ser humano. De esta manera, un sistema nervioso con mayor capacidad de renovación de sinapsis y, por ende, con mayor plasticidad de sus circuitos neurales, proporciona una ventaja adaptativa al organismo (Nieto, 2003).

En esta misma línea, Hernández-Muela, Mulas y Mattos (2004) definen la plasticidad cerebral como la capacidad de reorganización y modificación de funciones, adaptándose a los cambios externos e internos, destacando la posibilidad de reparación de circuitos corticales. Asimismo, podemos afirmar que la plasticidad neural es un proceso que queda ligado intrínsecamente al sistema nervioso y que se ve influenciado por la estimulación diaria y las experiencias que se van teniendo a lo largo de la vida. Esto hará que las conexiones neuronales sean más numerosas y más estables (Ortiz, Poch, Requena, Santos, Martínez & Barcia-Albacar, 2010).

A partir de aquí, O'Keefe y Nadel (1978), tras observar cambios morfológicos en las dendritas de las neuronas de sujetos sometidos a aprendizajes de mapas cognitivos, afirman que la experiencia particular modifica el sistema nervioso y dichas modificaciones se reflejan en la anatomía de las redes neuronales. En esta línea, Bergado y Almaguer (2000), nos dicen que los mecanismos de neuroplasticidad pueden ser muy variados y abarcar desde cambios morfológicos extensos, como la regeneración de axones y la formación de nuevas sinapsis, hasta pequeños cambios moleculares que alterarán la respuesta de las células a los

neurotransmisores. Todo ello, nos lleva a entender la neuroplasticidad como un proceso de adaptación del sistema nervioso al medio en el que se desenvuelve. En dicho proceso se puede ver modificada tanto la eficiencia y eficacia de la respuesta neuronal como la estructura morfológica de la misma.

También Lamprecht y LeDoux (2004), afirman que la experiencia, el ambiente y el entrenamiento provocan modificaciones sinápticas que se pueden apreciar en cualquier individuo. La plasticidad neural no es algo que sólo se vincula a un cerebro sano, sino que también gozan de esa plasticidad aquellos cerebros con alguna patología. Por ello, Narbona y Crespo (2012) diferencian la plasticidad neural en circunstancias normales, entendiéndola como la hemos venido definiendo hasta ahora, y aquella que se produce en circunstancias de pérdida patológica, refiriéndose, entonces, a la capacidad del sistema nervioso para reactualizar las potencialidades genéticas individuales a través de la remodelación.

Ya en los años 60, en el trabajo de diferentes laboratorios de neurociencias, tal y como resumen Rosenzweig, Bennet y Diamond (1979), se habla de importantes cambios morfológicos en el sistema nervioso central (SNC) de ratas criadas en ambientes enriquecidos. Estos animales presentaban una corteza cerebral más gruesa, mayores contactos sinápticos y un mayor número de dendritas y espinas dendríticas. Estos estudios ponen al descubierto, la influencia que ejerce el ambiente sobre el SNC y su desarrollo, tanto más cuanto este SNC es inmaduro y no está totalmente desarrollado.

En la misma línea, autores como Chang y Greenough (citados en Ginarte, 2007), expusieron un grupo de ratas a ambientes enriquecidos estímulamente, con objetos con los que podían tener contacto y que eran cambiados diariamente. Mientras, otro grupo de ratas fue aislado y no tenía contacto con ningún objeto ni con otras ratas. Tras un tiempo de exposición y los pertinentes exámenes, vieron que las ratas expuestas a un ambiente rico en estímulos habían sufrido cambios en la morfología de sus cerebros. Cambios que afectaban, sobre todo, al tamaño de las dendritas.

Recientemente Nishiyori, Bisconti, Meehan y Ulrich (2016) han dado un paso más en la comprensión de los cambios que se producen en el sistema nervioso en desarrollo del niño, asociados a sus experiencias con el entorno. Estudiando las características de sus patrones de activación cortical, han encontrado cambios en dichos patrones paralelos a cambios en los niveles de habilidad del bebé. Al menos en las dos habilidades motoras que han estudiado y que han sido alcanzar/coger objetos con la mano y dar pasos. A mayor nivel de habilidad en el acto motor concreto, se observa un patrón de actividad neuronal con activación más específica.

Es más, estos autores han observado que, cuando se producen patrones motores (actividad motora) por iniciativa propia, si la habilidad motora es incipiente y tienen poca práctica, se da una actividad cortical dispersa. Por el contrario, cuando los bebés son muy eficientes en la actividad motora que están haciendo por iniciativa propia y la habilidad está bien practicada, se reduce la actividad neuronal

en áreas concretas y es más específica a la producción de la actividad motora. Junto a ello han observado también que cuando las habilidades no están exploradas de una manera auto-dirigida por el niño a una meta (es decir, cuando se trata de una actividad motora impuesta al niño), la actividad en la corteza motora primaria puede ser indetectable o muy limitada (Nishiyori et al., 2016). Estos resultados apoyan claramente que las prácticas de Atención Temprana deben ser llevadas a cabo en el entorno natural del niño y centradas en conseguir competencias en la familia para que puedan aprovechar e incentivar el aprendizaje a partir de las iniciativas del propio niño.

Y dentro del concepto de neuroplasticidad y los factores que influyen en ella, también debemos hacer mención al llamado período crítico, considerado como el momento que está biológicamente establecido para que se produzca un determinado aprendizaje (Anastasiow, 1990). Este período crítico es fundamental en la formación del cerebro y en la adquisición de nuevas habilidades. La arquitectura cerebral se construye a partir de una sucesión de períodos sensibles, cada uno de los cuales se asocia con la formación de unos circuitos específicos, y estos se corresponden con la adquisición de habilidades específicas (National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Una vez más, en este caso teniendo en cuenta la existencia de un período crítico, volvemos a encontrar motivos para subrayar la importancia de trabajar en contextos naturales, pues estos contextos serán los encargados de favorecer la adquisición de nuevas habilidades asegurando que estén presentes durante ese período crítico.

También, Anastasiow (1990), nos dice que existe una etapa concreta del desarrollo en la que algunas experiencias son de crucial importancia para el desarrollo de estructuras neuronales. Cita a David H. Hubel y Torsten N. Wiesel para justificar su afirmación. Como sabemos, estos autores recibieron en 1981 el Premio Nobel en Fisiología por sus descubrimientos sobre el procesamiento de la información en el sistema visual. Sus estudios, que han tenido un amplio reconocimiento a nivel mundial y a lo largo de la historia reciente, impulsaron un creciente deseo por conocer los mecanismos cerebrales subyacentes a la percepción visual y la relación entre desarrollo cerebral y conducta (Wurtz, 2009).

En este sentido, Hubel y Wiesel, también en los años 60, demostraron el efecto que tiene, sobre la estructura cerebral, la privación sensorial. Al tapar un ojo en gatos recién nacidos comprobaron que la arquitectura de las columnas de dominancia ocular en la corteza occipital se había visto modificadas (Castaño, 2002). Esto, demuestra la necesidad de que el organismo esté expuesto al estímulo ambiental adecuado durante el período crítico correspondiente para la adquisición de determinadas habilidades y la configuración definitiva de la zona cerebral que le corresponde. Tal y como dicen Morales, Rozas, Pancetti y Kirkwood (2003), en edades tempranas existe un período de tiempo en el que la corteza cerebral, sobre todo sensorial, goza de un estado de mayor plasticidad, en el que la ausencia de experiencia sensorial puede acarrear serias consecuencias a nivel funcional. Por ello, Maya y Origlia (2012), nos recuerdan que la experiencia sensorial adecuada durante las etapas tempranas del desarrollo es necesaria para el desarrollo sensorial normal.

Tal y como afirman Shonkoff y Marshall (1990), la alta especificidad natural de cada sinapsis y su capacidad de ser modificada, juega un papel muy importante en la plasticidad y la capacidad de adaptación que es característica de un cerebro joven.

Siguiendo en la línea de todo lo expuesto hasta ahora, el Wisconsin Council on Children and Families (2007), afirma que el desarrollo cerebral depende de la interacción entre los genes de una persona y las experiencias que tiene desde el nacimiento, así como de la calidad de las relaciones entre el niño y sus cuidadores principales. Por ello se hace tan importante la intervención en el contexto natural del niño cuando este presenta una patología, porque las conexiones neuronales se hacen más fuertes cuando los niños tienen oportunidades diariamente para desarrollar sus habilidades físicas, psíquicas y sociales y para interactuar directamente con su entorno (Wisconsin Council on Children and Families, 2007).

El cerebro de los niños tiene una gran plasticidad y, a la vez, vulnerabilidad hacia su ambiente. Por tanto, se adaptará continuamente a aquello a lo que estén expuestos (Wisconsin Council on Children and Families, 2007). Es lógico pensar, entonces, que un ambiente estresante y sin rutinas, tendrá una influencia negativa sobre los aprendizajes del niño, como consecuencia del efecto negativo que tiene la desestructuración del ambiente sobre el desarrollo del córtex (Wisconsin Council on Children and Families, 2007).

Finalmente, no podemos olvidar el efecto que tiene en el niño la respuesta emocional de su entorno. En ello pueden estar muy implicadas las funciones especulares de algunas neuronas (neuronas espejo), que hacen que los estados emocionales de los demás se sientan como propios (García-García, 2008). En este sentido, la teoría de la mente nos lleva a entender que nuestros actos también desencadenan unos sentimientos y unas emociones en los demás, lo que provoca que el niño, ya desde muy pequeño, experimente y ejecute determinadas acciones que atraen la atención del adulto y que provocan una emoción positiva en él. Esta respuesta o emoción positiva es lo que le hará seguir experimentando y aprendiendo.

Resumiendo, el niño no nace con una estructura cerebral y unas conexiones sinápticas invariables, sino que se irán formando nuevas redes sinápticas a medida que vaya adquiriendo nuevas experiencias. Ahora bien, la intención y motivación del niño son factores fundamentales para que consiga nuevos aprendizajes y los repita reiteradamente hasta su afianzamiento. Y, esta motivación, el niño no puede encontrarla en otro lugar que no sea su entorno, pues es en su entorno, y no en una sala de intervención totalmente desconocida para él, donde se va a dar de forma espontánea y continuada una serie de aprendizajes que estarán movidos por la acción, la intención y la emoción. Tal y como nos hace reflexionar García-García (2008), el niño es un ser social y como tal necesita dar significado a las intenciones y emociones que conllevan las conductas que manifiestan los demás. Ello despertará unas emociones en el propio niño que, a su vez activará una nueva

intención y, seguidamente, una nueva conducta, generando así la evolución de sus aprendizajes.

1.2.- Desde el psicoanálisis

Las múltiples funciones de nuestro cerebro tienen lugar de una manera fuertemente coordinada. El bienestar emocional y las competencias sociales proporcionan una base sólida para el desarrollo de las habilidades cognitivas, todo ello son las herramientas de las que se componen los cimientos del desarrollo humano (Wisconsin Council on Children and Families, 2007). Según nos dice Botero (2012), la experiencia está continuamente influida por las emociones, es decir son las emociones las que nos llevan a repetir una determinada conducta, modificarla o eliminarla en función del placer que esta nos aporta. En este sentido, las teorías psicoanalíticas destacan la importancia de procesos inconscientes que motivan el comportamiento humano e influyen sobre su desarrollo (Carballo, 2006). En este mismo sentido, Ansermet y Magistretti (2006), nos dicen que las sinapsis se remodelan constantemente y que esta remodelación depende de los mecanismos de plasticidad, pero también la experiencia deja huella y esta idea es un principio propio del psicoanálisis, siendo estas huellas impresas en la red sináptica, las que determinarán la relación del sujeto con el mundo externo.

Ya desde antiguo se viene estudiando la importancia de cuidar las experiencias del niño en sus primeros años de vida para su desarrollo global, así como la importancia que tiene la figura materna en este desarrollo del niño como ser

individual y social. Dentro de estos estudios, y concretamente dentro de las teorías psicoanalíticas que comentábamos más arriba, debemos mencionar a Sigmund Freud (1856-1939), quien afirmó que el comportamiento parte de un componente biológico de carácter instintivo. Esto es, la “personalidad tiene raíces biológicas instintivas y por lo tanto el comportamiento se dirige fundamentalmente a fortalecer una serie de instintos” (Carballo, 2006, p. 7).

También destaca, dentro de las teorías psicoanalíticas, la figura de Erik Erikson (1902-1994), quien pone especial énfasis en la interacción que se da entre las influencias socioculturales y los impulsos inconscientes como eje favorecedor de los vínculos emocionales que se establecen entre el niño y la persona adulta con la que se relaciona (Carballo, 2006). En este sentido, Erikson plantea ocho etapas por las que pasa el desarrollo del ser humano (confianza-desconfianza, niñez temprana, edad del juego, adolescencia, juventud, madurez, adultez y vejez). A lo largo de estas ocho etapas se irá estableciendo una serie de vínculos con los adultos para dar respuesta a las necesidades a las que habrá de hacer frente en cada una de ellas (Robles, 2008). De ahí, la importancia que juega la madre y su interacción con el bebé en las primeras etapas de su vida, pues las primeras experiencias del bebé con su madre serán la base para sentir la seguridad y satisfacción necesaria para aprendizajes posteriores.

Si nos detenemos un momento y pensamos en la principal forma de interacción entre madre e hijo, coincidiremos en identificar la presencia de esa etapa, que Freud y Erikson llamaron etapa oral, como la primera forma de interacción

materno-filial. Esa etapa se correspondería al período de lactancia y durante el mismo se desarrolla un sentimiento de seguridad o desconfianza en función de si sus necesidades básicas se ven satisfechas o no, siendo la madre quien da respuesta a esas necesidades y quien proporciona al niño ese sentimiento de seguridad o desconfianza, producida por el hambre o cualquier otra incomodidad que no se vea satisfecha (Robles, 2008).

Cuando el bebé siente que sus necesidades son cubiertas por el adulto y que sus interacciones con su principal cuidador suelen ser satisfactorias, el resultado es un estado de confianza que le permitirá, más adelante, explorar el mundo, crecer, separarse e individuarse (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboinik, 2012). El adulto más cercano que tiene el bebé en el momento del nacimiento es su madre, por ello esta es la principal figura para dar soporte a la confianza y seguridad del niño que le impulsará a seguir demandando respuestas de su entorno y, por tanto, interactuando con él, lo que favorecerá su aprendizaje y desarrollo.

Ramírez (2010), en un trabajo sobre el desarrollo del psiquismo en el niño desde la concepción psicoanalítica, se apoya en autores como Bleichmar (2005) y Tyson (2000) para hacernos entender la relación entre psiquismo y desarrollo. De Bleichmar (2005) extrae la idea de que la atención que la madre presta al bebé es fundamental para su desarrollo y le ofrece diferentes situaciones a las que el niño debe adaptarse. De Tyson (2000), señala que recalca la importancia que tiene el intercambio afectivo que se da entre la madre y el bebé, para favorecer el desarrollo psíquico del niño. Podemos afirmar, entonces, que las respuestas

emocionales que emite la madre en función del estado interior del bebé generan una correulación afectiva entre ambos, que más tarde llevará al logro de la autorregulación afectiva por parte del bebé (Armus, Duhalde, Oliver & Woscoboinik, 20012).

Ya en el año 1965, Spitz consideró que la importancia de la relación madre-hijo radica en el continuo diálogo de acción y respuesta. Este diálogo está influido por lo afectivo y se inicia durante el amamantamiento y la alimentación, que se pueden entender como las experiencias que organizan las interacciones tempranas con la madre (Ramírez, 2010). Madre e hijo acompasan sus ritmos de atención y afectividad, pudiéndose observar esta sincronización durante el amamantamiento, cuando la madre hace coincidir el ritmo al que hamaca a su bebé con el ritmo de su succión (Bernardi, Díaz & Schkolnik, 1982). Para Bernardi et al. (1982), madre e hijo hacen que sus ritmos coincidan a través de las miradas, las vocalizaciones y los movimientos, consiguiendo, con ello, una situación placentera para ambos. Tal y como dice Botero (2012), esta interacción entre madre e hijo es una muestra de cómo la emoción, además de conectar mente y cuerpo, también conecta mentes y cuerpos entre individuos.

En este sentido, se ha señalado que la alimentación del bebé, con todo lo que ello conlleva, contribuye a mejorar su sistema nervioso (Belfort et al., 2016; Mariel, 2006). También Ramírez (2010), nos hace reflexionar sobre la manera en que la madre contribuye al desarrollo del equilibrio homeostático del niño. “La biología y la fisiología del bebé y la psicología de la madre forman una suerte de unidad, la

madre y el bebé se autorregulan psicobiológicamente de forma alternada” (Ramírez, 2010, p. 224).

De lo dicho anteriormente se desprende que no sólo el niño necesita de la madre para asegurar su supervivencia y desarrollo, sino que la madre también debe adaptarse a una nueva realidad y para ello necesita de la interacción y adaptación con su bebé. Tal y como nos dice Botero (2012), el bebé necesita de la madre, que lo acune, lo atienda y disponga todo en base a su interés; pero también la madre necesita de su bebé, sus sonidos, olor, mirada, para reorganizar su realidad, que se ha visto física y emocionalmente alterada tras su llegada.

Según nos dice Mariel (2006), no existe la cognición sin la afectividad y viceversa. Nombra a Bion (1972), para resaltar la importancia que tiene la relación del bebé con la madre, pues esta relación es la matriz emocional que está en la base del desarrollo del pensamiento. El desarrollo del bebé es algo predeterminado biológicamente. Sin embargo, el bebé necesita de la figura materna y de la interacción con ella para activar las estructuras que darán funcionamiento a la afectividad, la cognición y la acción (Ramírez, 2010). En esta línea, Betancourt, Rodríguez y Gempeler (2007), nos alertan de que las dificultades que puedan surgir tempranamente en el vínculo madre-hijo, pueden desencadenar alteraciones en el desarrollo del bebé. Algo que queda claro es que las personas somos seres humanos y nuestras mentes, nuestras motivaciones y aprendizajes se van conformando en base a las experiencias con los otros que tenemos a lo largo de la vida. Para apoyar esta afirmación podemos tomar las palabras de Botero

(2012), cuando nos dice que “el organismo del bebé humano se desarrolla en respuesta a los inputs de otros humanos. Y esto depende más, en mayor medida, del padre y la madre que del bebé” (p. 161).

También Trevarthen (2004) (citado por Botero, 2012), nos dice que los dos primeros años del niño son cruciales para el desarrollo de las herramientas racionales y de la consciencia que le permitirá desplegar toda una serie de capacidades innatas que le permitirán adaptarse y aprender del mundo social. Tal y como nos recuerda Robles (2008), los primeros meses de vida del niño están caracterizados por la presencia de acciones reflejas y, es en esta etapa, cuando el niño establece una relación significativa con la madre y pone a prueba sus capacidades innatas para satisfacer sus necesidades más básicas como el hambre y la búsqueda de afecto y cuidados. Por todo ello se hace tan necesario, desarrollar la seguridad del niño frente a sus miedos y su sensación de desprotección desde el nacimiento y el desarrollo de esta seguridad viene de la mano de la figura materna, quien pone toda su atención e intención en proteger a su bebé. Para Botero (2012), la angustia de separación que vive el bebé desde el nacimiento organiza un estado mental que provoca un comportamiento de atención y acercamiento con el fin de que la madre dé respuesta a sus necesidades de protección y confort.

Carballo (2006), habla del importante papel que juegan las personas adultas a la hora de educar a sus hijos y afirma que esta educación requiere de un control de los límites que permiten una estimulación capaz de desarrollar el estado físico, emocional y cognoscitivo del niño. Tal y como afirman Armus, Duhalde, Oliver y

Woscoboinik (2012), conductas como abrazar, acunar, hablar, etc., se realizan a través de un contacto físico y emocional que permite al niño alcanzar la calma cuando lo necesite e ir regulando sus emociones por sí mismo.

Por tanto, si nos preguntamos sobre cuáles son esos límites de los que hablábamos en el párrafo anterior y cómo se establecen, una vez más tenemos que recurrir a las emociones y los aspectos socio-afectivos para dar respuesta a estas preguntas. Es decir, serán las habilidades socioemocionales de la madre las que influyan en el tipo de respuesta que ésta dé a las necesidades de sus hijos. Y estas respuestas, a su vez, influirán en el desarrollo del niño. Como nos dicen Armus, Duhalde, Oliver y Woscoboinik (2012), las experiencias afectivas que el niño tiene con sus cuidadores en los primeros años de vida, influyen enormemente en el desarrollo cognitivo, social y emocional.

En esta línea, Ansermet y Magistretti (2006), afirman que los procesos, a nivel cerebral, que influyen en la construcción de representaciones mentales de la realidad, están ligados a los estados somáticos, implicados en la emoción que desencadenan tales representaciones. Esto significa que las emociones que despierten cualquier experiencia vivida, harán que nuestro Sistema Nervioso elabore una determinada respuesta fisiológica y ello, a su vez, influirá en la representación mental que nuestro cerebro haga sobre la experiencia vivida, provocando un recuerdo posterior más o menos placentero. Estos mismos autores, Ansermet y Magistretti (2007), en otro de sus trabajos nos hacen reflexionar sobre la huella que deja la percepción en la red neuronal y cómo esta huella está ligada a

una respuesta somática que evocará un estado de placer o displacer. Continúan explicando que, según Freud, el bebé, como ser humano en desarrollo, necesita de la intervención del otro para dar respuesta a su estado de malestar y de desamparo. Él mismo no tiene recursos, frente a las exigencias de su organismo, que le lleven a pasar del displacer al placer. Ahora bien, esta intervención del otro debe producirse de forma simultánea a la necesidad o inmediata a ella. De esta manera, el resultado de una acción del otro, produce una excitación y una huella que está asociada a un estado somático (Ansermet & Magistretti, 2007).

Por todo lo expuesto en este apartado, desde la perspectiva psicoanalítica queda patente la importancia que tiene la madre, o la figura de apego, para el desarrollo emocional del niño. Sin embargo, también desde la psicología evolutiva encontramos una amplia justificación sobre el papel fundamental que juega la familia y el entorno en el desarrollo del niño.

1.3.- Desde la Psicología Evolutiva

Cuando hablamos de evolución o desarrollo estamos haciendo referencia a un proceso de cambio. Así, cuando nos centramos en la etapa infantil, estamos hablando de la adquisición de nuevas habilidades o, a lo sumo, de la mejora de aquellas habilidades que el niño ya tenía adquiridas. En definitiva estamos hablando de un cambio que, a su vez, puede estar supeditado a ciertas características que pueden ser invariables en el niño.

El párrafo anterior se podrá entender mejor, si tomamos las palabras de Berger (2007), cuando en un intento de dar una definición sobre el desarrollo, reflexiona sobre la necesidad de referirse a cómo cambian las personas y a cómo siguen siendo las mismas, por lo que en el desarrollo existe una continuidad y una discontinuidad. Las primeras hacen referencia a esas características que son estables a lo largo de toda la vida, mientras que la discontinuidad se refiere a aquellas características que son diferentes de un momento a otro a lo largo de la vida de la persona (Berger, 2007).

Siguiendo con estas características del desarrollo, podemos decir que es la interacción entre el niño y su contexto lo que permite la discontinuidad del desarrollo, entendida como la adaptación del niño a las demandas de su ambiente. Tal y como afirma Serrano (2007), el desarrollo ocurre a medida que el niño aprende y el aprendizaje es un proceso acumulativo que ocurre gradualmente. Así, esta misma autora, hace un recorrido por diferentes autores, como Hebb, Hunt, Gessell y Watson, entre otros, que intentan explicar cómo tiene lugar el desarrollo del niño. Tras nombrar los estadios e inteligencia sensoriomotriz, pensamiento pre-operacional, operaciones concretas y operaciones formales que propone Piaget (1896-1980), concluye que la inteligencia puede ser alterada a través de la experiencia. De la misma manera, afirma que el resultado de la interacción constante entre los niños y el medio ambiente se refleja en su participación activa durante la resolución de problemas y en la acomodación permanente a su entorno. Por lo tanto, el desarrollo cognitivo resulta de las interacciones constantes que se producen entre un niño y el medio ambiente (Serrano, 2007). Finalmente, esta

misma autora nombra a Vygotsky, para quien los procesos más abstractos, como son el lenguaje, estaban influidos por la interacción social. Y concluye que, a través de las actividades conjuntas con los adultos, el niño aprende a realizar dichas actividades y a pensar de una forma acorde a su cultura.

Llegados a este punto no podemos pasar por alto la importancia del llamado modelo ecológico a la hora de hablar de la relación entre contexto y desarrollo infantil. Este modelo fue propuesto por Bronfenbrenner en 1970, y uno de sus postulados dice que el desarrollo humano tiene lugar a través de una interacción, que se va haciendo cada vez más compleja, entre un organismo activo, en desarrollo biopsicosocial, y las personas y objetos que se encuentran en su entorno inmediato (Bronfenbrenner, 1994). Además, esta influencia entre niño y ambiente ocurre de manera recíproca, donde ambos se influyen mutuamente y se van acomodando a sus nuevas características (Bronfenbrenner, 1977).

Es desde este modelo ecológico donde cobra sentido abrir las perspectivas de mira y tener en cuenta la influencia que ejerce el contexto del niño en su desarrollo. Como nos dice García-Sánchez (2001a), las relaciones entre el niño y sus padres se entienden como un factor central para el desarrollo del niño. Desde el modelo ecológico, se destaca la importancia de las interacciones que se dan entre el niño y su entorno, donde se encuentran sus padres y sus iguales. Esto nos hace ver que se empieza a abandonar aquellas intervenciones centradas en el niño, para pasar a una intervención centrada en la familia, aunque en este momento de auge del modelo ecológico, todavía quedará por determinar en qué grado de implicación

deben participar las familias en la intervención de sus hijos (Fuertes & Palmero, 1998).

Más tarde, con la finalidad de concretar un poco más los postulados del modelo ecológico de Bronfenbrenner, surgirá el modelo transaccional del desarrollo, propuesto por Sameroff, en la década de los 80. Si tomamos las palabras de Sameroff y McKenzie (2003), el desarrollo del niño se debe a su interacción con el medio y las experiencias que le brinda su familia y su contexto social. Es decir, la evolución que sigue el niño en su desarrollo no depende única y exclusivamente del niño o de la experiencia, sino de la confluencia de ambos factores. Este es el postulado del modelo transaccional en el que se considera que cualquier característica con la que nazca el niño, tendrá un desarrollo diferente en función de la familia y de las experiencias que tenga el propio niño dentro de su contexto familiar y social (Sameroff & McKenzie, 2003).

En la figura 1.1 podemos ver cómo el niño forma parte de una comunidad en la que también se encuentra su familia y ello influirá en su desarrollo dentro de distintas áreas.

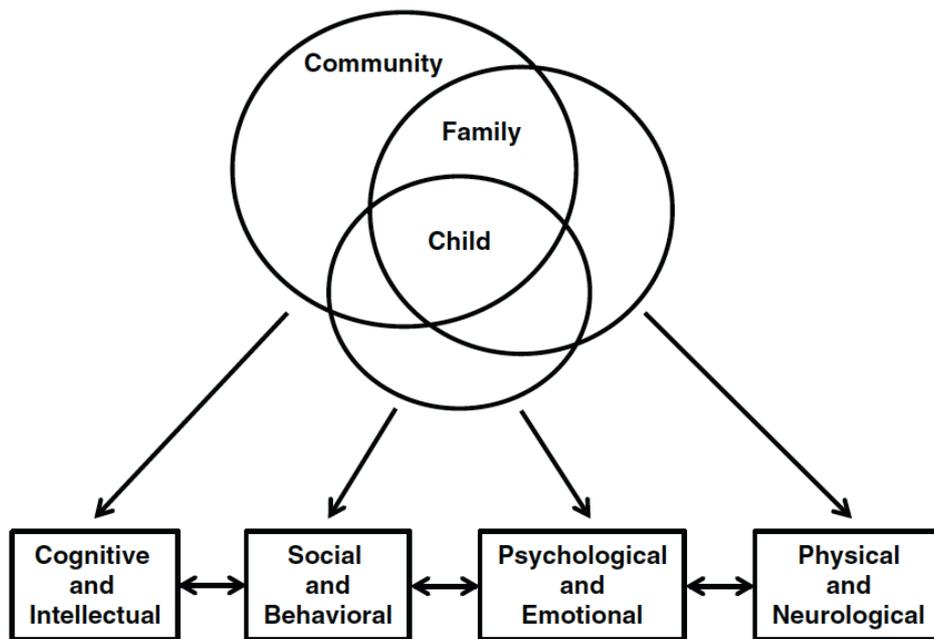


Figura 1.1. Las experiencias de un niño como parte de una familia y una comunidad tienen una cascada de consecuencias para el funcionamiento biológico y neurológico. Tomado de McEwen, B. S. & Mirsky, A. E. (2012). Implications for Physical and Mental Health. En IOM & NRC (Ed.), *From Neurons to Neighborhoods: An Update* (pp. 14-18). *Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academic Press.

De Linares (2012) afirma que “el resultado evolutivo de un niño no es una función de su estado inicial o del estado inicial del ambiente, sino una función compleja de la interacción del niño y el ambiente durante el tiempo” (p. 8). De ahí la importancia de los modelos ecológicos que postulan la necesidad de estudiar el desarrollo del niño atendiendo a todos los contextos e interacciones que componen su vida (Berger, 2007).

El modelo ecológico del desarrollo infantil reconoce la importancia que juegan múltiples factores en el desarrollo del niño. Acepta que el niño puede interactuar a diferentes niveles con una serie de variables, como las experiencias que le brinda

su contexto natural que lo condicionan. Por tanto, las experiencias y las intervenciones deben ser variadas y enfocadas a prevenir la discapacidad y minimizar los factores de riesgo que pueden provocarla, así como maximizar las oportunidades de aprendizaje para el desarrollo del niño (Serrano & Boavida, 2001).

De aquí se desprende la importancia y la necesidad de intervenir a través de las actividades diarias, pues las rutinas familiares que ocurren de forma natural y significativa para el niño, le ofrecen un contexto estructurado y predecible que sirve para guiar su comportamiento y sus emociones, favoreciendo su desarrollo (Spagnola & Fiese, 2007).

Por ello, tal y como nos hacen reflexionar Serrano y Boavida (2011), la Atención Temprana juega un papel fundamental a la hora de prevenir la aparición de cualquier trastorno en el desarrollo del niño, así como maximizar las oportunidades de aprendizaje de los niños con necesidades especiales. Ahora bien, es importante hacer un alto en el camino y reflexionar sobre la Atención Temprana que se va a desarrollar. Es evidente que cualquier acción que desarrollemos con el niño o con la familia va a tener unas repercusiones y unos beneficios para el desarrollo del niño. Sin embargo, si trabajamos desde los entornos naturales, teniendo en cuenta las necesidades del niño y la familia en su contexto más cercano, esos beneficios serán mayores. Como nos dicen Tudge y Hogan (2004), las actividades y las interacciones entre el niño y su entorno más cercano, son el motor que impulsa su desarrollo.

En la misma línea, Candel (2004) menciona la creencia errónea que existe, de forma generalizada en muchos padres y profesionales, de entender la Atención Temprana como un cúmulo de sesiones en las que el profesional trabaja directamente con el niño y que van a tener un mayor beneficio para su desarrollo cuanto mayor sea dicho número. Lo único que se consigue con esto es adquirir ciertas habilidades que pueden no ser útiles en la vida real del niño.

Cuando un niño presenta una discapacidad, la finalidad de la Atención Temprana no es solo la rehabilitación, pues la discapacidad es una condición a la que el niño y la familia deberán adaptarse a lo largo de su vida. Es fácil entender, entonces, que la Atención Temprana debe contribuir a la adquisición de unos aprendizajes funcionales, por parte del niño, que tengan cabida en su contexto natural. Es decir, debemos contribuir a que ese niño con discapacidad y dificultades especiales para aprender y desarrollarse, pueda seguir aprendiendo y desarrollando sus capacidades. Y para ello debemos entender bien cómo se produce ese desarrollo. Pero explicar la evolución del desarrollo del niño resulta complicado por los múltiples factores que influyen en el mismo (Sameroff & McKenzie, 2003). Estos factores pueden concretarse en las relaciones que se establecen entre el niño y su contexto, por lo que el desarrollo del niño se verá influido mayoritariamente y de forma más positiva a través de aquellas intervenciones que pretendan favorecer el aprendizaje funcional del niño. Ello despertará su interés y su motivación y, con ello, la evolución de su desarrollo será mayor.

Como afirma De Linares (2012), desde el modelo ecológico se defiende que el desarrollo del niño no es ajeno a su contexto, por lo que se debe valorar atendiendo al ámbito familiar y social y, así, favorecer la participación activa de la familia en el proceso de aprendizaje y desarrollo del niño. En este sentido, McWilliam y Casey (2008) y García Sánchez, Escorcía, Sánchez López, Orcajada y Hernández Pérez, (2014), afirman que el aprendizaje del niño no ocurre a través de lecciones masivas, sino a través de interacciones dispersas y repetidas con su ambiente.

Si tenemos en cuenta las palabras de Serrano & Boavida (2011), los niños con necesidades especiales poseen determinadas características que los hacen más vulnerables, sobre todo si no se les da el apoyo que necesitan en sus aprendizajes. En cualquier caso, su desarrollo evoluciona más lentamente que el de sus iguales con un desarrollo normotípico. Además, su discapacidad suele interferir en sus interacciones con los demás y con el entorno, lo que conlleva la adquisición de nuevos hándicaps. De ahí la importancia de trabajar a través de las actividades diarias, pues el carácter predictivo de estas hará que el niño pueda prestar más atención y dedicar más energía en aprender nuevas habilidades (Serrano & Boavida, 2011).

Ahora bien, los patrones de interacción pueden sufrir cambios sustanciales a través de las familias. Muchas de estas variaciones pueden alterar la trayectoria del desarrollo del niño, especialmente los primeros años de vida (Guralnick, 2006). Todo ello nos hace pensar que se hace necesaria una intervención temprana

centrada en la familia, que tenga en cuenta que el mayor desarrollo del niño ocurre durante breves y repetidos períodos de tiempo (Guralnick, 2006), adaptando las estrategias a los diferentes momentos por los que atraviesa la familia.

En definitiva, las experiencias afectivas del niño, con sus cuidadores primarios en sus primeros años de vida, influirán en gran medida en su desarrollo cognitivo, social y emocional (UNICEF, 2012).

En un intento de resumir todo lo dicho hasta ahora en apartados anteriores y en el que nos ocupa de este primer capítulo, cabe preguntarnos por qué es tan importante el entorno natural del niño para su aprendizaje. La respuesta vendrá dada en base a los tres ejes que fundamentan la labor que se viene ejerciendo en Atención Temprana desde sus inicios:

1. Desde las Neurociencias, las experiencias que tiene el niño desde su nacimiento van modelando la estructura y funcionamiento de nuestro sistema nervioso. Es decir, dichas experiencias influyen en la plasticidad de nuestro cerebro y en la capacidad de recuperación tras una lesión. Además, también es cierto, que esta neuroplasticidad se verá influida por los llamados períodos críticos, algo que justifica todavía más, si cabe, la importancia de un entorno natural competente que proporcione al niño las experiencias necesarias en el momento adecuado. Para ello, será determinante que se unan intención, acción y emoción. Será esa unión y la emoción y la motivación de emocionar a sus adultos más cercanos, sus

padres, lo que hará que el niño tenga la intención de seguir experimentando nuevos aprendizajes y nuevas habilidades.

2. Desde el Psicoanálisis, para el desarrollo cognitivo es esencial el bienestar emocional y las competencias sociales. Para conseguir este bienestar emocional y estas competencias sociales será fundamental la figura de apego. Y, esta figura de apego, en los primeros meses de vida, será la madre, que dará seguridad al bebé y le proporcionará unas experiencias adecuadas que faciliten su autorregulación y predisposición hacia el aprendizaje. Así, las distintas experiencias que el niño vaya teniendo desde los primeros momentos de vida, en interacción con su entorno y, sobre todo, con su figura de apego, le llevará a adquirir la seguridad necesaria para seguir experimentando nuevos aprendizajes y, crear con ello nuevas redes sinápticas o especializar las que ya existían.
3. Desde la Psicología Evolutiva, es la interacción entre niño y contexto lo que permite la adaptación y desarrollo del niño. Para apoyar este postulado tenemos el modelo ecológico de Bronfenbrenner y sus posteriores desarrollos ecológico-transaccionales, que destaca la influencia recíproca entre ambos niño y entorno. Por tanto, no podemos descuidar la relación que se establece entre un niño y sus padres, puesto que dicha relación será la que favorezca el aprendizaje y desarrollo del niño. Aunque, lógicamente, los padres también irán adaptándose a las nuevas situaciones y aprendiendo de sus experiencias. En este sentido, Samerof y McKenzie (2003) nos hacen reflexionar sobre el hecho de que el desarrollo del niño no depende sólo del niño y sus características, sino también de la

confluencia del niño y sus experiencias. Atendiendo a estos modelos, una vez más, cobra sentido el desarrollo en Atención Temprana de unas prácticas centradas en la familia. Si entendemos estos postulados, podremos comprender la necesidad de favorecer un amplio abanico de experiencias que maximicen las oportunidades de aprendizaje del niño en su contexto natural. De ahí, la importancia de intervenir en dicho contexto. Pero no directamente sobre el niño, sino a través de su familia, pues será ésta quien le pueda brindar un número casi ilimitado de experiencias que favorezcan su desarrollo y aprendizaje de una forma mucho más natural y funcional.

Capítulo 2.- Historia y evolución de la Atención Temprana

2.1.- Primeras experiencias con Atención Temprana en España

Lo que hoy conocemos como Atención Temprana, empezó a instaurarse de forma paulatina en las distintas Comunidades Autónomas de nuestro país (Alonso Seco, 1997). Ahora bien, no es difícil encontrar determinadas actuaciones que, mucho antes de constituirse la Atención Temprana como disciplina reconocida en España, podrían considerarse los primeros pasos hacia dicha disciplina.

Para acotar un poco la historia de la Atención Temprana que se construye en este apartado, nos situamos en el siglo XX para iniciar su recorrido a lo largo del tiempo. Como nos señala Escorcía (2014), es en este siglo cuando empiezan a ponerse en marcha medidas de protección a la infancia y a crearse centros y programas que atiendan a dicha etapa.

Si tomamos las palabras de Alonso Seco (1997), la Atención Temprana se inicia en nuestro país como un proceso en el que, según el momento que miremos, la disciplina va encontrando un apoyo cada vez mayor por parte de los profesionales y de las asociaciones de padres de niños con discapacidad, así como con un mayor respaldo a nivel jurídico e institucional. Y de aquí mismo deriva la dificultad de determinar una fecha exacta para hablar de los inicios de la Atención Temprana, aunque es cierto que se establece la década de los 70 como la fecha en la que

nuestra disciplina empieza a consolidarse en nuestro país. Eso sí, no conociéndose entonces como Atención Temprana sino como Estimulación Precoz.

Ahora bien, anterior a la década de los 70, existen muchas otras actuaciones dirigidas a la infancia y a su protección, tanto a nivel nacional como internacional. Y en la mayoría de casos, dirigidas a la población más desfavorecida económica y socialmente. Todas esas actuaciones fueron abriendo el camino y han dado paso a lo que hoy conocemos como Atención Temprana.

Desde 1977, son numerosas las iniciativas privadas que se ponen en marcha bajo esta disciplina. Según Gutiez (2010a), estas entidades privadas reciben fondos para seguir adelante con su andadura y la mayoría de centros que existen hoy dependientes de asociaciones de padres, se crearon entre 1980 y 1985. En aquel entonces, el objeto de intervención era el niño. Y este puede ser uno de los motivos por el que la concepción clínica de la Atención Temprana está muy arraigada entre los profesionales de nuestro país que dedican su labor a dicha disciplina. Sin embargo, todo profesional que dedique su labor a la Atención Temprana, siempre ha considerado muy necesaria e importante la actualización de sus praxis, sobre todo buscando una mayor implicación de las familias para favorecer el desarrollo de sus hijos. Ahora bien, el hábito en unas prácticas de intervención, que se han mantenido durante años, contribuye a que la transición hacia unas prácticas centradas en la familia sea más dificultosa. Durante mucho tiempo los profesionales no han conocido otra forma de implementar la Atención Temprana que no sea la intervención ambulatoria directa encaminada a la habilitación o

rehabilitación de capacidades en el niño. Además, los profesionales más veteranos veían que las nuevas generaciones, formadas (como veremos en nuestro capítulo 4) con estudios de posgrado que no incluían la filosofía de una intervención centrada en la familia, seguían haciendo lo mismo que ellos habían venido haciendo hasta ahora. Por tanto, no había constancia de una necesidad de cambiar nada.

Sin embargo, actualmente estamos asistiendo a la irrupción en nuestro entorno de una nueva concepción de la Atención Temprana. Concepción que se centra en esa consideración de la familia como el principal motor para el desarrollo del niño y sobre la que hay que intervenir. Una intervención encaminada a hacerla competente y que sepa aprovechar sus fortalezas y sus propias herramientas, con el fin de que pueda contribuir al aprendizaje de nuevas habilidades y la mejora de capacidades de su hijo.

Es evidente que, en este momento de cambio, hay profesionales más reacios a adoptar esta nueva filosofía de la Atención Temprana. Sin embargo, cada vez son más los profesionales que la abrazan y aceptan el reto de ver las nuevas posibilidades que les brinda la Atención Temprana, a pesar de que todavía no tengan claro el cómo hacerlo.

Mirando hacia atrás y si tomamos las palabras de Arizcun, Gútiez y Ruiz-Veerman (2016), las primeras iniciativas para atender a la infancia con discapacidad vinieron de la mano de determinadas personas de forma particular. Ahora bien, en

esos inicios de la Atención Temprana hubo importantes medidas institucionales cuya intención era dar una respuesta asistencial y educativa a las necesidades de estos niños. Estas instituciones eran servicios sanitarios, servicios sociales y el sistema educativo. De ahí la diversidad que más tarde nos encontraremos en cuanto a desarrollo normativo, formación de profesionales y prácticas basadas en diferentes modelos de actuación.

Entre estas iniciativas particulares, destaca, en la década de los 70, Dña. Carmen Gayarre, con su “Curso breve teórico-práctico de Estimulación Precoz para niños de cero a cinco años”, que se desarrolló en Madrid, concretamente en el año 1973 (Alonso Seco, 1997). Según Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2013), se cree que este curso fue el punto de partida de la disciplina dentro de nuestras fronteras. Ahora bien, esta iniciativa emerge del ámbito sanitario y en ella intervienen diferentes profesionales de dicho ámbito. De ahí se podría entender el carácter asistencial del que parte nuestra disciplina y el arraigo con los servicios sanitarios que presenta en muchas comunidades. Es importante señalar que este sería el primer curso de otros que se desarrollaron en años sucesivos, entre ellos la segunda edición, en el año 1975, del mencionado curso organizado por Dña. Carmen Gayarre, y el curso sobre estimulación temprana de niños con síndrome de Down, que impartiría el Dr. Binkworth, en el año 1976 (Alonso Seco, 1997).

Paralelamente, en el año 1973 se crea la unidad de estimulación precoz en España en la Maternidad de Santa Cristina de Madrid, que empezará a funcionar un año más tarde bajo la dirección del Dr. Villa Elízaga. Sus primeras intervenciones

fueron encaminadas a la estimulación de neonatos de bajo peso y más tarde, incluiría a niños que presentaran algún signo de alerta (Alonso Seco, 1997). También, en ese mismo año, aparecen los primeros servicios para desarrollar y favorecer aquellas áreas en las que el niño presenta alguna necesidad (Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013).

Por otra parte, no debemos olvidar la importancia que tiene el movimiento asociativo dentro de esta disciplina que, tal y como nos dice García-Sánchez (2000), contribuirá a una mayor generalización y descentralización de los servicios. También, Millá (2002) nos hace saber que este movimiento se articula en torno a dos ejes fundamentales, que son los padres y los profesionales. Además, tanto un colectivo como el otro, favorecen el desarrollo de la disciplina, las experiencias compartidas, el planteamiento de reivindicaciones para optimizar los recursos y la mejora de la prevención y la detección precoz (Millá, 2002). En definitiva, han sido las actuaciones de las distintas asociaciones las que en buena medida han contribuido a la mejora de la Atención Temprana y a ofrecer un servicio de calidad. Especialmente teniendo en cuenta que la administración no tenía los recursos suficientes para atender a todos los niños que iban llegando con necesidades de Atención Temprana y, como alternativa, proponían a los padres de estos niños que se organizaran y crearan asociaciones. A cambio, les facilitaban recibir subvenciones para contratar a profesionales que trabajaran con sus hijos. Sirva para corroborar la importancia de este movimiento asociacionista, los documentos de García-Sánchez (2001b) y Martínez-Brell (1992), quienes describen con detalle toda esta evolución del asociacionismo en el caso de la

Región de Murcia. Sin pasar por alto, también en el caso de la Región de Murcia, la constitución de una Comisión Regional de Atención Temprana, creada en 1993, que veló desde sus inicios por el intercambio continuo de información y debate entre los profesionales de Atención Temprana (García-Sánchez, 2000).

Si queremos profundizar un poco más en la importancia que tiene una Comisión Regional técnica de Atención Temprana, como la que se creó en la Región de Murcia, podemos recurrir a García-Sánchez (2000) y consultar los objetivos que nos señala como propios de dicha Comisión, entre los que destacan:

- la detección de carencias en los servicios existente,
- la propuesta de mejoras en la atención al niño y la familia,
- la unificación de esfuerzos para mantener y mejorar la calidad de la intervención en la región de referencia
- y la preocupación, siempre presente, por la unificación de criterios en cuanto al modelo de intervención en Atención Temprana que se desea para la región de referencia.

A nivel nacional estos esfuerzos fueron asumidos por el Grupo de Atención Temprana que empezó a funcionar por las mismas fechas, amparado por el Real Patronato sobre Discapacidad.

Siguiendo con el movimiento asociacionista, según nos dice Alonso Seco (1997), las asociaciones han tenido un papel fundamental a la hora de implantar la Atención

Temprana en España. Muchos padres de niños que recibían tratamiento en centros sanitarios, establecieron centros de estimulación precoz e incluso se asociaron para mantener estos servicios. Ejemplo de ello es que, en el año 82, son los padres de niños tratados desde la unidad de estimulación precoz de la Maternidad Santa Cristina, los que asumen la gestión del programa llevado a cabo desde dicha unidad (Alonso Seco, 1997). También Arizcun, Gutiez y Ruiz-Veerman (2006), nos recuerdan que los primeros centros de estimulación precoz nacieron gracias a las asociaciones de afectados y las subvenciones que reciben, entre otras cosas.

En cuanto a los profesionales, será en los años 80 cuando aquellos que dedican su labor a la Atención Temprana en ese momento, se empiezan a agrupar en asociaciones buscando la actualización y el perfeccionamiento profesional en la materia que les ocupa (Millá, 2002).

Entre los grupos de profesionales que se crean para dar respuesta a las necesidades formativas y de actualización, destacan según Arizcun et al. (2006), los que siguen:

- GENMA (Grupo de Estudios Neonatológicos de Madrid), se crea en 1987 y estaba formado por profesionales de los servicios y unidades de neonatología de los Hospitales Públicos de la Comunidad de Madrid. Entre los trabajos que realizó este grupo podemos mencionar, especialmente, la dotación de un carácter más humanitario a los servicios de neonatología, que son considerados como un entorno básico que puede favorecer el

vínculo entre padres e hijos. Por otra parte, también es importante resaltar la clasificación sobre los factores de riesgo social que se añadieron a los factores biológicos, gracias a la labor de este grupo.

- PADI (grupo de Prevención y Atención al Desarrollo Infantil), al igual que el grupo GENMA, también se crea en el año 1987, pero el grupo PADI estará formado por profesionales de distintos ámbitos que dedican su labor a las personas con discapacidad. En cuanto a las aportaciones de este grupo a la Atención Temprana, destaca la delimitación conceptual de dicha disciplina y sus objetivos.
- GENYSI (Grupo de Estudios Neonatales Y Servicios de Intervención), se trata de la incorporación al GENMA de los servicios de intervención, y ocurre en el año 1991. La actuación de este grupo tiene por objetivo mejorar los recursos que favorecen la prevención y atención precoz de los niños con deficiencias o que tienen el riesgo de padecerla, así como favorecer una atención lo más temprana posible (Alonso Seco, 1997).
- GAT (Grupo de Atención Temprana), se crea en el año 1996 y en el año 2000 publica el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) que, a falta de una ley que regule la disciplina, se convertirá en el marco de referencia para todos los profesionales dedicados a la misma (García-Sánchez, 2001b; Pegenaute, 2001). El GAT estaba formado por profesionales de distintas disciplinas y territorios y, en el año 2001 se constituye como Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana cuya labor principal será impulsar la regulación de esta disciplina (Millá, 2002).

Con todo esto, es evidente que, desde el momento en que tienen lugar los primeros movimientos de Atención Temprana, la familia se considera un elemento clave y fundamental para la intervención, sobre todo si tenemos en cuenta todos los movimientos asociativos de aquellos padres con algún hijo con discapacidad. Cabe, entonces, preguntarnos cuáles son las primeras prácticas centradas en la familia que se desarrollan dentro de nuestra disciplina. Sin embargo, la respuesta a esta pregunta es algo complicada si tenemos en cuenta la diversidad de servicios que dan soporte a este tipo de intervención, tanto si nos centramos en el ámbito internacional como nacional.

Si nos fijamos en España, como ya sabemos son tres los ámbitos relacionados con la Atención Temprana: sanidad, servicios sociales y educación. Y esta división, tal y como apunta Gutiez (2010a), ha existido a lo largo de toda la historia de nuestra disciplina y sigue existiendo en la actualidad. Como nos dice Ferrándiz (2008), la situación española en materia de Atención Temprana sigue siendo muy dispersa, debido, entre otras cosas, a que se han desarrollado modelos de intervención que no derivan de un único ámbito, sino que se apoyan en leyes fundamentales de sanidad, servicios sociales y educación.

Ahora bien, podemos llegar a la conclusión de que, independientemente de la práctica adoptada por los profesionales que dedican su labor a la Atención Temprana, la filosofía de estas prácticas, siempre ha sido intervenir en los problemas y necesidades de los niños tan pronto como sea posible, contando con la

participación de la familia para la rehabilitación y mejora de las habilidades del niño (Gutierrez, 2010a).

Lógicamente, la Atención Temprana es una disciplina viva, que se va haciendo en función de las experiencias acumuladas y las necesidades detectadas a medida que se va trabajando y a medida que se van desarrollando y consolidando conocimientos en las disciplinas científicas de las que se nutre. Así, aunque las primeras prácticas se empiezan a realizar desde una filosofía ambulatoria, totalmente rehabilitadora y centrada en el niño, actualmente son muchos los centros que van adoptando unas prácticas centradas en la familia, o al menos amigables a ellas. Prácticas donde el profesional deja su rol de experto y abandona la intervención directa con el niño, para pasar a desarrollar una intervención con la familia, en la que se le da apoyo y se le acompaña con el fin de hacerlas competentes y autónomas en la educación y desarrollo de sus hijos.

Estas prácticas centradas en la familia están entrando en nuestro país desde hace unos años, aún pocos. Pero sabemos que cuentan con una tradición mucho más larga a nivel internacional. Tal vez debido a que la Atención Temprana lleva un recorrido más largo a nivel internacional, las necesidades de una intervención centrada en la familia también llegaron antes a otros países diferentes al nuestro.

No obstante, como ya se ha dicho o al menos apuntado, este proceso en la evolución de la Atención Temprana en nuestro país no es algo que se esté produciendo de forma uniforme. Así, hay centros cuyos profesionales son más

conscientes de la necesidad de un cambio en sus actuaciones y apuestan por un modelo centrado en la familia. Mientras, otros profesionales, y por tanto otros centros, parecen resistirse más a este cambio. Además, el hecho de que no haya una ley que regule el modo de actuación de los profesionales dedicados a esta disciplina, hace que dentro de una misma Comunidad Autónoma podamos encontrarnos con Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs) que pongan en práctica diferentes modelos de intervención.

Sirva de ejemplo la reflexión que encontramos en EURODYCE (2014), cuando afirma que, al fijarnos en cómo se organizan los servicios que dedican su labor a la Atención Temprana, veremos que esta organización varía a lo largo de toda Europa. Así, antes de que en los años 70, en España, empezaran a llevarse a cabo aquellas prácticas conocidas como Estimulación Precoz, en otros países esta disciplina ya estaba mucho más arraigada. Tal es el caso de Estados Unidos, donde las primeras experiencias de puesta en marcha servicios de Atención Temprana datan de los años 60.

En definitiva, lo que es evidente, tras este breve recorrido histórico sobre las primeras experiencias en Atención Temprana en España, es la diversidad de iniciativas que se llevan a cabo desde diferentes ámbitos. Pero siempre con el único denominador común de favorecer el bienestar y desarrollo del niño. Está latente, siempre, la importancia de la familia para conseguir este objetivo; pero fundamentalmente desde una perspectiva clínica, donde el profesional adopta el rol de experto y la familia se limita, en el mejor de los casos, a escuchar e intentar

poner en práctica las orientaciones que el profesional le da para favorecer el desarrollo de su hijo. Será más tarde, una vez alcanzado ese nivel de maduración que permita a nuestra disciplina detectar sus puntos fuertes y sus puntos débiles, cuando se empiece a tomar conciencia de la necesidad de implicar a la familia de otra forma. Esa nueva forma de desarrollar la Atención Temprana se reflejará en el desarrollo de unas prácticas centradas en la familia. Los objetivos que se pretenderán conseguir con este enfoque de intervención en el entorno serán los mismos que se pretendían bajo el enfoque clínico: una mejora en el desarrollo del niño. Sí cambiarán los modos de conseguirlo. Pasamos, tras un tiempo de andadura de la Atención Temprana, de una intervención directa sobre el niño, a una intervención sobre la familia para conseguir mayores cotas de mejora en la calidad de vida del niño y de la propia familia, lo que conllevará un cambio, también, de los recursos y las estrategias utilizadas por el profesional.

2.2.- Contribuciones relevantes al desarrollo de la Atención Temprana en Estados

Unidos

Como hemos podido ir viendo en los apartados desarrollados hasta ahora, la evolución de la Atención Temprana ha recibido influencias de distintos ámbitos. Shonkoff y Meisels (1990), afirman que la contribución histórica a nuestra disciplina viene desde cuatro ámbitos diferentes, como son la educación infantil, los servicios de salud materno-infantil, la educación especial y las investigaciones del desarrollo infantil. Cada uno de estos ámbitos, en algún momento de la historia, ha puesto en marcha iniciativas o han desarrollado nuevos conocimientos que han

ayudado a la evolución de la Atención Temprana y que debemos tener como referentes claros en el camino hacia una mejora de la calidad de nuestros servicios.

Recordando las primeras actuaciones que se pusieron en marcha para favorecer el bienestar del niño y que marcaron un antes y un después en la historia de la Atención Temprana, no podemos dejar de mencionar la creación de la Children's Bureau en 1912, como respuesta a las necesidades de los niños norteamericanos (Children's Bureau, 2013). Este organismo nació con la intención de asegurar el cuidado y bienestar de los niños con discapacidad intelectual. Ya en 1917 su directora, en aquel entonces Julia Lathrop, plantea un programa para ofrecer ayudas médicas y económicas a madres y bebés, buscando contribuir a capacitar a las madres en el cuidado de sus hijos (Shonkoff & Meisels, 1990). Ello nos indica la importancia que se le daba al bienestar de la madre desde el momento en que se ponen en marcha las primeras iniciativas para conseguir mejorar el bienestar y el óptimo desarrollo de los niños, aunque en este caso se esté dando una ayuda asistencial y económica en la que no se tienen especialmente en cuenta las preocupaciones de la familia.

Por otra parte, la Children's Bureau puso en práctica una campaña divulgativa dirigida a familias que vivían en zonas rurales y que no tenían un fácil acceso a las visitas médicas. Para estos casos se facilitó a los padres folletos con una serie de orientaciones escritas sobre cómo cuidar a sus bebés. Por tanto, se puede considerar esta actuación como los inicios de aquellas prácticas que más tarde pretenden competenciar a las familias en el desarrollo de sus hijos, en este caso

inical facilitando unos folletos escritos, a modo de orientación que, en cualquier momento, las familias podían consultar ante la necesidad de saber cómo actuar frente a una determinada situación. Ahora bien, una vez más, esta forma de proceder es meramente teórica, pues no se accede a las preocupaciones y necesidades individualizadas de cada familia. Además está orientada desde la perspectiva de profesionales expertos que creen saber cuáles pueden ser las necesidades de las familias.

En el año 1965 se pusieron en marcha en Estados Unidos determinados programas que reflejaban el interés federal por la Atención Temprana en niños de familias con escasos recursos económicos. Uno de los más conocidos es el Programa de Tratamiento y Screening Diagnóstico Temprano y Periódico, iniciado en los años 60 como parte del esfuerzo nacional para mejorar la salud y el bienestar de los niños de familias en situación de pobreza y diseñado para asegurar la identificación temprana de algunos problemas y la provisión de la pertinente intervención (Shonkoff & Meisels, 1990). Será en esta misma época, en el año 1965, cuando encontremos un hito importante en la historia de la Atención Temprana. Un hito que estará enmarcado también en los Estados Unidos, con el Programa “Head Start”. Este programa también tuvo una gran influencia en los inicios de la Atención Temprana dentro de nuestras fronteras. Tomando las palabras de Millá (2005), se podría ubicar los inicios de la Atención Temprana en nuestro país en lo que se denominó Estimulación Precoz y que buscaba ser un cierto reflejo aquí de los programas de Acción Comunitaria que desarrollaba el gobierno de Estados Unidos durante la década de los sesenta, siendo uno de estos

el Programa Head Start. Concretamente se trata de un conjunto de programas de Acción Comunitaria, dirigido a las familias de niños entre 4 y 5 años, con bajos ingresos y con fines compensatorios (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2005). Es importante resaltar, que este programa de Acción Comunitaria, todavía hoy sigue existiendo en Estados Unidos y sigue velando por el bienestar del niño y las familias de aquel país. No obstante, como nos hacen reflexionar Muccio, Kidd, White y Burns (2014), así como existen múltiples factores que facilitan la inclusión del niño en estos programas, también existen barreras, tales como las prácticas y la percepción de la inclusión que tienen los profesionales que llevan a cabo dichos programas. Por otra parte, Isaacs (2008) afirma que numerosos estudios han revelado el positivo impacto que estos programas tienen sobre el bienestar y el desarrollo del niño y nombra el Estudio sobre el Impacto del Head Start publicado en el año 2012, que se realizó sobre 84 programas y permitió generalizar los resultados a todo el programa Head Start estatal.

Una modificación importante en el Programa Head Start original se introdujo en 1972, con la obligación de reservar al menos un 10% de sus inscripciones para niños con una discapacidad identificada (Shonkoff & Meisels, 1990). Por tanto, ya no se estaba cubriendo sólo las necesidades de niños en situación de pobreza, sino que las actuaciones bajo este programa se ampliaban a los niños con discapacidad. Por otra parte, cabe destacar el hecho de que en 1973, la Division for Early Childhood (DEC) se estableciese como una nueva identidad dentro del Council for Exceptional Children, lo que mostraba un sentimiento de identidad profesional

distintivo promovido por los profesionales de la Educación Especial.

Más adelante, la Atención Temprana en Europa fue una de las principales temáticas analizadas dentro del marco del Programa de Acción Comunitario Helios II (1993-1996), donde se destacaba tanto su influencia educativa como rehabilitadora (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2005).

Paralelamente y hasta la actualidad, cobrarán especial protagonismo dos organismos internacionales que contribuyen a hacer visibles las distintas aproximaciones a la Atención Temprana en los diferentes países, además de poner un gran énfasis y esfuerzo en unificarlas.

Por un lado, tenemos que nombrar la International Society on Early Intervention (ISEI). Se trata de una organización internacional, creada para ofrecer una estructura y servir de lugar de encuentro a los profesionales de Atención Temprana de todo el mundo, con el fin de dar a conocer los avances en esta disciplina.

Por otro lado, no podemos olvidar la gran labor de la European Association on Early Childhood Intervention (EURLYAID), que entre otras muchas cosas trata de impulsar el desarrollo de un marco legislativo común en toda la Comunidad Europea en materia de Atención Temprana. EURLYAID es el nombre que recibe un grupo de expertos, profesionales y representantes de asociaciones de padres de

toda la Comunidad Europea. Todos ellos involucrados en la mejora de la intervención temprana con niños que presentan alguna discapacidad o tienen el riesgo de padecerla. Es de suma importancia la labor que este grupo viene ejerciendo desde su fundación, en el año 1988, por conseguir en Europa una Atención Temprana desarrollada a partir de prácticas centradas en la familia, en la que ésta se tenga en cuenta como el principal motor que impulsa el desarrollo del niño. Por ello, deben considerarse las necesidades y preocupaciones de la familia a la hora de llevar a cabo la intervención, dándole todo el protagonismo que merece en la toma de decisiones sobre el programa de intervención, así como en su puesta en marcha (De Moor, Waesberghe, Hosman, Jaeken & Miedema, 1993).

También queremos resaltar como hito histórico referente, el hecho de que en el año 1993, la DEC publicó unas guías de Prácticas Recomendadas en Atención Temprana. Además este organismo, que sigue funcionando en la actualidad, recientemente ha publicado un texto sobre Recommended Practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education (DEC, 2014). En este documento se ofrecen una serie de recomendaciones basadas en la experiencia y en la evidencia empírica, para ayudar, tanto a los profesionales como a las familias, a favorecer el desarrollo de aquellos niños que tienen una discapacidad o el riesgo de padecerla (DEC, 2014). Para ello, estas recomendaciones se clasifican en ocho apartados que hacen referencia a:

- Los líderes políticos, en tanto que de ellos depende el poder poner en práctica las recomendaciones aportadas y el éxito de las mismas.

- La evaluación, ya que de ella depende la intervención y la toma de decisiones.
- El entorno, ya que el niño forma parte de un contexto y este se puede aprovechar para favorecer el aprendizaje del niño.
- La familia, pues se trata de favorecer la participación de la familia tanto en la valoración, como en la planificación y el desarrollo de la intervención.
- La instrucción, en este caso se trata de saber qué enseñar y cuándo, cómo valorar la repercusión de lo que se ha enseñado y cómo apoyar y valorar la calidad de las prácticas instruccionales que han apoyado otros.
- La interacción, entendida como la base de cualquier aprendizaje.
- El equipo y la colaboración, dado que la colaboración entre los distintos miembros del equipo es lo que asegura la consecución y afianzamiento de nuevos aprendizajes.
- La transición, ya que a lo largo de la intervención se darán cambios en los contextos y programas en los que participa el niño, y es importante saber gestionar estas transiciones para que el niño siga avanzando en sus aprendizajes y favorecer su desarrollo.

Mirando las repercusiones de los marcos legales en la evolución de la Atención Temprana, hemos de empezar por señalar que en 1935 se promulga, en EEUU, el Acta de la Seguridad Social, donde se reconoce que el bienestar del niño y de su madre es una responsabilidad federal que debe reforzarse explícitamente (Shonkoff & Meisels, 1990). Esta ley, en su título V, describe tres componentes que

fueron esenciales para el desarrollo de programas cuyo objetivo era el bienestar infantil. Magee y Pratt (1985) describe brevemente estos tres componentes:

- La autorización de asistencia económica para que los estados desarrollaran los servicios diseñados para promover la salud general del niño y su madre.
- La creación del primer programa federal para dar fondos compensatorios a los estados con el fin de prestar servicios médicos dirigidos a un grupo de pacientes determinado.
- La autorización de ayudas al estado para desarrollar programas sobre el cuidado y la protección de niños que viven en condiciones precarias.

Pasarán unos años y será en el año 1959, cuando se apruebe la Declaración de los Derechos del Niño, con la intención de garantizar su protección y cuidados, a través de los servicios y medidas que sean necesarios (Fundación Ciudadanía, S.F).

También es importante mencionar, en Estados Unidos, la Enmienda de 1986 a la Ley de la Educación para todos los Niños con Discapacidad. Según Shonkoff y Meisels (1990) esta ley es la más importante que se ha promulgado en ese país para niños con trastorno del desarrollo. En esta ley se hace un llamamiento a todo el estado para que adopte un programa de Atención Temprana dirigido a niños con discapacidad y sus familias, de una forma coordinada y global para todo el territorio (Shonkoff & Meisels, 1990).

Ahora bien, en Estados Unidos, es a partir de la reafirmación del Individual with

Disabilities Education Act (IDEA), en el año 1997, cuando se empieza a insistir más profundamente en la capacidad de decisión que tienen las familias de niños con necesidad de Atención Temprana, cuyas intervenciones siempre se realizarán en el entorno natural del niño (García-Sánchez et al., 2014). Y es en el año 1991 cuando se incorpora la parte H de este marco legal, reclasificada como parte C en el año 1997, donde se reconoce la importancia de una intervención temprana. En este sentido, Ramey y Ramey (1998) afirman que, en un principio los sistemas educativos públicos de Estados Unidos estaban obligados a servir a los niños con discapacidad a partir de los 3 años, pero tras la aprobación de la actual parte C, se creó la opción de atender a estos niños desde el nacimiento hasta los 3 años de edad. Esto llevó a la creación de numerosos servicios y apoyos en los 50 estados del territorio estadounidense, ampliamente conocidos como servicios de Atención Temprana, teniendo la posibilidad de ampliar estos servicios a los niños considerados de riesgo (Ramey & Ramey, 1998). También Bailey, Aytch, Odom, Symons y Wolery (1999), reiteraban que la parte H de IDEA, reconoció la importancia de la intervención temprana, hizo del establecimiento de un sistema de intervención temprana una prioridad nacional, asignó fondos a los Estados para planificar e implementar un sistema de servicios, y estableció regulaciones para orientar la prestación de esos servicios. Además de todo ello, en la parte H de la Ley IDEA se pide a los profesionales que abandonen sus roles tradicionales de expertos y apuesten por los servicios centrados en la familia y por el trabajo desde equipos inter o transdisciplinares, para dar cabida a unos servicios que tengan en cuenta la individualidad de cada familia.

En este sentido, Guralnick (2006), afirma que muchos de los componentes que configuran la estructura de la Atención Temprana fueron propuestos por IDEA, entre ellos desarrollar una Atención Temprana centrada en la familia. A pesar de ello, ya la ley Federal de 1986 subrayaba cuatro objetivos específicos de los programas infantiles (Bailey et al., 1999):

1. Mejorar el desarrollo de los niños y reducir un posible retraso.
2. Reducir las necesidades de una educación especial y sus correspondientes servicios.
3. Minimizar las posibilidades de una institucionalización y maximizar la independencia.
4. Apoyar a la familia para capacitarla en el reconocimiento de necesidades de su hijo.

No solo Estados Unidos cuenta con un marco legal que apoya de forma inequívoca las prácticas de Atención Temprana centradas en la familia. En Portugal en 1999, tomando como base muchas aportaciones de la legislación norteamericana de Atención Temprana, se promulgó la Ley Lusa 891/99. Esta ley define los tres aspectos fundamentales en los que deben basarse los programas de esta disciplina y que son: acogimiento familiar, equipo multidisciplinar y plan de intervención individual (Escorcia, 2014).

Bailey et al. (1999), afirman que la mayoría de conceptualizaciones que hacen referencia a la Atención Temprana reconocen que la intervención no se lleva a

cabo a través de actuaciones puntuales. Muy al contrario, se trata de una serie compleja de interacciones y transacciones centradas en dos aspectos básicos como son el cuidado y la mejora del desarrollo del niño, por un lado, y el apoyo y asesoramiento a las familias, por el otro. Sin embargo, no existe unanimidad a la hora de llevar a cabo estas intervenciones. Así, mientras que, para unas familias, los esfuerzos de los servicios de Atención Temprana que las atienden van encaminados, casi exclusivamente, a la implementación de actuaciones educativas y terapéuticas desarrolladas directamente con el niño; para otras familias, la Atención Temprana que reciben está centrada básicamente en el apoyo a la familia y la coordinación de los servicios.

Durante años se han venido publicando numerosos estudios que avalaban la amplia evidencia científica que tiene actualmente el paradigma de intervención centrada en la familia en Atención Temprana. En este sentido, Espe-Scherwindt (2008) afirma que esta evidencia científica demuestra los grandes beneficios que las prácticas centradas en la familia tienen para los niños y sus familias, así como también es una prueba de que las familias están más satisfechas con este modelo y perciben que es mucho más útil que cualquier otra forma de trabajo con los niños. Trivette y Dunst (2000) identifican, dentro de este paradigma, diecisiete prácticas que han acumulado evidencia científica sobre su utilidad, y las resume en cuatro categorías:

1. Prácticas en las que la familia y los profesionales comparten responsabilidades y colaboran.

2. Prácticas para fortalecer el funcionamiento familiar.
3. Prácticas individualizadas y flexibles.
4. Prácticas basadas en la identificación de fortalezas y recursos.

Por otra parte, Odom y Wolery (2003) identifican una serie de principios propios del servicio centrado en la familia y a los que acompaña citando su correspondiente evidencia científica. Entre estos principios se encuentran los que siguen:

- La familia y el hogar son el principal contexto de crecimiento del niño.
- Fortalecer las relaciones es una característica esencial de la Atención Temprana.
- Los niños aprenden haciendo y observando en su entorno.
- Los adultos median en las experiencias de los niños para favorecer el aprendizaje.
- La participación de los niños en sus entornos, a veces con asistencia, es necesaria para favorecer el éxito y la participación independiente en esos entornos.
- La práctica de la Atención Temprana está individual y dinámicamente orientada a objetivos.
- Las transiciones entre programas se ven reforzadas por la figura de apoyo.
- Las familias y los programas se ven influidas por los contextos más amplios en los que se encuentran.

Además de la acumulación de evidencia científica, sirve y favorece a la generalización de las prácticas de Atención Temprana centradas en la familia el hecho de que todas las sociedades norteamericanas, de las distintas disciplinas que intervienen en Atención Temprana, vengán publicando, desde hace varios años y hasta la actualidad, decálogos de buenas prácticas para el desarrollo de su labor profesional dentro de la disciplina. Entre ellos podemos nombrar el documento publicado por la American Speech Language-Hearing Association (ASHA) (2008) y el documento de la American Occupational Therapy Association (AOTA) (2014), aunque no son los únicos.

Al mismo tiempo que todas estas sociedades norteamericanas van labrando el camino hacia la mejora de la Atención Temprana, una mejora que pasa por la adopción de unas prácticas centradas en la familia por parte de los profesionales, ISEI y EURLYAID, los dos organismos descritos en líneas anteriores, siguen haciendo grandes esfuerzos por concienciar, tanto a padres como a profesionales y políticos, de la importancia y los beneficios que reporta una intervención centrada en la familia y llevada a cabo en el entorno natural del niño.

Finalmente, ponemos nombrar en este apartado el documento que publica UNICEF (2012), dedicado al desarrollo emocional en la infancia. En él se resalta, por su importancia, la necesidad de orientar a las familias y a los cuidadores primarios del niño, con el fin de que contribuyan eficazmente a favorecer el desarrollo emocional de ese niño. Este documento nos hace reflexionar sobre el importante papel que juega el cuidador principal del niño. Y a la vez, sobre la importancia de que el niño

perciba que se satisfacen sus necesidades, favoreciendo así su desarrollo emocional y, a partir de ahí, su desarrollo cognitivo, ya que el primero influirá en la seguridad del niño a la hora de experimentar nuevos aprendizajes. Como vemos, una vez más, una organización internacional de amplio calado, dedica esfuerzos a resaltar el protagonismo de la familia en el desarrollo del niño.

2.3.- Contribuciones relevantes al desarrollo de la Atención Temprana en España

Toda esta evidencia científica y presión profesional hace que, también en España, se empiece a adoptar el paradigma de una intervención centrada en la familia y se empiecen a concretar prácticas profesionales para favorecer una mayor participación e implicación de las familias. Ahora bien, estas prácticas centradas en la familia se están adoptando en la actualidad entre nuestros profesionales pero, hasta llegar a este punto, la Atención Temprana también ha seguido su propia trayectoria en nuestro país.

Así, en la década de los 70, es el SEREM el que abre paso a la entonces llamada Estimulación Precoz. Para ello ofrece una intervención rehabilitadora a niños de seis años en adelante con discapacidad intelectual, siempre dentro de los centros de Educación Especial (Millá, 2005). Según manifiesta FEAPS (2001), se debe resaltar la importancia del SEREM por dos acciones fundamentales: una es el establecimiento de importantes subvenciones a iniciativas privadas para implantar la estimulación precoz, a partir del año 1977; y la otra fue la creación, en el año 1979, de nueve servicios de estimulación precoz.

Sin embargo, fue en 1980 cuando el INSERSO (Instituto Nacional de los Servicios Sociales), comenzó a poner en marcha las prácticas de Atención Temprana de manera oficial (Gutiez, 2010a), resaltando desde el principio el carácter integral de la entonces llamada estimulación precoz (FEAPS, 2001)

A partir del año 1982, gracias a la LISMI (Ley de Integración Social del Minusválido), la población infantil ha podido beneficiarse de la creación y mantenimiento de servicios de Atención Temprana (Ferrándiz, 2008). Sin embargo, a partir de aquí, el diferente desarrollo de las distintas Autonomías, provocará las marcadas diferencias en la disponibilidad de servicios entre las distintas Comunidades Autónomas en materia de Atención Temprana (FEAPS, 2001).

Por otro lado, será a partir de la LISMI cuando se empiece a impulsar la Educación Especial, como una respuesta educativa más. Según Gutiez (2010a), tras la promulgación de la LISMI, las unidades de Atención Temprana se integraron en los centros sociales, contribuyendo a la generalización y consolidación de la estimulación temprana por parte de los servicios sociales en varias Comunidades Autónomas.

Unos años más tarde, se aprueba el Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. En él se contempla, entre otras cosas, la atención educativa temprana para aquellos niños que tengan alguna discapacidad.

Y, aún más tarde, se aprueba la Ley General de Sanidad (1986), en la que se hace hincapié en que uno de los objetivos principales del sistema sanitario es la prevención. Se recalca, además, la importancia de la coordinación entre distintos organismos con dicho objetivo. También menciona esta ley el especial cuidado que se le debe otorgar a las enfermedades en la etapa infantil.

Una de las leyes a nivel estatal, que debemos mencionar, por la consideración que ofrece a los niños con necesidades educativas especiales, es la LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo). Promulgada en 1990, tiene como uno de sus objetivos atender a la diversidad en niños escolarizados que requieren algún tipo de adaptación para poder acceder al currículo, pero sin separarlos de su grupo de referencia. Para ello plantea un tipo de Educación Especial al servicio de toda la comunidad educativa, en la que todos pudiesen beneficiarse de las medidas adoptadas para facilitar el acceso al currículo. Además, es en esta ley donde se nombran los principios de normalización e integración, a la hora de dar una respuesta a las necesidades educativas especiales. Y, una vez más, vemos a los padres reflejados en una ley. Sobre todo, cuando se hace referencia a que las “Administraciones educativas regularán y favorecerán la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales” (LOGSE, 1990). Según Gutiez (2010a), con la LOGSE se reconoce el derecho que tienen todos los niños a la educación desde el momento del nacimiento.

Un año más tarde, en el año 2000, la falta de una legislación específica de Atención Temprana en España, potenció que se publicara el Libro Blanco de la Atención Temprana. Un documento cuya importancia no podemos olvidar ya que, a pesar de no ser una ley, se ha convertido en el referente para todos los profesionales dedicados a la Atención Temprana, tal y como planteó el GAT (2000) desde su aparición. En el documento se establecen los principios básicos de la disciplina, entre los cuales destaca la gratuidad y la universalidad. Pero también el planteamiento de los niveles básicos de actuación, como son: la prevención primaria, entendida como aquellas medidas que pretenden llegar a toda la población con el fin de evitar la aparición de cualquier trastorno en el desarrollo; la prevención secundaria, basada en la detección precoz de cualquier enfermedad o trastorno; y la prevención terciaria que se correspondería a la intervención propiamente dicha una vez que se ha detectado cualquier trastorno en el desarrollo. Es importante señalar que, ya en este documento, se hace especial hincapié en la importancia de los factores ambientales a la hora de que los rasgos de una discapacidad se hagan más o menos latentes en el niño (GAT, 2000).

Tampoco podemos olvidar el documento sobre recomendaciones técnicas elaborado por el GAT (2005), donde se insiste en que los tres ámbitos de actuación de los profesionales de Atención Temprana son el niño, la familia y el entorno, y se recalca la necesaria colaboración de la familia para elaborar un Programa Individualizado de Atención Temprana, donde se implique a esta familia a la hora de realizar la valoración del niño y establecer los objetivos a alcanzar.

Por tanto, a partir de todo lo expuesto hasta aquí, es evidente que, a lo largo de la corta historia de la Atención Temprana en nuestro país, han existido numerosas decisiones y actuaciones que han servido como impulso a la implantación y desarrollo de la Atención Temprana. Cabe destacar que estas actuaciones siempre han dependido de la realidad en que se encontraba nuestro país en ese momento. Ello ha llevado a que la Atención Temprana haya ido evolucionando a expensas de la evolución social vivida, pues de ello ha dependido también la mayor o menor consideración del bienestar del niño y/o de su familia.

Ahora bien, tampoco podemos olvidar que las prácticas y modelos de Atención Temprana adoptados por unos países han servido de ejemplo para otros (Odom & Khaul, 2003). España está empezando a ser consciente de los beneficios que tiene un servicio centrado en la familia. Tras ir descubriendo la amplia evidencia científica que acompaña o respalda a estas prácticas (Dunst, Trivette & Hamby, 2007; Espe-Scherwindt, 2008; Forry, Moody, Simkin & Rothenberg, 2011; Novak et al., 2013; García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada & Hernández-Pérez, 2014), cada vez son más los CDIATs y equipos profesionales que deciden adoptar esta filosofía de trabajo y se dejan influenciar por aquellas experiencias internacionales que tanto tienen que enseñarnos. Sin embargo, todavía es necesario un cambio de actitud y creencias, tanto de aquellos profesionales que aun no entienden la filosofía que subyace al paradigma de una intervención centrada en la familia, como de aquellos que piensan que ya están desarrollando unas prácticas centradas en la familia por el mero hecho de desplazarse a su domicilio o ser más o menos receptivos a las preocupaciones de la familia.

Debemos tener muy claro que adoptar esta nueva filosofía de trabajo va más allá de un desplazamiento al domicilio y una actitud cordial y receptiva con las familias. Tal vez, conocer la evolución conceptual que ha sufrido el término de Atención Temprana a lo largo de su historia, pueda ayudarnos a entender, de una forma más clara, lo que significa poner en práctica una Atención Temprana centrada en la familia.

Y ya que tenemos claro que el concepto de Atención Temprana es algo cambiante a lo largo del tiempo, debido a que debe ajustarse a la realidad en la que se ubica en cada momento y lugar, siguiendo los consejos de Dunst (2000), deberíamos difundir aquellos conocimientos, lecciones y prácticas derivados de los avances y de la evidencia científica acumulada sobre la intervención en esta disciplina. Estos avances y el conocimiento de estas evidencias, es lo que permite la evolución de la Atención Temprana a lo largo de la historia. Solo con esa información podremos concretar qué actuaciones debemos seguir repitiendo, cuando desarrollamos nuestra labor como profesionales de Atención Temprana, y qué otras actuaciones debemos eliminar o ajustar en nuestra praxis diaria.

2.4.- Evolución conceptual de la Atención Temprana

En los apartados anteriores que forman parte del presente capítulo se han comentado aquellos acontecimientos que han servido para el desarrollo de nuestra disciplina. Se ha hecho evidente que la Atención Temprana ha evolucionado conceptualmente a través del tiempo. En el apartado que nos ocupa ahora mismo,

concretaremos en qué ha consistido esa evolución conceptual y qué implica el ejercer nuestra disciplina bajo un enfoque conceptual u otro. Para ello daremos una visión de la trayectoria que ha seguido la evolución del concepto de Atención Temprana y otros conceptos relacionados con la disciplina, dentro y fuera de nuestro país.

Tal y como nos hacen reflexionar Robles-Bello y Sánchez-Teruel (2013), actualmente se utiliza el término Atención Temprana para referirnos a lo que, en un principio, se llamó estimulación precoz. En sus orígenes su finalidad era el “tratamiento” del niño que presentaba alguna discapacidad. Por lo tanto, las intervenciones llevadas a cabo en aquella época tenían lugar bajo un modelo totalmente clínico y rehabilitador. La concepción de lo que hoy conocemos como Atención Temprana ha evolucionado a lo largo de su aún breve historia. En este apartado iremos introduciéndonos en esa evolución y en las implicaciones que conlleva dicha evolución. Pero si algo tenemos que destacar, desde la perspectiva de los años y situándonos en el momento actual, es que entre los temas que han permanecido a lo largo de la historia de la Atención Temprana se encuentra la preocupación por mejorar el bienestar del niño y la necesaria implicación de la familia, aunque a ésta última no siempre se le haya dado el protagonismo que debería tener en la intervención de su hijo. Atendiendo a Shonkoff y Meisels (1990), entre los profesionales de la Atención Temprana, independientemente del momento y del contexto geográfico en el que nos centremos, destaca:

- una creencia en la responsabilidad que tiene la sociedad en el cuidado y protección de los niños,
- un compromiso con las necesidades especiales de los niños que son vulnerables como resultado de una condición de discapacidad crónica o como consecuencia del crecimiento y desarrollo del niño bajo unas condiciones de pobreza
- y una sensación de que la prevención es mejor que el tratamiento y que intervenir tempranamente es mejor que remediar más tarde.

Así, cuando nuestra disciplina no había hecho nada más que empezar su andadura, nos encontramos con la definición que nos daba Dunst (1985), sobre qué es la intervención en Atención Temprana. Nos decía que esta intervención se basa en proporcionar apoyos a las familias de niños pequeños a través de una red de apoyo social formal e informal que repercuten en los padres, la familia y el funcionamiento del niño. Como se puede apreciar, no hizo falta un recorrido demasiado largo para que los profesionales dedicados a la Atención Temprana se dieran cuenta de que, cuando un niño presenta un trastorno o alteración en su desarrollo, no se puede intervenir o dar respuesta a sus necesidades de forma aislada, sin tener en cuenta su entorno y, sobre todo, su familia. Por tanto, esa red de apoyos también irá dirigida a la familia del niño que precisa de una intervención en Atención Temprana, pues el bienestar de la familia repercutirá en el bienestar de su hijo y en cómo favorezcan su desarrollo.

En la misma línea, Ramey y Ramey (1998) definen Atención Temprana como un

conjunto de actividades diseñadas para favorecer el desarrollo del niño. Afirman que, idealmente, la Atención Temprana empieza con una amplia valoración de las fortalezas y necesidades del niño y se extiende a través de la provisión de los apoyos y servicios necesarios para ofrecer un seguimiento y volver a valorar el desarrollo del niño.

Por su parte, Moore (2012) nos hace reflexionar sobre el concepto de Atención Temprana en la que se han venido apoyando los profesionales desde sus inicios y afirma que, normalmente, se ha definido como las prácticas dirigidas a proporcionar diferentes servicios multidisciplinares al niño con discapacidad y su familia. De esta definición se puede entender que el principal objetivo que recoge es intervenir sobre el niño directamente, sin importar, o importando muy poco, los entornos de aprendizaje del niño y la influencia que ejercen sobre él (Moore, 2012).

Sin embargo, Moore (2012) menciona otra definición de Atención Temprana en la que se hace hincapié en una intervención que se encargue de proporcionar al niño las experiencias y las oportunidades necesarias para que este sea capaz de participar significativamente en su entorno. Esta otra definición, ya no se está poniendo el énfasis en una intervención directa sobre el niño, sino en una intervención capaz de proporcionar al niño las experiencias y oportunidades necesarias para permitir que participe significativamente en su entorno (Moore, 2012).

La Agencia Europea para el Desarrollo del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2005), define la Atención Temprana como

un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un 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 el niño.

Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias (pp. 20)

De aquí debemos destacar la importancia que concede la Agencia Europea a la familia. Considera que las intervenciones realizadas bajo la disciplina de la Atención Temprana son intervenciones dirigidas tanto a niños como a sus familias, siendo dos de sus objetivos hacer a las familias más competentes y favorecer su inclusión en la sociedad. Es decir, encontramos aquí una definición en la que ya no solo se habla de las familias, sino que no se deja en el aire el objetivo que se pretende conseguir con ellas. Muy al contrario, se quiere concretar mucho más lo que es el trabajo a realizar con ellas, especificando que se pretende hacerlas más competentes y fomentar su inclusión en la sociedad.

En el caso de España, hemos situado los inicios de la Atención Temprana en los años 70 (Casado, 2004). Quizás una de las primeras definiciones de lo que

entonces se conocía como estimulación precoz y que ha derivado en lo que hoy es Atención Temprana, venga de la mano del IMSERSO (que ya nombramos en apartados anteriores). Para este organismo, responsable en parte del inicio de esta práctica en nuestro país, debíamos entender la Atención Temprana como los tratamientos específicos que reciben los niños de 0 a 6 años que sufren una discapacidad o tienen riesgo de padecerla (Gutiez, 2010a). Atendiendo a esta definición que daba el IMSERSO de la Atención Temprana destaca, por su ausencia, el papel de la familia. De ello cabe entender una vez más que, en sus inicios, la Atención Temprana en España se desarrollaba bajo un enfoque meramente rehabilitador y centrado en el niño, donde la familia poco tenía que decir.

Todavía se tardará unos años en poner en práctica una intervención en la que las familias sean consideradas el elemento clave en el desarrollo de sus hijos. Como consecuencia de ello, el objeto de intervención de estas prácticas que pretenden mejorar el desarrollo del niño, será el propio niño, siempre desde una perspectiva rehabilitadora en los centros conocidos como centros de estimulación precoz.

En cuanto a estos centros, en nuestro país, será Cataluña la primera comunidad en acuñar el término Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. Ya en los años 90 utilizaban esta denominación, lo que indica que estos centros asumían funciones más amplias que las propiamente rehabilitadoras y, además, esas funciones empiezan a reconocerse (Bugié, 2002). Atendiendo a las palabras de Gutiez (2010a), cuando se refiere a los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, los define como servicios interdisciplinares cuyo principal objetivo es

mejorar las habilidades del niño tanto como sea posible y conseguir su adaptación social, escolar y familiar.

Por otra parte, cuando hablamos de Atención Temprana en nuestro país, el documento por excelencia que viene a nuestra mente y que define este concepto es el Libro Blanco de la Atención Temprana. Como ya comentamos en páginas anteriores, este documento se ha convertido en el marco de referencia para los profesionales de Atención Temprana. En él se describe esta disciplina como 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).

De esta definición, teniendo en cuenta el trabajo que nos ocupa, podemos y debemos destacar la importancia que se le da a la familia y el entorno. Si seguimos leyendo el Libro Blanco, vemos que considera la implicación de la familia como un elemento clave para conseguir la evolución del niño y la eficacia del tratamiento, el cual no se puede planificar sin tener en cuenta sus propias circunstancias, que no se van a dar en otro lugar que no sea su entorno y su familia (GAT, 2000), allí donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo. De ahí, que "todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en Atención Temprana deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno" (GAT, 2000). Quizás lo que

echamos de menos en esta definición que nos da el GAT sobre la Atención Temprana, es el detalle y la concreción de cómo pueden los profesionales de esta disciplina conseguir la implicación de la familia. Incluso podemos considerar que se echa de menos una delimitación de cuándo consideramos que la familia se ha implicado, es decir, de qué esperamos de ella con dicha implicación.

Si quisiéramos resumir brevemente lo acontecido hasta este momento con nuestra disciplina, podríamos tomar las palabras de Soriano (2002). Esta autora nos dice que, en los últimos años, la Atención Temprana ha sufrido importantes cambios. Estos se traducen, sobre todo, en los objetivos de la disciplina, centrados inicialmente en el niño, para después centrarse en las relaciones entre padres y niños y acabar interesándose por las relaciones entre padres, niños y comunidad (Soriano, 2002).

En la misma línea, De Linares y Rodríguez (2004), nos hacen reflexionar sobre el hecho de un cambio que va más allá del término conceptual. Si analizamos el término “estimulación precoz”, vemos que hace referencia a un planteamiento rehabilitador de cualquier intervención que se lleve a cabo desde nuestra disciplina y que tiene por objetivo, anticipar cualquier proceso evolutivo del niño. Sin embargo, cuando hablamos de Atención Temprana, estamos incluyendo una mayor carga afectiva y social en las intervenciones que se llevan a cabo. Se resalta, además, la necesidad de intervenir cuanto antes; pero no con la intención de anticipar la evolución del niño, sino con la intención de dar una pronta respuesta a sus necesidades.

En la misma línea, FEAPS (2001) afirma que Atención Temprana es un término que alude a una intervención mucho más genérica, integradora y global, que el término de Estimulación Precoz, y la define como

un conjunto de acciones coordinadas con carácter global e interdisciplinar, planificadas de forma sistemática y dirigidas al niño de 0 a 6 años con alteraciones en el desarrollo o riesgo de padecerlas, a su familia y a su entorno. Estas acciones, preventivas y/o asistenciales estarán encaminadas a facilitar su evolución en todas las facetas, respetando el propio ritmo y fundamentando la intervención en los aspectos relacionales, lúdicos y funcionales (p. 24).

Destacamos de esta definición el hecho de que se contemple que las actuaciones no vayan dirigidas sólo al niño, sino también a su familia y a su entorno y que, por ese motivo, la intervención atienda a los aspectos relacionales, lúdicos y funcionales. Una intervención que tenga en cuenta estos aspectos parte de la realidad del niño y ello conlleva una mayor motivación para aprender y experimentar nuevas habilidades. Es decir, con esta definición que nos da FEAPS (2001) sobre Atención Temprana, vemos un mayor acercamiento al paradigma de intervención centrada en la familia. Por lo menos, en tanto en cuanto se pretende el desarrollo de una disciplina que atiende a la globalidad del niño y pone, para ello, especial énfasis en todo el contexto que lo envuelve.

Es evidente, por tanto que, como decíamos unos párrafos más arriba, no podemos hablar de la Atención Temprana en España sin tener presente o mencionar el Libro

Blanco. Pero también existen otros textos, trabajos y esfuerzos, que contribuyen a la labor de esa nueva conceptualización de la Atención Temprana en nuestro entorno. Y uno de esos organismos es la Confederación de Asociaciones en favor de personas con discapacidad intelectual que conocemos como FEAPS y que fue responsable en 2001 de la publicación de un Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana (FEAPS, 2001). Allí hace su propia definición de Atención Temprana que ya comentamos unos párrafos más arriba.

Pero junto a estas definiciones de la disciplina procedentes de organismos de nuestro propio país, tampoco podemos obviar otras que han llegado a nosotros desde instituciones internacionales. Para empezar, por ejemplo, podemos mencionar la definición que da la Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2013) sobre nuestra disciplina, entendiéndola como aquellos programas que dan apoyo a los niños pequeños diagnosticados con una discapacidad o retraso en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlo, y cuyos objetivos se centran en la mejora del desarrollo personal, la resiliencia, el fortalecimiento de aptitudes familiares y promover la inclusión social de las familias y los niños.

Como se puede apreciar, también esta definición incluye y atiende no sólo a las necesidades del niño, sino también a las necesidades de la familia y al fortalecimiento de las mismas.

Llegados a este punto podemos afirmar que existen diferentes definiciones sobre lo que se entiende como Atención Temprana. Y el hecho de que existan múltiples

definiciones para un mismo concepto es indicador de que, como ya se ha dicho, la Atención Temprana, siendo como es una disciplina joven, va evolucionando en función de la experiencia y de las necesidades detectadas. Fruto de esa experiencia y de esas necesidades cambiantes, se precisa de ajustes en su definición para aproximarnos y concretar al máximo posible su filosofía de base y su modo de proceder. Aunque es evidente que ésta no es una tarea fácil. Debido, sobre todo, a que debemos ajustarnos a la realidad de cada momento y contexto para desarrollar una disciplina acorde a las necesidades de sus usuarios.

Sirva de ejemplo para justificar el párrafo anterior la afirmación de Casado (2004), cuando nos dice que en la segunda mitad del siglo XX, cuando se inician las prácticas de la Atención Temprana, los profesionales que dedican su labor a esta disciplina lo hacen desde una práctica asistencial, rehabilitadora y compensatoria, pasando más tarde de un modelo asistencial a un modelo de carácter preventivo. Tomamos esta frase como una corroboración de la evolución y adaptación de la Atención Temprana a las necesidades del momento. La Atención Temprana empieza teniendo una función rehabilitadora, porque en sus inicios, cuando todavía no se tenía ninguna o casi ninguna experiencia dentro de este ámbito, el principal objetivo era mejorar las condiciones de vida de aquellas personas que ya tenían una discapacidad. Sin embargo, con el paso del tiempo y como resultado de la experiencia, los profesionales de este ámbito se dieron cuenta de que si bien se podía rehabilitar algunas funciones del ser humano que ya habían sufrido alguna alteración, tal vez también fuese posible prevenir la aparición de otras alteraciones actuando antes de que esta apareciesen. A partir de ese momento, se velaría por

una Atención Temprana que no sólo tuviese en cuenta la intervención, bajo una perspectiva rehabilitadora y compensatoria, sino también la prevención. Más adelante, la experiencia llevaría a los profesionales a reconocer la influencia de la familia y del entorno del niño a la hora de planificar y desarrollar una intervención que favoreciese al máximo posible el desarrollo de su hijo. En un principio esto sólo era un reconocimiento, pero poco a poco la familia fue cobrando protagonismo en las intervenciones, hasta llegar a nuestros días en los que cada vez son más los profesionales que apuestan por unas prácticas centradas en la familia. Desde este paradigma de actuación, no sólo se reconoce la importancia de la familia en el desarrollo de su hijo, sino que ésta pasa a ser el eje central de la planificación y puesta en marcha de la intervención.

A continuación, en la Tabla 2.1, se recoge un resumen de la evolución del concepto de Atención Temprana, incluyendo, además, algunos hitos y marcos legales que, a pesar de no ejercer una influencia directa en la concepción de la Atención Temprana en nuestro país, supusieron acontecimientos o hitos que, en su momento, han sido importantes para la historia de la Atención Temprana. Hitos a los que hoy en día, a pesar de su desfase temporal y a veces geográfico, no podemos olvidar. Y no podemos hacerlo por la relevancia que han tenido en la evolución de la disciplina; tanto en su momento, en cada uno de esos países en los que acontecieron, como posteriormente también en otros países, al constituirse en referencias a considerar.

Tabla 2.1

Evolución histórica de la Atención Temprana

Antes de los Años 70			Años 70	Años 80	Años 90 en adelante		
	HITOS		INICIATIVAS PRIVADAS	LEYES		HITOS	LEYES
1912 Children's Bureau	1959 Declaración de los Derechos del Niño	1965 Head Start		1982 LISMI		1991 IDEA Parte H	1993- 1996 Programa Helios II
Término			C ESTIMULACIÓN O PRECOZ N	ESTIMULACIÓN TEMPRANA	ATENCIÓN TEMPRANA		C O N
Intervención sobre			C Niño E	Niño+Familia	Niño+Familia+Entorno		C E
Ámbito			P Clínico T	Clínico	Entornos naturales		P T
Equipo			O Multidisciplinar	Interdisciplinar	Transdisciplinar		O

Según podemos ver en la Tabla 2.1, como ya se ha dicho en apartados anteriores, en España la Atención Temprana comienza su andadura en los años 70, guiada pronto por el mundo del asociacionismo por parte de padres y profesionales. En cualquier caso es el momento de la estimulación precoz, cuya intervención se centra directamente en el niño bajo un enfoque totalmente clínico y desde un equipo con orientación meramente multidisciplinar.

Además, tal y como nos hace saber Gutiez (2010a), desde sus inicios, nuestra disciplina es responsabilidad del área educativa, de la salud y de los servicios sociales. Por este motivo, cualquiera de las tres áreas puede detectar y derivar a las familias con niños de cero a 6 años a los servicios de Atención Temprana. Aquí la atención a los padres se considera algo fundamental, pero su participación se limita a aceptar y poner en marcha las orientaciones del profesional que trabaja desde un enfoque interdisciplinar. En cuanto a la formación de estos profesionales,

todos cuentan con una formación básica en cualquier área relacionada con la medicina, la psicología, la educación, la rehabilitación o el trabajo social.

Una década más tarde, coincidiendo con la publicación de la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI, 1982) el concepto de atención precoz evoluciona y, desde ese momento, ya no se centra sólo en el niño sino que también se considera a la familia. Aunque la intervención seguirá organizándose desde un enfoque clínico y fundamentalmente rehabilitador. Además, en esta época, el equipo que lleva a cabo la intervención ya no lo hace a través de un equipo multidisciplinar, sino que ya se tiende a la interdisciplinariedad. Es decir, ya no interviene un equipo de profesionales que no llevan a cabo ningún tipo de coordinación entre ellos, sino que empieza preocupar que fluya la comunicación entre los diferentes profesionales. Por ello, se intenta llevar a cabo una intervención lo más coordinada y coherente posible entre todas las disciplinas que participan de las actuaciones programadas para realizar con el niño.

Será a partir de la década de los 90, cuando podemos empezar a señalar la existencia de un modelo integral de actuación en Atención Temprana, sobre el que escriben autores como Mendieta y García-Sánchez (1998). Dicho modelo tal vez haya servido, en su día, para dar un paso adelante frente a la intervención rehabilitadora que imperaba, acercándonos algo a lo que hoy ha evolucionado hasta unas prácticas centradas en la familia. Este modelo integral de actuación parte de la perspectiva ecológico-transaccional y nos lleva a entender al niño como una realidad única, en la que interactúan y se condicionan entre sí las

características del niño, las de sus familiares y las características sociales que rodean a esa familia. Por ello, cualquier intervención debe realizarse teniendo en cuenta la compleja realidad en la que se desenvuelve el menor (Mendieta & García-Sánchez, 1998; García-Sánchez, 2002a).

Ahora bien, mientras todo lo mencionado acontecía en nuestro país, el sendero que la Atención Temprana se estaba labrando en otros países no seguía la misma trayectoria. Así, antes de los años 70, es decir previo a la época en la que surgen en España aquellas prácticas que derivarían en lo que hoy se conoce como Atención Temprana, ya debemos destacar en Estados Unidos un interés creciente por el bienestar del niño, tanto física como económica y emocionalmente. Reflejo de ello es que, a pesar de que todavía no existe una disciplina o unas intervenciones directas con el niño o con la familia, se dan una serie de hitos históricos que no podrán aislarse de la historia de la Atención Temprana. Ya hemos comentado, en este sentido, sobre la creación de la Children's Bureau en 1912, la Declaración de los Derechos del Niño en 1959 o el programa Head Start que se inicia en Estados Unidos en el año 1965.

Más adelante, en la década de los 90 y también a nivel internacional, se aprueban y publican una serie de documentos legales que empezarán a cambiar la concepción de la Atención Temprana, dando una mayor importancia y protagonismo a la familia y al entorno natural del niño a la hora de favorecer su desarrollo. Entre estas leyes nos encontramos con la ya comentada ley IDEA en Estados Unidos, con la incorporación de su parte H en el año 1991, y con la también mencionada Ley de

Atención Temprana promulgada en Portugal en el año 1999 con la publicación del Despacho Conjunto 891/99 del 19 de octubre. Ambos marcos legales se han descrito en un apartado anterior en este mismo trabajo. La aprobación de estas leyes favoreció que el objeto de intervención ya no fuera solo el niño, sino la propia familia y su entorno, con el fin de hacerlos competentes en el desarrollo del menor. Ello lleva anexo la necesidad de que el desarrollo de la intervención se lleve a cabo en el entorno natural del niño. Por otro lado, estas leyes también favorecieron que las actuaciones se llevaran a cabo a través de equipos de orientación transdisciplinar, concepto en el que profundizaremos en el siguiente capítulo.

Como afirman Shonkoff y Meisels (1990), la década de los 90 se puede considerar como la década en la que las relaciones entre padres y profesionales de Atención Temprana se someten a un examen crítico y a una redefinición. Redefinición a nivel internacional. A partir de los años 90 en Estados Unidos, a finales de esa misma década en Portugal, y durante toda esa década, en mayor o menor medida, en diferentes países europeos y no europeos. Los dos países que directamente hemos señalado, estaban adentrándose con decisión en la filosofía de un paradigma de intervención centrada familia. Una filosofía de base para implementar la Atención Temprana que partía de un enfoque mucho más holístico y sistémico de lo que había sido hasta ese momento. Holístico en el sentido de que, a partir de ese momento, para la valoración y planificación de la intervención se considerará a todo el entorno que forma parte del día a día del niño. Sistémico porque se tendrá en cuenta el funcionamiento familiar para planificar unos objetivos y unas estrategias de intervención, en colaboración con la familia.

Según Mendieta (2005), lo que ocurre a un miembro de la familia afecta a otro, por lo que no se puede considerar a cada miembro de la familia de forma independiente. Además, todo cambio que afecta a un miembro de la familia, afecta a todo el grupo familiar; y el funcionamiento de la familia viene marcado por las reglas internas que se haya fijado la propia familia. En base a estas características del sistema familiar que nos comenta Mendieta (2005) y que hacen referencia a las propiedades de totalidad, circularidad y equifinalidad, respectivamente, se hace aconsejable valorar, planificar y desarrollar una intervención que tenga en cuenta a toda la red familiar para favorecer el desarrollo del niño.

Unas líneas más arriba, hablábamos del proceso de redefinición que está sufriendo la Atención Temprana. Retomando esta temática y atendiendo a las características del sistema familiar que también hemos mencionado, es importante señalar que, para que este proceso de redefinición tenga éxito, es necesario tener en cuenta la complejidad y la importancia de las diferencias individuales. Así nos podemos encontrar con padres que asumen rápidamente la responsabilidad de tomar decisiones y otros que parecen necesitar un período de tiempo más largo, con lo que presentan una mayor dependencia del profesional antes de poder retomar las riendas de sus vidas. A pesar de la necesidad crítica de reforzar el papel de los padres, todas las familias que buscan los recursos de un programa de intervención en la primera infancia parten, inevitablemente, de una situación de dependencia. Las diferencias entre los padres se reflejan en el tiempo que necesita cada familia para que una transferencia de poder tenga lugar, y en la naturaleza del propio

proceso de esa transición (Shonkoff & Meisels, 1990).

Además de todo ello, la concepción que se tiene de la Atención Temprana, también se ve influida sobremanera por el concepto de discapacidad que esté imperando en cada momento histórico. Es evidente, que este concepto también ha evolucionado a lo largo del tiempo. Prueba de ello es la propuesta puso sobre la mesa la OMS (2001), en su documento sobre la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), para desbancar a la ya obsoleta Clasificación Internacional de la Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM) (OMS, 1983). De hecho, una década después, la OMS presentó una versión específica para la Infancia y Adolescencia de su nueva clasificación (CIF-IA) (OMS, 2011).

En estos documentos de la OMS, se nos pide un cambio importante en la filosofía de afrontamiento sobre la discapacidad, o más bien de la intervención con las personas con discapacidad. Se nos pide que no sólo se tenga en cuenta la estructura y la función del órgano para realizar un diagnóstico y planificar una intervención, sino que también se considere la actividad y la participación de la persona o del niño en su contexto natural. Según estos documentos, cuando hablamos de discapacidad, estamos haciendo referencia no solo a las deficiencias, sino también a las limitaciones de la actividad y restricciones en la participación. Y el éxito de la intervención no se puede medir solo por la mayor o menor rehabilitación del órgano o de su función, sino por el grado de mejora de la capacidad de hacer y de participar y relacionarse de la persona. Esto último es lo que realmente repercute en su calidad de vida y en la de su familia.

De acuerdo con ello, es de suma importancia el papel que juega la familia y el entorno del niño para su desarrollo, ya que los factores ambientales delimitan las barreras o facilitadores para el funcionamiento del niño (OMS, 2011). Por este motivo la CIF y la CIF-IA son también documentos de suma importancia a la hora de justificar y ver el sentido que tiene el trabajo con las familias desde el ámbito de la Atención Temprana. Son documentos aplicados al diagnóstico e intervención en niños con discapacidad o riesgo de padecerla, que no conciben la discapacidad sin tener en cuenta el contexto con el que interacciona el niño y cómo influyen los factores de ese contexto en su desarrollo.

Con la publicación de la CIF y la CIF-IA asistimos a un cambio de concepción sobre la discapacidad, haciendo una clasificación de la misma teniendo en cuenta la estructura y función del órgano, pero también la actividad y la participación del niño en su contexto que puede verse más o menos favorecida por la interacción del niño con aquellos que le rodean y las experiencias que le brinden. Por otra parte, si consultamos cualquier otro manual de diagnóstico como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10), publicado por la World Health Organization (2016), o la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), podemos distinguir claramente que el objetivo de estos manuales se queda en la clasificación de la patología que puede sufrir el niño y la sintomatología que puede presentar dicha patología. Sin pretender trascender, como si hace la CIF, hacia la mejora de la calidad de vida de

la persona.

EURLYAID (2015) subraya también la interpretación, desde un punto de vista sistémico, que se hace sobre la discapacidad en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Destaca el carácter evolutivo del concepto y la importancia de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras actitudinales y ambientales, lo que impide una participación plena y efectiva en la sociedad. Esta concepción de la discapacidad acerca el trabajo con los niños con problemas en el desarrollo hacia una visión mucho más holística que ha de incluir siempre a la familia y su entorno (EURLYAID, 2015).

Llegados al momento actual en la evolución de la Atención Temprana, donde vemos aumentar el número de profesionales que adoptan el paradigma de intervención centrada en la familia en su praxis diaria, consideramos interesante hablar del concepto de prácticas participativas. Debemos resaltar que, estas prácticas participativas se consideran una de las claves del paradigma de intervención centrada en la familia (Dunst, 2002, 2011), entendiendo que los profesionales que hacen uso de estas prácticas tratan a las familias con dignidad y respeto, dando a todos sus miembros la información que necesitan para tomar decisiones informadas, involucran activamente a las familias a la hora de obtener recursos y apoyos, y son flexibles a la hora de dar respuesta a las demandas y deseos de la familia. De esta forma, a las habituales prácticas relacionales, suman unas prácticas participativas que buscan implicar de forma más activa a las familias.

En definitiva, tal y como afirma Blackman (2003), la mejor forma de conceptualizar la Atención Temprana es desde el papel que juega la experiencia temprana. Es decir favoreciendo que el niño tenga una serie de experiencias que optimizarán su participación en las actividades que realice y en las relaciones con su comunidad. Este autor realiza esta afirmación refiriéndose a los niños con Síndrome de Down, pero podemos hacerla extensible a todos aquellos niños con necesidades de Atención Temprana.

Por otra parte, no podemos acabar este apartado sin nombrar los grandes esfuerzos que ha venido haciendo EURLY AID por unificar criterios y acercar, poco a poco, a los profesionales dedicados a esta disciplina, hacia única concepción de la Atención Temprana basada en el paradigma de intervención centrada en la familia. Prueba de estos esfuerzos son los distintos proyectos en los que se ha venido embarcando últimamente y que se pueden consultar en su página web <http://www.eurlyaid.eu/index.php?menupos=3>. Entre estos proyectos destacan los siguientes:

- Taking Action for Children. Este proyecto comienza en el año 2010 y finaliza en el 2012, su objetivo es establecer unas normas de buenas prácticas de Atención Temprana en Rusia y crear una asociación nacional de Atención Temprana. De este proyecto surge el documento sobre los estándares para la organización de los servicios de Atención Temprana.

- Leonardo-Da-Vinci Project “ECI2.0”. Se trata de un proyecto que se desarrolló desde diciembre del 2012 hasta noviembre del 2013, dentro del Programa de Aprendizaje Permanente de la Unión Europea para contribuir a mejorar la formación profesional en el ámbito de la Atención Temprana.
- Leonardo-Da-Vinci Project “ICF-TRAIN”. Desarrollado desde noviembre de 2012 hasta octubre de 2014. El objetivo de este proyecto es la mejora de la Atención Temprana a través del desarrollo de herramientas de formación online.
- Project “COPEI”. Se puso en marcha desde septiembre del 2008 hasta agosto del 2010, para hacer a padres y profesionales más competentes al poder compartir sus experiencias.

Como podemos observar, todos estos proyectos tienen el objetivo común de mejorar la calidad de los servicios de Atención Temprana, pero también acercar a los profesionales hacia una Atención Temprana centrada en la familia, donde se haga competentes a los padres en la educación y desarrollo de sus hijos. En este sentido EURLY AID (2015), afirma que su principal objetivo es fomentar la investigación y la cooperación inter o transdisciplinar, donde los profesionales trabajen junto a los niños y sus familias.

Tras analizar toda esta evolución conceptual que ha ido viviendo la Atención Temprana, corresponde acabar este apartado con una de las propuestas más actuales de definición de la materia que nos ocupa. Nos referimos a la adaptación que McWilliam (2016) realiza de la definición que nos daba Dunst (2011) sobre las

prácticas centradas en la familia. Para McWilliam (2016), adoptar este enfoque en Atención Temprana significa que “todas las actividades de intervención temprana se llevan a cabo con la meta común de fortalecer a la familia” (p. 136). Para ello McWilliam defiende que la mejor manera de desempeñar la Atención Temprana es poniendo en marcha prácticas observables caracterizadas por el empleo de herramientas como:

- el eco-mapa, que permite conocer los apoyos con los que cuenta la familia;
- la entrevista basada en rutinas, que permitirá concretar objetivos para el niño y la familia;
- y el asesoramiento familiar, que ayudará a las familias a reflexionar sobre los intereses y habilidades de sus hijos.

2.5.- La Atención Temprana en otros países de nuestro entorno

A lo largo de los apartados anteriores hemos ido comentando experiencias e hitos que han influido en la historia de la Atención Temprana a nivel internacional. Especialmente en el país en el que la disciplina surgió, que no es otro que Estados Unidos, o en nuestro país. Queremos cerrar ahora este apartado resumiendo el estado de la disciplina en algunos otros países que podemos considerar geográfica o culturalmente cercanos al nuestro.

BÉLGICA

Según nos informan Detraux y Thirion (2010), en Bélgica los primeros centros de Atención Temprana surgieron a principios de los años 80. La organización de los servicios varía de unas regiones a otras y los padres conocen la existencia del servicio de Atención Temprana a través de los pediatras, terapeutas o enfermeros. También es de gran importancia el papel que juegan las asociaciones de padres para ofrecerles el apoyo que estos demandan. Además, algunas asociaciones forman a voluntarios para que den apoyo a los padres una vez que ha sido confirmada oficialmente la noticia de una discapacidad en su hijo. En un principio, cuando los padres llegan al servicio de Atención Temprana no tienen del todo claro en qué consiste el servicio y consideran que se atenderá la discapacidad del niño, pero no que la atención esté enfocada al conjunto familiar. Por otra parte, para acceder a los servicios de Atención Temprana, deben solicitarlo los padres o cualquier representante de la familia. Estos servicios, en Bélgica no consisten en una terapia directa al niño, sino que los profesionales de Atención Temprana en este caso son vistos como un apoyo para la familia o como mediadores. El servicio de Atención Temprana en Bélgica se ofrece desde los cero hasta los 8 años, incluyendo la prevención durante el embarazo. En cuanto a la evaluación siempre se realiza de forma multidisciplinar, mientras que el apoyo que se da a la familia se da a través de un equipo transdisciplinar y las familias eligen si quieren recibir el apoyo en su casa o en el centro. En cuanto a la formación que reciben los profesionales, normalmente están graduados en su especialidad como terapeutas y

tienen un máster, aunque no es necesaria ninguna especialización en Atención Temprana.

AUSTRIA

En el caso de Austria, Pretis (2010a) nos informa sobre cómo se desarrolla el servicio. En este caso es el especialista de Atención Temprana el que introduce a la familia en el servicio y le explica todo el procedimiento. Los padres deben solicitarlo a través de la administración local y, a partir de aquí pasan por un proceso de evaluación para que la administración determine el grado de discapacidad del niño o el riesgo de padecerla, así como la intensidad de los apoyos necesaria. Una vez que los padres reciben la autorización para acceder al servicio de Atención Temprana se elabora el Plan Individual de Apoyo a la Familia. Los apoyos del servicio de Atención Temprana en Austria se dan en el amplio contexto natural en el que se encuentra el niño, a través de un equipo transdisciplinar, implicando a los padres, hermanos, así como cualquier otra persona que tenga relación con el niño. Normalmente las sesiones se dan semanalmente. Los padres participan activamente en el proceso y la planificación se revisa cada seis meses conjuntamente con ellos. Los servicios de Atención Temprana en Austria dependen de las leyes provinciales y, aunque hay cierto consenso a la hora de entender las claves de la Atención Temprana, la organización de la estructura y financiación de los servicios es algo heterogénea. En cuanto a la formación, el profesional de Atención Temprana es un especialista en educación que ha recibido una formación universitaria específica para trabajar en este campo.

LITUANIA

En el caso de Lituania, hacemos uso de la información aportada por Alisauskiene (2010), para explicar cómo se desarrolla la Atención Temprana que empezó a instaurarse en el año 1996, en este país. Aunque en este servicio, se implica a los padres en el proceso de intervención, haciendo que estén presentes durante la terapia, la participación activa de los padres en la intervención y la colaboración entre padres y profesionales todavía está en proceso de cambio. El tipo de apoyo que ofrece este servicio en Lituania, depende de las necesidades del niño y de la familia, siendo el Ministerio de Salud el que concreta las características de dicho apoyo, tales como el número de sesiones que debe tener un niño. El enfoque de la intervención es principalmente médico y suele ponerse el énfasis en la discapacidad, atendiendo a aquellos niños que tienen establecida una discapacidad o tienen el riesgo de padecerla. La edad de la población atendida oscila entre los cero y los tres años. El servicio de Atención Temprana en Lituania se da principalmente en el centro, a través de un equipo interdisciplinar. Cuando el niño es escolarizado, es el propio centro educativo el que se encarga de prestar este servicio a través de los especialistas que allí tienen. En cuanto a la formación que reciben los profesionales, estos necesitan una titulación universitaria para formar parte del equipo de Atención Temprana y se recomienda la realización de un master, mientras que la calidad del equipo de trabajo se asegura a través de la práctica en el servicio, estudio de casos, seminarios y cursos especializados.

TURQUÍA

En Turquía, según Er-Sabuncuoglu y Diken (2010), es a finales de los años 60 cuando la Atención Temprana empieza a cobrar una mayor importancia. La edad de los niños usuarios de los servicios de Atención Temprana, oscila de los cero hasta los 6 años y las entidades encargadas de gestionar el servicio son el Ministerio Nacional de Educación y los Servicios Sociales de Turquía. Además, en este país no existe una formación estándar para que los profesionales de Atención Temprana puedan desarrollar dicha disciplina, siendo los profesionales que la desarrollan maestros graduados en alguna especialidad como discapacidad auditiva, discapacidad visual o educación especial.

REINO UNIDO

Robertson and Messenger (2010a), nos hablan del desarrollo de la Atención Temprana en el Reino Unido y una de las cosas que nos hacen saber es que, debido a las características y la filosofía sobre la que se apoya la disciplina, aquí no suele utilizarse el término Atención Temprana, sino el de Apoyo Temprano. En este caso el objetivo del servicio es capacitar a la familia en el desarrollo de su hijo. Para ello, el equipo debe conocer las necesidades de la familia e involucrarla en la toma de decisiones. El servicio de Atención Temprana que se da a los niños que tienen entre cero y cinco años y lo necesitan, se proporciona a través del gobierno central. El equipo estará compuesto por profesionales de la salud, de la educación y de los servicios sociales.

ALEMANIA

Sohns, Hartung & Kraus (2010), nos informan de la Atención Temprana en Alemania surge a principios de los años 70 y relatan con detalle cómo se organiza dicho servicio. A grandes rasgos, en un intento de ofrecer la misma información que en párrafos anteriores para el resto de países ya comentados, podemos decir que, en el caso de Alemania, el apoyo que se da desde los servicios de Atención Temprana, es un apoyo centrado en la familia para aquellos niños que lo necesitan. Además, se implementa desde un equipo interdisciplinar, con tendencia a la transdisciplinariedad.

ITALIA

En el caso de Italia, Del Giudice et al. (2005) informan que la provisión de la Atención Temprana empieza en el año 1954, ofreciéndose a los niños con discapacidad motora. Aunque existen diferencias entre los países del norte y el sur de Italia, la edad de los niños que se atienden en los servicios de Atención Temprana abarca desde los cero hasta los cinco años. La intervención se ofrece directamente al niño desde una perspectiva rehabilitadora, en sesiones individuales. En el Norte de Italia, cuando se aprecia que las habilidades de la familia son mejorables, se le da a ésta una ayuda o apoyo psicológico durante todo el período que dura la intervención. En cuanto a los países del Sur de Italia, será a partir del año 1996 cuando se empezará a tener en cuenta la importancia del

entorno en el desarrollo del niño. Como vemos, todas estas prácticas de Atención Temprana en Italia, en el año 2005, todavía están muy lejos de adoptar el paradigma de intervención centrada en la familia como base de su filosofía de intervención. Sin embargo, ya existe un acercamiento a la familia y un reconocimiento de que ésta es importante para el desarrollo de su hijo.

Como se desprende de todo lo referenciado hasta ahora, en este capítulo dedicado a la historia y evolución conceptual de la Atención Temprana, el concepto de nuestra disciplina ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y esta evolución se puede apreciar a lo largo de toda la geografía europea, siempre atendiendo a las peculiaridades de cada país. Pero si algo tienen en común todos estos países es el gran interés por conseguir alcanzar una Atención Temprana de calidad. Y en todo momento y lugar vemos que esta mejora de la Atención Temprana se encamina hacia la implementación de un paradigma de intervención centrada en la familia. Una filosofía de trabajo que, cada día, van adoptando más centros y más profesionales. Esta tendencia de los distintos países europeos, también se puede apreciar en otras zonas geográficas. Así lo señalan Odom, Hanson, Blackman y Kaul (2003) y Guralnick (2005), obras en las que se hace un recorrido por diferentes países del mundo como China, Israel, Etiopía, India, Brasil, Egipto, Suiza, Jamaica, Estados Unidos, Australia, Alemania, Austria, Colombia y Grecia, entre otros. A lo largo de estos documentos se describe la provisión de servicios de Atención Temprana en los diferentes países mencionados. En el caso de Odom et al. (2003) atendiendo a diferentes temáticas como puede ser los modelos de prestación de servicios, el trabajo con las familias, la formación de los profesionales o la

organización de los apoyos. En el caso de Guralnick (2005), este repaso sobre Atención Temprana en los diferentes países se hace describiendo el proceso de intervención. Ahora bien, en todos ellos se puede apreciar la tendencia a ir acercándose cada vez más a ese paradigma de intervención centrada en la familia, pues todos reconocen la importancia de esa familia en el cuidado y desarrollo del niño. Es cierto que cada uno de estos países se encuentra en un punto diferente en la evolución de la Atención Temprana, pero todos ellos apuestan, en algún momento, por implicar a la familia en el proceso de intervención.

Llegados a este punto es el momento de profundizar en aquello que se entiende por un Servicio Centrado en la Familia y reflexionar sobre las acciones de apoyo que es necesario llevar a cabo con el adulto. Especialmente con aquel adulto que actúa como cuidador principal del niño.

Capítulo 3.- Orientación y Acciones de Apoyo en Atención

Temprana

3.1.- El paradigma de intervención centrada en la familia y prácticas de apoyo

Tal vez sea el momento de poner la mirada en las prácticas centradas en la familia y, con ello, hacernos una idea sobre el lugar hacia el que queremos caminar en Atención Temprana y cuál es el rumbo que pueden tomar los diferentes profesionales para llegar a su destino. Ahora bien, para ello no debemos perder de vista las raíces de la Atención Temprana y la evolución que ha sufrido hasta llegar al momento actual, reflexionando sobre las actuaciones de apoyo que los profesionales realizan con las familias durante todo el proceso de evaluación e intervención y analizando las distintas herramientas y estrategias que utilizan para su labor. En este sentido, Turnbull et al. (2007) afirman que los defensores de los entornos naturales difieren considerablemente en cómo ha sido conceptualizadas y operativizadas las prácticas centradas en la familia.

Así, una de las principales cosas a tener en cuenta, cuando adoptamos un enfoque centrado en la familia como profesionales de Atención Temprana, es que esta filosofía de trabajo significa que todas las actividades de intervención se desarrollan con el objetivo único de fortalecer a las familias (McWilliam, 2016). A partir de aquí podremos entender la importancia que tienen las Acciones de Apoyo a la familia, tanto para los profesionales que ya han asimilado el cambio de paradigma y ya no conciben su labor si no es bajo este enfoque, como para aquellos

profesionales que están en proceso de transformación o quieren iniciarse en el mismo.

Bruder (2010) describió tres conceptos principales que podemos entender como la base para el desarrollo de la Atención Temprana:

- La orientación centrada en la familia, para conseguir una mayor adhesión de las familias al programa de intervención. Ésta se realiza a través de un programa individualizado de apoyo a las familias que incluye servicios como la formación a la familia, el asesoramiento, las visitas a domicilio y la coordinación de servicios. El sentimiento de autocompetencia de los padres aflora a través de las relaciones que se crean entre la familia y el profesional.
- Los entornos de aprendizaje naturales e inclusivos. El entorno en el que se desenvuelve el niño está repleto de oportunidades de aprendizaje a lo largo del día. Una de las razones por las que se apuesta por las intervenciones en el entorno natural es para aprovechar todas las oportunidades de aprendizaje que allí existen.
- Los procesos de colaboración en equipo. El principal propósito de este enfoque es poner en común e integrar la experiencia de los miembros del equipo, que normalmente parten de diferentes disciplinas, de manera que la valoración y la intervención sea integral y eficiente, alejándose del dominio específico y de intervenciones episódicas y limitadas en el tiempo, lo que podría obstaculizar la aplicación y generalización de nuevas competencias en el hogar y otros lugares en los que el niño participa.

Estos tres conceptos, que acabamos de nombrar y clarificar brevemente, bien pueden convertirse en la base que sustenta las acciones de apoyo a la familia. Entenderíamos estas acciones de apoyo como el asesoramiento y la orientación que los profesionales dan a la familia: por ejemplo, con técnicas de coaching, cuando el profesional ya está totalmente embarcado en el modelo centrado en la familia; o como acciones tutoriales, cuando el profesional está en un proceso de transformación de su praxis, desde un modelo clínico que tiene en cuenta a la familia, hacia un modelo centrado a la familia. Acciones Tutoriales o apoyos que también se pondrán en marcha en un proceso de formación y reciclaje por parte de los profesionales.

Siguiendo con lo que significa el paradigma de intervención centrada en la familia, para entender los principios en los que se sustenta, lo primero que debemos aceptar y reconocer como profesionales es que los padres y los cuidadores principales son expertos en su hijo y saben reconocer fácilmente sus gustos y preferencias, así como también conocen cuáles son sus fortalezas y debilidades (Dunst & Swanson, 2006). Es por ello que debemos utilizar la información que nos aporta la familia para identificar las particularidades de las actividades diarias, y utilizarlas como el mejor contexto para aprovechar e incrementar las oportunidades de aprendizaje contextualizadas para el niño, basadas en sus intereses y motivaciones (Dunst & Swanson, 2006).

A la hora de competenciar a los padres en la identificación de necesidades y estrategias para satisfacerlas y favorecer el desarrollo de sus hijos, una de las técnicas utilizadas son las, ya mencionadas, técnicas de coaching. Estas implican competenciar a los padres hasta tal grado que no será necesario un tiempo extra para trabajar la adquisición de habilidades y otro tiempo para la generalización de las mismas cuando ya se han adquirido. Todo lo contrario de lo que estaba pasando hasta ahora en el modelo clínico, donde enseñar habilidades a los niños y a los padres pasaba por un esfuerzo y tiempo añadidos para transferir y generalizar esos aprendizajes a todos los contextos naturales del niño, así como un esfuerzo y tiempo para asegurar que realmente esa generalización se había llevado a cabo de forma efectiva (Marchant & Young, 2001). Desde el paradigma de intervención centrada en la familia, esa generalización de aprendizajes ya viene dada desde el principio de la intervención. Y esto es así, ya que se trabaja en el contexto natural del niño y a través de fomentar aprendizajes funcionales. Por lo tanto, el aprendizaje de dichas habilidades responden a los requerimientos de su contexto natural. Sin embargo, también es cierto que no siempre va a ser necesario un entrenamiento específico, por lo que no todos los casos van a requerir utilizar las técnicas de coaching.

En este sentido, es de señalar que existen diferentes herramientas para llevar a cabo prácticas centradas en la familia. Diversos autores como Dunst et al. (2012), McWilliam, (2010a), Rush y Shelden (2011) o Mahoney (2009) nos muestran algunas de estas herramientas. Ahora bien, a pesar de la coexistencia de diferentes autores y perspectivas para poner en práctica una Atención Temprana centrada en

la familia, todos estos autores comparten un mismo fin: hacer a las familias competentes en ayudar al desarrollo de su hijo, con el objetivo de que sepan identificar y dar respuesta a sus necesidades. Por ello, debemos entender que para ponerlas en marcha de forma efectiva es necesario hacer uso de algunas acciones de apoyo que pueden ser útiles, tales como el coaching o cualquier otro tipo de apoyo colaborativo. Nuestra misión, en Atención Temprana, se traduce en hacer crecer y aprovechar las capacidades que tienen los padres para favorecer el desarrollo de sus hijos. Y para conseguirlo, el profesional debe conocer y aplicar estrategias que dinamicen, motiven y generen adhesión en el adulto a la hora de aprender y trabajar para conseguir unos objetivos (García-Sánchez, 2014).

Para profundizar algo más en algunas de las herramientas que pueden utilizarse, haciendo uso de las mencionadas acciones de apoyo que inviten a la reflexión e interiorización de capacidades en el cuidador principal del niño, destacamos aquí aquellas que propone McWilliam, a saber:

1. Ecomapa. Se trata de una representación gráfica del núcleo familiar que servirá para que profesionales y familias conozcan y comprendan los apoyos tanto formales como informales con los que cuenta la familia. Esta es una herramienta que también es útil para iniciar una relación positiva entre el profesional y los miembros de la familia (McWilliam, 2010a).
2. Entrevista basada en rutinas. Se entiende por rutina aquellas actividades naturales que ocurren regularmente en el día a día. Cuando se pregunta por las

rutinas, la conversación debe dirigirse hacia las preocupaciones que la familia tiene ante esas rutinas o actividades diarias (McWilliam, 2010a). Ello permitirá al profesional identificar y, posteriormente, dar respuesta a las necesidades que presenta la familia. A continuación, se enumeran una serie de conductas que McWilliam (2010a) considera esenciales en el profesional proveedor del servicio para conseguir una buena Entrevista Basada en Rutinas y que, consideramos, pueden identificarse como propias de aquellos profesionales que utilizan cualquier técnica de asesoramiento y apoyo a las familias. Entre estas conductas destacamos:

- a. Actuar con naturalidad y de una manera tan informal como lo permita la situación.
- b. Hacer que la familia se sienta cómoda, a través de la naturalidad y el trato informal.
- c. Establecer el contacto visual con la familia cuando esta está hablando.
- d. Asentir o utilizar cualquier otra estrategia que permita a los padres saber que se les está escuchando.
- e. Preguntar a los padres cómo se sienten y expresar que los entendemos.

En definitiva, la entrevista basada en rutinas, se utiliza como la principal herramienta para seleccionar los objetivos a conseguir con el niño y los demás miembros de la familia (McWilliam, 2010a). Y ello se conseguirá a través de la colaboración entre ambas partes, profesionales y familias, por lo que se hace necesario un ambiente distendido en el que se favorezca la comunicación y prime la confianza.

3. Visitas basadas en el apoyo. El modelo de intervención que emerge de este apoyo a las familias tiene un componente emocional, otro material y, por último un componente informativo (Minke & Scott, 1995). Además, se identifican cinco características que el profesional proveedor del servicio debe poseer para poder establecer una interacción efectiva y eficiente con las familias. Estas características son una interacción positiva, responsividad, orientación a las necesidades de la familia, amabilidad y sensibilidad (McWilliam et al., 1998).

Llegados a este punto, es necesario resaltar la importancia que se le viene dando al asesoramiento familiar dentro del paradigma de intervención centrada en la familia, independientemente de la técnica utilizada para ello, siempre que se utilice teniendo claro el objetivo que queremos conseguir y las implicaciones de una u otra técnica. En nuestro caso, el objetivo último de nuestro asesoramiento es ofrecer a las familias la capacidad de reflexión sobre sus rutinas y cómo estas responden a los intereses y habilidades de sus hijos (McWilliam, 2010b). Sin embargo, dejando a un lado el término de coaching, McWilliam (2016) nos habla del asesoramiento colaborativo, en tanto que asesor y asesorado deciden de forma conjunta y colaborativa cuál es el problema a intervenir, así como el proceso de intervención y si esta intervención ha sido positiva tanto para el niño como para la familia.

La Partnership for People with Disabilities (2005) también recomienda algunas actuaciones para llevar a cabo el coaching durante la intervención en Atención Temprana. En ellas destaca abrir la sesión recordando los objetivos acordados en la visita anterior e ir introduciendo nuevos aspectos a tratar a partir de la reflexión. Igualmente, hace especial hincapié en fortalecer a las familias, para lo que se hace imprescindible conseguir un ambiente de confianza en el que la familia comparta los progresos, los éxitos y los cambios que se van dando de una sesión a otra.

También la Partnership for People with Disabilities (2005) recomienda que, al final de cada sesión, se reserve un espacio de tiempo para que la familia comparta su planificación hasta la próxima sesión y el profesional actúe para empoderarla en la identificación de rutinas y/o estrategias que le sirvan para llevar a cabo dicha planificación y comprometerse a cumplirla.

En definitiva, se trata de llevar a cabo un proceso de análisis en el que el profesional centra su práctica en hacer reflexionar a la familia sobre los objetivos planificados conjuntamente entre ellos y el grado de consecución de los mismos. A partir de dicha reflexión, se avanza planificando los objetivos a conseguir hasta la próxima sesión.

Por su parte, Rush y Shelden (2008), identifican cinco características de las prácticas en coaching que desarrollan los profesionales de Atención Temprana, dirigidas a conseguir los objetivos planificados. A continuación, en la Tabla 2.2, se

presenta un resumen de estas características y la función que desempeñan los profesionales y las familias a lo largo de todo el proceso de coaching.

Tabla 2.2

Características del Coaching en Atención Temprana

	Profesional	Familia
Planificación conjunta	<p>Inicia la conversación revisando la planificación anterior y aquello que ha hecho la familia entre ambas sesiones.</p> <p>Termina la sesión planificando colaborativamente sobre objetivos y estrategias que se llevarán a cabo hasta la próxima sesión.</p>	<p>Comparte aquello que está intentando o que está consiguiendo entre una reunión y otra.</p> <p>Identifica los objetivos que quiere conseguir hasta la siguiente reunión y cuándo debería programarse esta.</p>
Observación	<p>Observa la interacción del niño y la familia en el contexto de las actividades diarias.</p>	<p>Observa al profesional modelando un comportamiento o actividad del niño en el contexto de las actividades diarias con una comprensión explícita sobre qué hace y por qué.</p>
Acción / práctica	<p>Interactúa directamente con el niño para modelar una actividad o un comportamiento o evaluar al niño en el contexto de las actividades diarias con la comprensión de por qué actúa así por parte de la familia.</p>	<p>Elabora nuevas ideas u acciones relacionadas con el niño y su contexto que han sido previamente discutidas y planificadas conjuntamente con el profesional y referidas como prioritarias por los cuidadores en base al niño.</p>
Reflexión	<p>Utiliza las preguntas reflexivas para apoyar a los padres en el análisis de la situación actual, seguida de la identificación de alternativas y acciones para mejorar sus conocimientos y habilidades con el fin de favorecer la participación del niño en las actividades diarias y lograr los objetivos deseados.</p>	<p>Durante la observación y/o la acción decide qué trabajar y por qué, así como las ideas a tratar en el siguiente paso.</p>
Feedback	<p>Ofrecen feedback positivo cuando es necesario. Comparten información para facilitar y mejorar los conocimientos y habilidades de las familias y los cuidadores principales.</p>	

Adaptado de Rush, D. & Shelden, M. L. (2008). Coaching quick reference guide. *Brief Case, 1* (1), 1-10.

Como podemos ver en la Tabla 2.2, cuando utilizamos el coaching en Atención Temprana podemos identificar cinco características clave: la planificación conjunta, la observación, la acción o práctica, la reflexión y el feedback. En todas ellas, hay una interacción conjunta entre profesional y familia, basada en el análisis de la situación presente y futura. Esta interacción busca poder seleccionar unas estrategias, en base a la consecución de unos objetivos conjuntamente programados, pues, como afirman Rush y Shelden (2005), el coach construye la capacidad de los miembros de la familia para promover los aprendizajes y el desarrollo del niño.

En definitiva, se trata de hacer competentes a las familias para que sepan dar respuesta a las necesidades de sus hijos ya que, según la DEC (2014), la sensibilidad y la responsividad de las prácticas interactivas son fundamentales para favorecer el desarrollo de la globalidad del niño. Además, de la calidad de las relaciones entre profesionales y familia depende el éxito de los programas de Atención Temprana, y las interacciones colaborativas serán las que aseguren la consecución de los objetivos marcados (DEC , 2014).

Ahora bien, como ya se ha dicho en alguna ocasión a lo largo de este trabajo, no siempre se tiene que utilizar unas técnicas de coaching. De hecho, no siempre se utilizan. Aunque sí es cierto que siempre se hará uso de estrategias que intenten favorecer la adhesión de las familias a las recomendaciones de los profesionales, como puede ser el asesoramiento a la familia. Por este motivo, consideramos que

puede resultar interesante conocer cómo se han llevado a cabo esas interacciones entre familia y profesional a lo largo de nuestra historia cercana de Atención Temprana. Así como conocer qué uso se ha hecho de las acciones de apoyo que se ha dado a las familias; si han sido más o menos directivas y si han evolucionado a la par que el concepto de Atención Temprana.

3.2.- Del modelo clínico al paradigma de intervención centrada en la familia a través de las Acciones de Apoyo y el trabajo en equipo.

Tal y como ya se ha dicho, la Atención Temprana es una disciplina que siempre ha tenido muy en cuenta el papel de la familia en el desarrollo de su hijo. En este sentido García-Sánchez (2002b; 2003) nos hacía reflexionar sobre la necesidad de reconocer la importancia que juega la familia en el desarrollo del niño y aprovechar el gran conocimiento que tienen sobre el mismo. Giné, Gràcia, Vilaseca y Balcells (2009), afirmaban que trabajar con la familia ha sido una práctica habitual en la labor de los profesionales de la Atención Temprana desde sus inicios en España. Cada momento en que un adulto proporciona cuidado a un bebé pequeño es un momento lleno de aprendizaje (Ong & Smithberger, 2010). Por ello, debemos tener en cuenta y adoptar determinadas estrategias en nuestra interacción con el niño. Y puesto que la familia es una constante en su desarrollo, los profesionales deberían centrar su tarea en hacer conscientes, a los padres y/o cuidadores principales del niño, sobre el modo de interacción con él.

Quizás la estrategia más utilizada y más coherente, para que las familias ajusten las interacciones con sus hijos, sea fomentar la reflexión y ofrecer orientaciones en determinadas entrevistas entre profesionales y padres. Entrevistas donde ambas partes intercambian información sobre el niño y los padres suelen satisfacer sus inquietudes y sus dudas a partir de las orientaciones que le ofrece el profesional. Si nos detenemos por un momento en las palabras de Fialka (2001), podremos entender gran parte de la actitud y sentimientos de los padres cuando el profesional les brinda su ayuda. También podemos entender la difícil tarea que resulta, para estos padres, tomar partido en un baile que no han decidido bailar; porque aceptar la invitación a ese baile supone reconocer una discapacidad y volver a planificar todas sus previsiones de futuro. De ahí la importancia de realizar acciones de apoyo a la familia, ya sea a través de orientaciones, de tutorías, de acciones tutoriales o de procesos de counselling o de coaching. La estrategia a utilizar estará en función, por un lado, del momento por el que esté atravesando la Atención Temprana y el modelo que se adopte para implementar la práctica profesional de esta disciplina; y por otro lado, por las características, competencias iniciales y necesidades de cada profesional y de cada familia concreta. Todo ello, además, influirá en la intensidad e intención del apoyo dado a las familias. Cuanto más flexibles y respetuosas sean, con la familia y con los momentos por los que ésta está atravesando, las acciones de apoyo que realicemos con ella, mayor será la adhesión que experimente la familia hacia el profesional y el programa de intervención. Especialmente porque esas familias sentirán que sus necesidades y preocupaciones son escuchadas y comprendidas y, consecuentemente, se sentirán apoyadas.

Ahora bien, para poner en práctica estas acciones de apoyo de forma efectiva, eficaz y eficiente, tal vez sea necesario que el equipo de profesionales que desempeñan su función en el ámbito de la Atención Temprana actúen bajo un determinado modelo de trabajo, en el que impere la comunicación, la colaboración y la confianza mutua. A lo largo de la historia de la Atención Temprana, hemos visto que los profesionales dedicados a esta disciplina empezaron realizando su labor desde un formato de trabajo en equipo multidisciplinar. Pero, poco a poco, han ido caminando hacia la transdisciplinariedad, pasando por el equipo interdisciplinar. Como nos dicen King et al. (2009), el equipo se convierte en transdisciplinar en la propia práctica, cuando sus miembros son capaces de compartir estrategias de intervención de sus disciplinas. Y para ello, la buena comunicación es una característica fundamental de aquellos equipos que actúan bajo un enfoque transdisciplinar. Esta comunicación efectiva entre los miembros del equipo se considera un beneficio fundamental para la familia, pues hace que la confusión de los padres se vea reducida al recibir una información coordinada y priorizada por el equipo (King et al., 2009).

A continuación, en la Tabla 3.1, se recoge cómo es la interacción entre los distintos miembros de un equipo de Atención Temprana atendiendo al estilo de trabajo desde el que actúa dicho equipo.

Tabla 3.1

Interacción del equipo de Atención Temprana

	Multidisciplinar	Interdisciplinar	Transdisciplinar
Evaluación	Independiente por parte de cada miembro del equipo	Entre todos, aunque cada miembro del equipo su parcela	Profesionales y familia conjuntamente
Participación de la familia en la planificación	Se reúnen individualmente con los miembros del equipo	Se reúnen con todos los profesionales o con un representante de ellos	Miembros plenamente activos en el equipo
Planificación	Independiente y separada según disciplinas	Separada por cada profesional, pero compartida para terminar con una planificación profesional conjunta	Profesionales del equipo y familia planifican conjuntamente en base a las prioridades, necesidades y recursos de la familia
Responsabilidad de la planificación	Cada miembro del equipo es responsable de la planificación de su disciplina	Los profesionales del equipo comparten información sobre su parte de la planificación	Todos los miembros del equipo son responsables sobre la manera en que el proveedor del servicio desarrolla la planificación con la familia
Implementación	Cada miembro del equipo se encarga de implementar la planificación de su disciplina	Los miembros del equipo comparten la información sobre la implementación conjunta	El proveedor del servicio supervisa el plan de intervención que implementa la familia
Líneas de comunicación	Informal	Plantilla específica para el caso concreto	Regularmente el equipo intercambia información, conocimientos, y habilidades entre sus miembros

Filosofía	Los miembros del equipo reconocen la importancia de tener información de otras disciplinas	Los profesionales están dispuestos a compartir y responsabilizarse de la provisión de servicios como parte de la planificación conjunta realizada	Los profesionales se comprometen a enseñar, aprender y trabajar a través de las disciplinas tradicionales para planificar la intervención conjuntamente
------------------	--	---	---

Adaptado de Stroup-Rentier, V.L., Lindeman, D.P. & Miksch, P. (2007, Junio). *Definition and characteristics of primary coach approach to teaming: moving beyond multidisciplinary practices.* Recuperado de <http://www.kskits.org/ta/Packets/UsingPrimaryService/Definition.pdf>

En la 3.1 se muestran los tres grandes estilos de trabajo en equipo en los que se han apoyado los profesionales de Atención Temprana desde sus inicios: trabajo en equipo multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.

Recordemos, brevemente, que el equipo multidisciplinar es aquel en el que sus miembros evalúan, planifican y llevan a cabo su intervención tratando el área del desarrollo que cada uno conoce como una parcela aislada; sin tener en cuenta lo que hace el resto de profesionales para favorecer el desarrollo del niño en las demás áreas. Esta forma de trabajo pronto se vio inviable en Atención Temprana, al trabajar con niños pequeños y con sus familias. En la actualidad, la labor de los profesionales en Atención Temprana ha ido caminado hacia la transdisciplinariedad. Con todo, durante mucho tiempo los profesionales han venido funcionando bajo un formato de equipo interdisciplinar, en el que profesionales de distintas disciplinas comparten información y plantean objetivos

comunes (GAT, 2000), aunque cada uno de ellos siga trabajando fundamentalmente su parcela específica, como experto en ella.

Pero es cierto que, en Atención Temprana, siempre se ha tendido hacia el equipo transdisciplinar. Un equipo que trabaja bajo este enfoque es aquel cuyos miembros adquieren conocimientos de sus compañeros, que pertenecen a otras disciplinas relacionadas, y los incorporan a su propia práctica. Pero lo fundamental es que, en un equipo transdisciplinar, un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la intervención y el contacto directo con la familia (GAT, 2000; Govern de les Illes Balears, 2010). En definitiva, tal y como afirman Harjulosa-Webb, Gatmaitan y Lyons (2013), esta nueva forma de abordar la Atención Temprana, desde un equipo transdisciplinar, requiere un alto grado de colaboración y consenso entre los miembros del equipo. Y entre esos miembros se encuentra la familia, puesto que se trata de compartir roles para guiarla a través del desarrollo de su hijo.

Antes de continuar, conviene aclarar que el trabajo en equipo transdisciplinar tiene sentido solo desde la perspectiva de un paradigma de intervención centrada en la familia. Desde este paradigma la intervención se centra en desarrollar competencias en la familia y en trabajar objetivos funcionales en el entorno natural del menor y a través de la familia. Y es en esas tareas donde se entiende lógica y necesaria la figura del profesional transdisciplinar. Obviamente esta figura no tiene sentido desde la perspectiva de un modelo clínico, donde el profesional se va a

encargar de la intervención directa sobre el niño a través de técnicas especializadas, que, lógicamente, solo podría desarrollar un profesional experto.

Como ya se ha dicho, desde un enfoque de trabajo transdisciplinar, es un único profesional el que se encarga de llevar a cabo la intervención y de establecer y mantener el contacto directo con la familia durante la misma. Este profesional, que asume la responsabilidad de la intervención, se entiende como el proveedor primario del servicio. Entre las técnicas que podría utilizar, para llevar a cabo la intervención encaminada al desarrollo de competencias en los adultos y al trabajo de objetivos funcionales en el entorno natural, se encuentran las técnicas de coaching y de orientación a los adultos o de acción tutorial. Basándonos en la andragogía, estas técnicas cobran especial importancia ya que se basan en invitar a la reflexión para crecer personalmente y, así, poder aprovechar cualquier oportunidad de aprendizaje que se dé en cualquier momento y en cualquier contexto. Algo que es fundamental a la hora de actuar bajo un enfoque centrado en la familia.

Tal y como apuntan Stroup-Rentier, Lindeman y Miksch (2007), designar un proveedor primario de servicio garantiza la integridad del equipo que interacciona (cuidadores principales y profesional), mientras se minimiza el número de profesionales necesarios para llevar a cabo la intervención. Es cierto que eso puede aumentar la dificultad del trabajo del profesional de Atención Temprana, pero al mismo tiempo, consigue abaratar costes y, sobre todo, permite conseguir una mayor implicación y vinculación de la familia hacia el profesional. Es decir, en las

prácticas centradas en la familia recurrimos al trabajo en equipo transdisciplinar, ya que, desde este enfoque se hace necesaria la figura del proveedor primario del servicio. Esto hará que la familia tenga un profesional de referencia que canalice toda la información y la intervención. También invitará a que la familia se sienta mucho más segura y capaz de hacer, aumentando con ello su implicación en el proceso de intervención. Algo que, en el fondo, siempre se ha pretendido desde Atención Temprana, pero que ha sido muy difícil de conseguir hasta la actualidad, especialmente desde un modelo clínico de profesional experto.

Con todo lo dicho hasta ahora, nos queda claro que el concepto de Atención Temprana ha evolucionado desde un modelo clínico al paradigma de intervención centrada en la familia. Dicha evolución ha llevado a adaptar la manera en que los profesionales de Atención Temprana interaccionan, tanto con las familias como entre ellos. Estos profesionales han desarrollado su labor desde un enfoque multidisciplinar, en los inicios de la Atención Temprana, y después de varias décadas, han adoptado unas prácticas centradas en la familia que conllevan un enfoque transdisciplinar. De ahí la importancia de que todos los profesionales de Atención Temprana, independientemente de su formación de base, hagan uso de estrategias de apoyo a las familias que favorezcan una mejora de sus competencias a la hora de favorecer el desarrollo de sus hijos.

Pero quizás lo más importante es que el profesional asuma que muchas de esas capacidades ya las poseen los padres. La habilidad del profesional deberá reflejarse a la hora de hacer conscientes a los padres del grado de competencia que

tienen, haciéndoles creer en ellos mismos y, a partir de ahí, haciéndoles crecer como personas y en sus competencias para favorecer el óptimo desarrollo tanto de su hijo con discapacidad o riesgo de padecerla, como de su familia en general. Por tanto, esas acciones de apoyo a la familia son estrategias que siempre han estado presentes, de una u otra forma, en la labor del profesional de Atención Temprana. Quizás hoy, bajo la filosofía de una intervención centrada en la familia, es cuando estamos viendo la mejor forma de conseguir la necesaria adhesión por parte de las familias y cuando estamos consiguiendo una participación más activa de esas familias. Y seguramente estos logros están motivados por el hecho de que las familias, ahora, sí sienten que se tienen en cuenta sus intereses, sus preocupaciones y sus posibilidades de hacer. Lógicamente, esto es mucho más difícil de conseguir desde unas acciones de apoyo más directivas, como las que se vienen poniendo en práctica en CDIATs que, a pesar de trabajar desde un modelo clínico, nunca han descuidado el rol de la familia. Pero también es cierto, que aquellos centros que han utilizado y cuidado estas acciones de apoyo, estaban labrando el puente de unión entre el modelo clínico y el paradigma de una intervención centrada en la familia. Estaban favoreciendo, de forma inconsciente, un proceso de cambio a través de estas acciones tutoriales, de orientación o de apoyo a las familias.

Ya De Linares y Rodríguez (2004), señalaban, hace más de una década, que estábamos en un momento que destacaba por el paso de una intervención casi exclusiva sobre el niño y centrada en aspectos rehabilitadores, a una intervención basada en los contextos y que otorga especial importancia a todas las variables

ambientales que rodean al niño e inciden en su desarrollo; siendo la familia el eje articulador de todo el proceso de intervención. Tal y como afirmaba García-Sánchez (2003), progresivamente la familia ha ido cobrando protagonismo en Atención Temprana, donde por un lado es un objetivo más de los programas de intervención, junto al niño y el entorno, ya que presenta sus propias necesidades y necesita determinados apoyos; y, por otro lado, se convierte en un agente más de Atención Temprana, en tanto que participa de forma activa en el programa de intervención. En este sentido García-Sánchez (2002b) nos hacía reflexionar sobre la necesidad imperiosa de llevar a cabo la intervención en los entornos naturales, donde ya no se intervendrá directamente sobre el niño, sino que allí esta intervención se centrará en la satisfacción de las demandas y coordinación con aquellos agentes de Atención Temprana que se encuentran en el entorno del niño; entre los cuales debíamos incluir a la familia.

En esta línea, Giné et al. (2009), reflexionan sobre la necesidad de que las actuaciones e intervenciones, en los distintos contextos en los que participa el niño, sean coherentes. De ahí la importancia que tiene el trabajo, coordinación y colaboración con las familias; pues será la propia familia la que pueda dar esa coherencia a la intervención, favoreciendo así el desarrollo de su hijo. Es por esto que, como afirman De Linares y Rodríguez (2004), se considera a la familia uno de los contextos más importantes en el desarrollo no sólo de su hijo, sino de todas las personas que componen esa estructura familiar.

En cualquier caso, existe un objetivo común a cualquier profesional de la Atención Temprana de todos los tiempos, ya que todos los equipos que dedican su labor a esta disciplina dirigen su actividad al cuidado del niño, pero siempre tienen presente la necesidad de ofrecer apoyo e información a las familias (Giné et al., 2009). En este sentido, Perpiñán (2004) y García-Sánchez (2002b; 2003), afirmaban que la familia se convierte en el principal objetivo de la Atención Temprana, en tanto en cuanto esta se encarga de favorecer la creación de contextos adecuados para que el niño pueda interactuar en unas condiciones óptimas para su desarrollo. Es decir, la labor del profesional de Atención Temprana es la de generar unos entornos competentes que propicien los aprendizajes del niño y para ello es fundamental una interacción eficaz entre familia y educadores, cuya intervención se realizará bajo una perspectiva de evaluación continua que permite el adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales (Perpiñán, 2004).

Una vez más, vemos el papel que juegan las acciones de apoyo a la familia. Acciones que pretenden también ayudar a ajustar las actitudes de las familias a la nueva situación que se les presenta ante un niño con discapacidad o riesgo de padecerla. Este cambio de actitud hará que las familias adopten determinadas estrategias en la interacción con sus hijos para favorecer su desarrollo. Ahora bien, tal y como nos hace reflexionar Perpiñán (2004), estas actitudes tienen un componente cognitivo, que hace referencia a los pensamientos; un componente emocional, que hace referencia a los sentimientos; y un componente conductual, que hace referencia a las acciones. Así, si incidimos en el componente cognitivo, el

resto de componentes se verán influidos igualmente; por lo que los padres pondrán en marcha una serie de ajustes en la interacción con sus hijos que permitirán el desarrollo del menor (Perpiñán, 2004). Por tanto, la labor del profesional de Atención Temprana en esas acciones de apoyo, deberían ir dirigidas a ese cambio cognitivo, a partir de la reflexión conjunta entre familia y profesional. Reflexión que surge de las acciones de apoyo que el profesional de Atención Temprana presta a las familias; bien en las visitas que realiza al domicilio, cuando se trata de profesionales que llevan a cabo unas prácticas centradas en la familia; bien en las entrevistas y reuniones que llevan a cabo profesional y familia, cuando se actúa desde un modelo más clínico o ambulatorio.

Con todo lo dicho hasta ahora, parece evidente que no sólo aquellas prácticas de Atención Temprana centradas en la familia necesitan o se fundamentan en acciones de apoyo a la misma, sino que desde una intervención dispensada en un régimen ambulatorio también se hace uso de determinadas acciones de apoyo. Todas estas acciones de apoyo parten del modelo ecológico que postula Bronfenbrenner (1979), donde destaca el papel que juega la familia en el desarrollo de su hijo. En este mismo sentido cabe recordar, como ya se dijo en el capítulo 2.3, que Mendieta y García Sánchez (1998) y García-Sánchez (2000a) proponen un Modelo Integral de Actuación en Atención Temprana donde no cabe concebir la evaluación y la intervención del niño sin tener en cuenta todo su entorno. Y, en la misma línea, Díez (2008), propone que el modelo de entornos competentes constituye un modelo ecológico de intervención que se basa en la necesidad de potenciar el sentido de autocompetencia en los padres. También De

Linares y Rodríguez (2004), afirman que la aparición de modelos de comprensión del funcionamiento familiar y del desarrollo infantil, como el sistémico, el ecológico o el transaccional, lleva a entender el desarrollo del niño como el resultado de sus interacciones con su entorno. Todo ello hace que los profesionales que dedican su labor a la Atención Temprana, se preocupen por ofrecer a la familia la información y orientaciones que creen oportunas y necesarias para que ésta se implique en la intervención de su hijo.

Sin embargo, tal y como nos hace reflexionar Escorcía (2014), si tenemos en cuenta esta visión ecológica del niño y la familia, debemos darle la importancia que merece a todos los contextos ambientales que influyen en el desarrollo del niño o el funcionamiento familiar. Aquí es donde cobran especial importancia las acciones de apoyo que se pongan en marcha para hacer competentes a las familias. Lógicamente, tanto desde el modelo de intervención ambulatoria que considera el Modelo Integral de Actuación en Atención Temprana y actúa para generar entornos competentes, como desde cualquier modelo de prácticas centradas en la familia, se realizan acciones de apoyo con el fin de favorecer la implicación de la familia y conseguir el bienestar, tanto propio como del niño. Ahora bien, las acciones de apoyo que se brindan a la familia desde un modelo de intervención ambulatoria, normalmente cercano a un modelo clínico, sólo podemos entenderlas como un acercamiento a las prácticas centradas en la familia y todo lo que ello supone, en un intento de orientar e implicar a la familia en el proceso de intervención de su hijo. La diferencia entre las acciones de apoyo que se brindan a la familia desde un modelo u otro, no radicará tanto en el qué se hace, sino en el

modo de proceder. Tal y como hemos visto hasta ahora, esas acciones de apoyo pueden darse de una forma más directiva si estamos actuando bajo un modelo de intervención ambulatoria y un equipo interdisciplinar. A medida que tendemos a la transdisciplinariedad y a las prácticas centradas en la familia, esas acciones de apoyo se tornarán menos directivas y tendrán más en cuenta las necesidades de la familia. Con ello, se conseguirá una mayor implicación de la familia, una mayor participación activa en la toma de decisiones y la puesta en marcha del programa de intervención y una mayor adhesión a dicha intervención.

En este paso de un modelo de intervención ambulatoria, que no deja de lado a la familia, a unas prácticas entradas propiamente en la familia, no podemos olvidar la figura del terapeuta-tutor, terapeuta responsable de caso o profesional de referencia. Quizá esta figura recibe especial atención en los textos referidos al Modelo Integral de actuación en Atención Temprana, donde se resaltan sus funciones como coordinador de las diferentes actuaciones que llevan a cabo los diferentes especialistas, evitando la confusión de la familia (García-Sánchez, 2002a). Además, su figura permite un mayor acercamiento al enfoque transdisciplinar (García-Sánchez, 2001a). Precisamente esta forma de trabajo en equipo transdisciplinar es la que han adoptado los profesionales de Atención Temprana que han abrazado las prácticas centradas en la familia, sin concebir otra forma de desempeñar sus funciones en su praxis diaria. Por ello, entendemos que, aquellos profesionales de Atención Temprana que, desde un modelo de intervención ambulatoria, han visto necesaria y han adaptado figura del terapeuta-tutor, estaban caminando hacia un enfoque transdisciplinar en un intento de

canalizar toda la información que necesite la familia para favorecer un entorno competente para el niño.

Reconocemos, entonces, que cuando las interacciones entre el niño y su contexto son positivas, el éxito de la intervención está asegurado, o por lo menos se ve muy facilitado. Y puesto que el niño forma parte de un sistema familiar, el objetivo principal de la Atención Temprana, ya no es sólo el niño, sino también la familia (García-Sánchez, 2000; GAT, 2000; Guralnick, 2006; Díez, 2008). Ahora bien, tal y como nos dicen Watts-Papas y McLeod (2009), aunque en los aspectos básicos las definiciones del enfoque centrado en la familia son similares, es cierto que podemos encontrar descripciones variables y que no existe un consenso total a la hora de definirlo. Lo mismo podemos decir que ocurre en los demás modelos de Atención Temprana que han evolucionado a lo largo de la historia de nuestra disciplina y en los que se han apoyado y se siguen apoyando los diferentes profesionales que dedican su labor a ella. Dicho esto, cabe entender que, a pesar de que el modelo clínico de Atención Temprana no considera a la familia de la misma manera que lo hace el paradigma de intervención centrada en la familia, radicando una de las diferencias en el grado de implicación que cada uno le otorga; también es cierto que bajo el modelo clínico, o por lo menos bajo ciertas formas de intervención en régimen ambulatorio, los profesionales también sienten la necesidad de trabajar en mayor medida con la familia en beneficio de su hijo. El problema es que intentan hacer ese trabajo de una forma directiva, no considerando las necesidades reales de la familia, ni explorando y explotando realmente sus competencias. Y muchas veces también es cierto que los

profesionales piensan que no tienen la formación para hacerlo (Hinojosa, Sproat, Mankhetwit & Anderson, 2002)

Por esta misma razón, muchos programas de Atención Temprana también incorporan las visitas a domicilio, aunque en ellas el profesional habitualmente da instrucciones a la familia para conseguir la sensación de control o de confort (Peacock et al. 2013). Es decir, numerosos profesionales, aún actuando bajo un cierto modelo clínico o, al menos, ambulatorio, suelen establecer un contacto directo con la familia. Al menos para ofrecerles información sobre el desarrollo de su hijo, sobre determinados recursos sociales o médicos de los que pueden hacer uso, sobre determinadas estrategias que pueden poner en práctica en su día a día, etc. En definitiva, se trata de unas acciones de apoyo a las familias para favorecer el desarrollo de su hijo, que no están reñidas con el modelo desde el que actúan los profesionales, aunque sí es cierto que en su implementación se acomodan a dicho modelo.

Además, como nos hacen reflexionar Iversen, Poulin, Ciacara y Meenakshi (2003), las habilidades técnicas de los terapeutas son muy valoradas por los padres. Ahora bien, es importante saber que cuando se desempeña la labor profesional en Atención Temprana desde el enfoque centrado en la familia, a pesar de acoger unas prácticas en las que se hace especial hincapié en las habilidades comunicativas y relaciones entre familia y profesional, esto no conlleva la pérdida de conocimientos por parte del profesional. Ni tampoco que la familia pierda de vista la habilidad que los profesionales tienen en base a sus conocimientos. Más bien, muy al

contrario, cuando el profesional favorece la comunicación y relación entre él y las familias a las que atiende, estas últimas perciben en mayor medida el dominio que los profesionales tienen de sus conocimientos (Iversen et al., 2003). Por tanto, debemos enfatizar la importancia de mantener un contacto continuo y directo con las familias, entendiendo este contacto como aquellas acciones de apoyo necesarias para hacer competentes a las familias en el desarrollo de su hijo.

Estas acciones de apoyo, desde el modelo clínico o ambulatorio, se llevarán a cabo con el objetivo de valorar y orientar a las familias con aquellas pautas que deben seguir en la crianza de su hijo, pero, teniendo en cuenta que el profesional es el experto y utilizando unas estrategias mucho más directivas. Desde el enfoque centrado en la familia, estas acciones de apoyo se realizarán de una manera continua y basándose en la reflexión conjunta entre padres y profesionales, dejando a un lado la directividad en ella. Teniendo en cuenta esto y dado que la Atención Temprana se encuentra en un momento de transición podemos utilizar estas acciones de apoyo como puente de unión entre un modelo más o menos clínico y ambulatorio y el paradigma de intervención centrada en la familia. Teniendo en cuenta que la transición hacia a un modelo basado en la comunidad, donde el niño con discapacidad se incluye en su contexto natural, como puede ser la casa y la familia (Odom y Khaul, 2003), no es lo mismo para aquellos CDIATs que están en un proceso de transformación desde un modelo clínico, donde el objetivo principal es el cuidado de la salud; o desde un modelo ambulatorio, donde aunque se quiera trabajar más con la familia el profesional mantiene un estatus de experto.

En este proceso de cambio de un enfoque de intervención a otro, se hace necesario un cambio de mentalidad por parte de los profesionales, ya que la relación entre padres y profesionales también debe sufrir un proceso de transformación hacia la confianza mutua. Y esto sólo se consigue cuando dejamos de ver, al profesional, como el único experto, que posee todo el saber y asume todo el control de la intervención; para dejar paso a la participación plena de la familia en la toma de decisiones y en la intervención de su hijo. Es necesario admitir que el profesional puede conocer las técnicas, pero que es la familia quien conoce a su hijo. Por ello, si se establece una relación de equipo y colaboración entre profesional y familia, en la que ambos conocimientos se complementen, los objetivos y las estrategias planteadas serán mucho más realistas y más fáciles de conseguir. Además, la necesidad de esta colaboración se enfatiza, todavía más, cuando todos esos objetivos y estrategias se ponen en práctica en un contexto natural, que motive al niño y provoque en él la necesidad de seguir experimentando, puesto que para él es un aprendizaje funcional y significativo. Hacerlo así, a su vez, despierta en la familia la sensación de competencia y de saber hacer con su hijo, algo fundamental para el crecimiento individual y familiar.

En esta línea, De Linares y Rodríguez (2004), afirman que el rol de las familias dentro de la Atención Temprana ha pasado de ser un rol pasivo a contemplarse como los únicos mediadores en el desarrollo de sus hijos, siendo considerados, actualmente, como el elemento fundamental de la intervención. Y, en este cambio de rol de las familias, se hace imprescindible un cambio del papel que juega el profesional en la intervención, así como de la relación que se establece entre él y la

familia (Mendita & García-Sánchez, 1998; Giné, 2000; De Linares & Rodríguez, 2004).

Ahora bien, a veces ese cambio de mentalidad y de rol, por parte del profesional, es difícil de conseguir cuando no se tienen un conocimiento profundo sobre el funcionamiento de las prácticas centradas en la familia. Por este motivo, McWilliam (2016), propone que el cambio debería pasar de la mera adopción de unas prácticas centradas en la familia, por parte de los profesionales, a la adopción de un modo de pensar desde la filosofía del paradigma de intervención centrada en la familia como base de toda la transformación.

En ese momento, los profesionales abandonarán las prácticas de orientación y acción tutorial más directivas, para adoptar estrategias de acompañamiento reflexivo, por ejemplo, basadas en el coaching. Prácticas donde el profesional será un acompañante, un guía y un apoyo para la familia; sabrá y verá la importancia de escuchar las necesidades de ésta, para hacerle ver sus propias fortalezas y aprovecharlas con el fin de conseguir el bienestar último de su hijo y de toda la familia. Es decir, hará competente a la familia en su labor de cuidador de su hijo. Y para todo ello, se hará imprescindible conocer y hacer uso de las prácticas relacionales y participativas que plantea Dunst (2000; 2002). Nos referimos a cuando este autor habla de la importancia, no sólo de poner en marcha aquellas estrategias que favorezcan un trato cordial hacia la familia y una escucha activa, lo que se identificaría con unas prácticas relacionales; sino también aquellas estrategias andragógicas, que lleven al profesional a hacer aflorar en la familia la

participación activa, la implicación y el hacer por ellos mismos. Lo que se traduce en prácticas participativas que nombrábamos en el capítulo 2.3.

Lógicamente, el profesional necesitará cierta formación que lo capacite para llevar a cabo todas estas estrategias de una forma espontánea. Interiorizándolas hasta tal punto que sea capaz de hacerlas aflorar de una forma natural. Pero antes de analizar la formación que reciben los profesionales de Atención Temprana y saber si están preparados para desempeñar adecuadamente unas prácticas centradas en la familia, tal vez debamos clarificar algunos términos que hemos ido utilizando a lo largo de este apartado cuando hemos hablado de acciones de apoyo.

3.3.- Acciones de Apoyo. Definición de estrategias

Orientación, tutoría y acción tutorial son términos que van muy ligados cuando hablamos de acciones de apoyo a una persona o a un colectivo por parte de un profesional, independientemente del rol que esté desempeñando la persona que recibe el apoyo en ese momento. En Atención Temprana se pueden identificar diferentes estrategias que se han venido utilizando a la hora de dar apoyo a las familias a lo largo de las diferentes intervenciones que los profesionales realizan desde esta disciplina (intervención basada en rutinas, autocontrol de la intervención, modelado, role-play, práctica y apoyo para nuevas habilidades, autoreflexión guiada, resolución de problemas colaborativa, retroalimentación y motivación entre sesiones, por ejemplo dando tareas para realizar entre sesión y sesión...). Esta variedad de formas de apoyo depende, fundamentalmente, del

modelo sobre el que los profesionales basan su intervención. Fetting y Barton (2013), reflexionan sobre esta variedad de apoyos en la revisión que recientemente han realizado sobre la investigación en materia de la evaluación funcional de los niños implementada por los padres. Tras analizar trece estudios, señalan que la puesta en práctica de unas estrategias u otras, para guiar a los padres, varía a lo largo de los estudios realizados.

Así, cuando hablamos de orientación, son diferentes las definiciones que podemos encontrar en función de cuál sea su finalidad. Si hacemos un rápido recorrido por la literatura que existe sobre este tema, podemos encontrar definiciones que hacen referencia a la orientación vocacional, a la orientación profesional, a la orientación escolar, a la orientación psicopedagógica, etc. Este hecho dificulta, a veces, un consenso a la hora de definir el concepto de orientación (Grañeras & Parras, 2009). En este sentido, Bausela (2006) nos hace reflexionar sobre el hecho de que la orientación toma como base de actuación el ciclo vital del orientado. Quiere esto decir que no se ubica únicamente en el ámbito escolar, sino que en función del momento evolutivo de la persona a orientar, el contexto de intervención será uno u otro.

Según señala Bisquerra (2006), la orientación es uno de los conceptos que surgen y evolucionan dentro de una realidad social y educativa. De ahí que los antecedentes de las acciones de orientación se encuentren en el ámbito vocacional, con el fin de ayudar en la elección de una profesión. Sin embargo, este concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo y vemos que a la hora de hablar de una práctica

de orientación o de acción tutorial, es inevitable hacer referencia al ámbito educativo y a la formación. Ello se debe a que el uso de estos términos se empieza a generalizar con la implantación de la Ley General de Educación en 1970. En este sentido, Cobos (2011) nos dice que la orientación, en España, cobra un gran impulso en el año 1977, cuando se crean los “Servicios Provinciales de orientación Escolar y Vocacional”. Más tarde, con la Ley Orgánica General del Sistema Educativo en 1990 y la Ley Orgánica de Educación en el 2006, todavía se hace más hincapié, si cabe, en actuaciones, especificando que son función del docente y recalcando el derecho del alumno a hacer uso de estas tutorías para lo que se le asignará un tutor. Ahora bien, la función del tutor no acaba en la actuación con el alumno, sino que también debe atender al resto del equipo docente y a los padres.

En un intento de profundizar en el concepto de acción tutorial, esta puede definirse como el conjunto de actividades y funciones que desarrolla el tutor, tanto con la persona que tutoriza, como con todos los agentes que influyen en dicha persona (Morales, 2010). En cuanto a las funciones que debe desempeñar el tutor, en términos generales, Sobrado (2008) señala las siguientes, cuando habla de la tutoría dentro del servicio de orientación en la Universidad:

- Facilitar el desarrollo personal del alumnado.
- Supervisar sus progresos.
- Intermediar entre los estudiantes y las autoridades académicas.
- Ser un profesional responsable en el que el alumnado puede confiar.

Ahora bien, estas mismas funciones se atribuyen a los profesionales de un CDIAT cuando actúan como tutores de una o varias familias. Según Castellanos et al. (2003) se concreta en la responsabilidad que un profesional de Atención Temprana asume como coordinador de la intervención, como referente cercano de la familia y como encargado de detección de las necesidades que el niño y la familia vayan presentando en su evolución. Entendido esto, podríamos adaptar las funciones propuestas por Sobrado (2008) para el tutor universitario, que se han descrito más arriba, y afirmar que las funciones del tutor que realiza su labor profesional en un CDIAT, son las siguientes:

- Facilitar el desarrollo del niño con discapacidad o riesgo de padecerla, así como de su familia.
- Supervisar sus progresos.
- Ser un profesional responsable en el que la familia pueda confiar.

Y añadiríamos aquellas que este mismo autor nombra como parte de las funciones tutoriales basadas en el desarrollo personal:

- Potenciar el conocimiento de sí mismo.
- Mejorar su autoestima.
- Mejorar las habilidades de vida y sociales.
- Hacer competentes en la toma de decisiones.

En este sentido podemos nombrar cinco ejes de la acción tutorial que se pueden entender como parte de la labor del tutor, entre las que destacan enseñar a pensar, enseñar a ser persona, enseñar a convivir, enseñar a comportarse y enseñar a decidir (Galve & Ayala, 2002).

Por otra parte, Galve y Ayala (2002) nombran como uno de los procedimientos que suelen utilizar los tutores en su labor, las técnicas de entrevista. Si abandonamos por un momento el campo educativo y pensamos en el trabajo que hace el terapeuta-tutor, profesional de referencia o responsable de caso, que dedica al menos parte de su labor a la Atención Temprana con las familias, vemos que estas entrevistas forman parte de su actividad diaria, bien como un instrumento de valoración, bien como un instrumento de intervención. Cabe pensar, entonces, que la acción tutorial es una labor más que el profesional de Atención Temprana realiza con las familias, con el fin de conseguir el óptimo desarrollo del niño siendo, entonces, los padres y/o cuidadores principales, aquellos que canalizan las orientaciones de los profesionales y consiguen articular los aprendizajes del niño.

Tomando las palabras de Bisquerra (2006), podemos entender la orientación como “un proceso de ayuda y acompañamiento continuo a todas las personas, en todos sus aspectos, con objeto de potenciar la prevención y el desarrollo humano a lo largo de toda la vida” (p. 12).

Molina (2004), en un análisis de las definiciones aportadas por diferentes expertos sobre el concepto de orientación, nos dice que existen muchos de ellos que la

definen como un proceso de asesoramiento y guía con el fin de favorecer el desarrollo personal, lo que llevará a la adaptación y conocimiento de sí mismo, la socialización y comunicación en lo que a las buenas relaciones humanas se refiere. En este mismo sentido, Cobos (2011) afirma que la orientación, entendida como parte fundamental del proceso educativo, contribuye al desarrollo integral del alumnado. Prueba de ello es que, según Cobos (2011), la presencia de la figura del orientador educativo, después de veinte años de implantación, han propiciado una prevención de muchas dificultades de aprendizaje, así como la prevención de problemas de salud. Lo que ha repercutido en el bienestar del alumnado, gracias a una mayor información y formación del mismo.

Atendiendo a todo lo dicho hasta ahora, cabe pensar que el término de orientación y acción tutorial no puede estar anclado únicamente al ámbito educativo. Si el fin último de estas actuaciones es el bienestar de la persona y su crecimiento personal, esta práctica, que se ha adoptado dentro de la escolarización reglada, podrá y deberá extenderse a otros contextos. Esto es lo que está ocurriendo actualmente, pues ya existen otros ámbitos y contextos que van adoptando esta función basada en la orientación y la acción tutorial. Es el caso de la universidad, las organizaciones, la empresa, el ocio y el tiempo libre, etc. En general, estas actuaciones son aplicables a cualquier contexto en los que el profesional asuma su rol como educador, orientador o formador. Roles, éstos, ampliamente demandados también entre las tareas a desarrollar por el profesional de la Atención Temprana, especialmente en lo que se refiere a su actuación con los miembros de la familia del niño que está siendo atendido.

Además, no podemos obviar que la orientación ha evolucionado siguiendo una trayectoria similar a la que ha seguido la Atención Temprana: desde una concepción basada en el modelo clínico, centrado en la persona, sin tener en cuenta las circunstancias que la rodean; a un modelo psicopedagógico, que implica a toda la comunidad educativa, es decir familia, profesorado y alumnado; hasta llegar a un modelo socio-psicopedagógico, donde también se debe tener en cuenta la sociedad, por una parte como objeto de orientación y por otra como facilitadora de la misma (Molina, 2004).

Vemos, por tanto, puntos en común entre los objetivos de la orientación y la acción tutorial y los objetivos de la Atención Temprana, al menos desde la perspectiva del desarrollo de unas prácticas centradas en la familia. Estas actuaciones cobran especial relevancia cuando entendemos que los programas de Atención Temprana incluyen un conjunto de servicios y apoyos encaminados a asegurar y mejorar la resiliencia y el desarrollo personal de los niños, fortalecer las competencias de las familias y promover la inclusión social, tanto del niño como de la familia (OMS & UNICEF, 2013), objetivos que, en cierta manera, son similares a los que se plantea la acción tutorial.

Adentrándonos en el concepto de resiliencia que hemos nombrado, para definir este término podemos recurrir a Munist et al. (1998), quienes afirman que se trata de un término adoptado por las ciencias sociales para referirse a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, siguen un sano

desarrollo, tanto psicológica como socialmente. Werner (1990), afirma que los niños con esa capacidad resiliente son caracterizados por sus cuidadores como niños muy activos, cariñosos, mimosos, de buen carácter y fáciles de tratar. Podríamos entender, entonces, que la capacidad de resiliencia es algo innato en el niño. Sin embargo, Munist et al. (1998) nos invitan a reflexionar sobre el hecho de que esa capacidad resiliente de las personas se ve favorecida por la interacción que existe entre la persona y el entorno. Por lo que, cabe entender, que esta capacidad no es algo innato; sino que, en el caso que nos ocupa, es necesaria esa interacción y esa influencia mutua entre familia y ambiente para saber afrontar los problemas que se les puedan presentar y ser competentes en su resolución (Munist et al., 1998). Así, debemos de entender que, entre los factores de resiliencia en el niño, uno de los más determinantes será siempre la capacidad y competencia de su familia. En este sentido, Peralta y Arellano (2010), afirman que esta capacidad se puede favorecer en las familias a través de diferentes estrategias que destaquen las cualidades que tiene cada familia y que son propias y únicas.

Por su parte, Werner (1990) afirma que aquellos niños que son identificados como resilientes, a pesar de vivir una situación de riesgo en el seno familiar, han tenido la oportunidad de establecer un vínculo con, al menos, una persona capaz de proporcionarles una atención adecuada y estable durante el primer año de vida. También, Werner (1990) identifica tres tipos de factores protectores que favorecen el desarrollo de la resiliencia en el niño. El primero de ellos son las características del niño que provoca respuestas predominantemente positivas del medio ambiente. Entre estas características se pueden encontrar las buenas

condiciones físicas, un temperamento apacible y la inteligencia. El segundo factor protector son los lazos y las prácticas de socialización dentro de la familia; estos lazos fomentarán la confianza, la autonomía y la iniciativa. Y el tercer factor son los sistemas de apoyo externo que refuerzan la competencia y ofrecen al niño un conjunto de valores positivos.

Una vez dicho esto, se hace evidente la importancia de la familia y el entorno natural del niño para favorecer su aprendizaje, su desarrollo evolutivo, su autonomía, e incluso su resiliencia. De ahí que los profesionales de Atención Temprana apuesten, cada vez más, por un enfoque de intervención cuyo principal objetivo sea competenciar a las familias para favorecer el desarrollo de sus hijos. Un enfoque de intervención centrada en la familia que dé cabida a la realidad única y particular de cada familia y sepa ajustar la intervención a dicha realidad, guiando a la familia en la evolución de su propio desarrollo y el del niño.

Hemos hablado hasta ahora del concepto de resiliencia en general, centrándonos en las características de esta resiliencia en el adulto. Sin embargo, los factores que influyen en la resiliencia del niño no son los mismos que en el adulto. De esta manera, Monroy y Palacios (2011), identifican y clasifican una serie de factores que influyen en la resiliencia del niño, diferenciando entre aquellos factores propios de la familia, los propios del niño y aquellos que podríamos considerar propios de la comunidad.

En un intento de concretar más cuáles son esos factores que influyen en la

resiliencia del niño, podemos citar también a Flores, Cichetti y Rogosch (2005), Obando, Villalobos y Lorena (2010), Morelato (2011) y Monroy y Palacios (2011), entre otros. Todos estos autores inciden en la importancia de crear unos vínculos afectivos en el niño que sean positivos y que desarrollen el sentimiento de apego. De esta manera explican que para favorecer la resiliencia del niño será fundamental el que sienta que sus necesidades son atendidas con prontitud, brindándole los apoyos y cuidados que necesita. Para ello será imprescindible creer en las posibilidades del niño y generar entornos competentes, favoreciendo su inclusión y pertenencia al grupo. Todo lo mencionado hasta ahora formaría parte del área familiar y profesional, pues la resiliencia del niño dependerá de la respuesta familiar y profesional para fomentar su desarrollo. Sin embargo, no debemos olvidar, como ya hemos señalado más arriba, que el propio niño también tiene unas características intrínsecas a su persona que también influirán en el desarrollo de dicha resiliencia. Características tales como su inteligencia, su sentido del humor, su autoestima y su competencia social, además de los factores genéticos y fisiológicos que le son propios.

Lógicamente, de todos estos factores que hemos mencionado, habrá muchos en los que no podremos influir. Pero también es cierto que, en el niño pequeño y con discapacidad, influyen mucho las características de las familia y los profesionales que están con él. Ahora bien, no podemos olvidar que cuando hablamos de Atención Temprana estamos ante un niño con discapacidad o riesgo de padecerla. Y no hace falta profundizar mucho en la temática para entender que los problemas que afectan al niño, también afectarán a toda la red familiar. Especialmente a los

padres, puesto que deben enfrentarse a una situación para la que nadie está preparado, como puede ser el aumento de demandas familiares que generan estos niños por sus grandes necesidades, la mayor preocupación que sienten los padres y las complicaciones de las dificultades de crianza (Valle, Mateos, Gutiez & Brun, 2011). Todo ello puede obstaculizar el desarrollo de la resiliencia en el niño al verse bloqueada la familia ante esta nueva situación que no esperaba.

Con todo ello, podemos entender que las estrategias para favorecer esa capacidad resiliente del niño pueden atenderse también desde la orientación y la acción tutorial. Incluso en aquellos CDIATs que, aún actuando bajo un modelo ambulatorio, consideran a la familia como un elemento clave de la Atención Temprana. Sirva para justificar lo dicho hasta ahora, la afirmación de Molina (2004), cuando tras analizar diferentes definiciones de orientación, asegura que este concepto ha evolucionado de una orientación que intenta poner remedio y dar respuesta a las demandas sociales de la época, a una orientación de carácter preventivo, que intenta influir en los contextos sociales de la persona para facilitar su propio desarrollo. Es decir, la trayectoria que ha seguido el concepto orientación es similar a la trayectoria que ha seguido el concepto de Atención Temprana desde sus inicios hasta la actualidad. Hecho que no debería sorprendernos ya que, como se ha dicho, ambos conceptos están muy ligados a la evolución histórica de la sociedad en la que se incluyen.

Si citamos nuevamente a Munist et al. (1998) y aceptamos que promover la resiliencia del niño en Atención Temprana se centra en reconocer las fortalezas de

la familia y reconocer aquellos recursos, cualidades y capacidades que han permitido a sus miembros enfrentarse positivamente a las experiencias negativas y estresantes vividas, podremos entender, entonces, que el objetivo de la Atención Temprana, tal y como la estamos entendiendo hoy, tomando como base un enfoque centrado en la familia, es capacitar a las familias para llegar a este punto. Y ello pasa inevitablemente por un profundo proceso de orientación y acciones de apoyo a las familias por parte de los profesionales. Éstos tienen que hacer reflexionar a los cuidadores principales del niño para hacerles competentes en la tarea de detectar y atender necesidades en su hijo. Y en toda su red familiar, tendrán que identificar sus recursos para satisfacer sus necesidades y poner en marcha las estrategias necesarias para ello.

Con todo ello, es evidente que el trabajo del profesional de Atención Temprana va más allá de dar unas orientaciones que las familias deben cumplir. Se trata de conseguir en la familia afianzar unas competencias que le son propias, única y exclusivamente a ella, en cuanto que cada familia es única y diferente a las demás. Es por ello que, los recursos y estrategias utilizadas por una familia, sus necesidades y preocupaciones, no serán los mismos que los que les corresponden a otras familias. Es en este contexto donde se hace imprescindible una profunda labor de apoyo, orientación, acción tutorial o coaching. Se trata en definitiva de proporcionar a la familia un profesional que le dé el apoyo que necesita para favorecer su crecimiento como personas, permitiendo que afloren y desarrollen sus propias competencias. Como afirma Perpiñán (2003), una de las tareas del profesional de Atención Temprana será provocar los correspondientes cambios en

el contexto, a través de una interacción eficaz con los padres y educadores. La intervención a realizar con el niño adoptará la función de una evaluación continua que permita un adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales.

En este sentido, Galve y Ayala (2002) enumeran ciertos aspectos en los que el orientador puede ayudar a competenciar a las familias:

- Su aceptación del déficit y cómo éste incide en la relación familiar.
- Las expectativas que tienen respecto a su hijo.
- El grado de responsabilidad y autonomía que le otorgan a su hijo.

Aspectos, estos, que podemos considerar comunes a los abordados en las diferentes entrevistas que los profesionales de la Atención Temprana tienen con las familias usuarias del CDIAT donde desempeñan su labor, tanto desde un modelo ambulatorio, como desde un enfoque centrado en la familia. Radicando la diferencia entre uno y otro enfoque en la adopción de unas prácticas más o menos directivas, entre otros factores. Es decir, desde el modelo ambulatorio, se darán unas pautas y orientaciones a las familias para conseguir ciertos objetivos en sus hijos. Además, la intervención desde este modelo, es posible que se base fundamentalmente en el déficit y las limitaciones del niño, especialmente si esa atención ambulatoria está centrada solo en un modelo clínico. Desde el enfoque centrado en la familia, se favorecerá el diálogo y la reflexión. Además, se pondrá el énfasis en las fortalezas del niño y el entorno, y se adoptarán unas pautas y estrategias a través de una colaboración entre el profesional, que actúa como tutor,

y la familia. Por ello, en este enfoque será de gran utilidad e importancia una acción de apoyo que oriente a la familia en busca de su crecimiento personal y la haga creer en sus propias competencias y en su capacidad de mejorarlas en caso necesario.

Ahora bien, estas acciones de apoyo deberán ponerse en marcha teniendo en cuenta algunos aspectos como los que propone Perpiñán (2015) para su desarrollo, según los cuales los profesionales deben enfocar su labor hacia:

- romper con el modelo de experto,
- atribuir a los cuidadores principales el papel que les corresponde como tales,
- creer en la competencia de la familia
- y buscar una colaboración real y eficaz.

Este cambio de actitud en los profesionales es necesario porque estamos apostando por un enfoque centrado en la familia. Y para trabajar desde este enfoque es necesario que el profesional asimile y asuma algunos postulados básicos como los que nombra Perpiñán (2003):

- La familia es la principal responsable y conocedora del niño.
- Cada familia es diferente.
- Las familias de niños con discapacidad no son necesariamente disfuncionales.

- Las familias atraviesan diferentes momentos en su adaptación.
- Los padres no son, ni deben ser, profesionales.
- La verdad de los padres es su percepción de la realidad.
- La relación familia-profesional es un proceso de comunicación en el que influyen multitud de variables.

Cabe, entonces, preguntarnos si cualquier profesional puede desempeñar la función de tutor y llevar a cabo las diferentes acciones de apoyo a la familia que esta necesita cuando tiene un niño con discapacidad. En este sentido, Sobrado (2008) enumera algunas de las características principales que debe poseer el tutor dentro del ámbito educativo. De ellas nosotros citamos aquellas que podemos extrapolar al campo de la Atención Temprana y que, haciendo una pequeña adaptación, son:

- Compromiso para asumir la función tutorial.
- Respeto y comprensión hacia los demás.
- Posesión de habilidades de comunicación y relaciones personales.
- Preparación y desarrollo profesional como tutor.
- Capacidad de trabajo en equipo con los demás profesionales y con la propia familia.

Por tanto, es evidente que, desde el ámbito de la Atención Temprana, desde sus inicios, se están poniendo en práctica diferentes estrategias de apoyo a las familias de niños con discapacidad o riesgo de padecerla. Tal vez todavía no haya un

término específico y unánime para nombrar estas acciones de apoyo, pero salta a la vista que el trabajo con la familia se hace imprescindible para favorecer el desarrollo de su hijo. Para justificar esta idea podemos tomar como ejemplo las recomendaciones que el GAT (2005) hace con respecto a las acciones que los profesionales de Atención Temprana deben llevar a cabo con las familias. Entre ellas, se destaca reiteradamente, la necesidad de darle los apoyos que necesita. Castellanos et al. (2003), siendo quizá algo más precisos, enumeran una serie de objetivos que debe cumplir el profesional de Atención Temprana y que derivan de las demandas de la familia y de la propia experiencia profesional:

- Ayudar a la familia a superar sus miedos y su incertidumbre.
- Ayudarles a comprender la condición de discapacidad de su hijo y las implicaciones que ello conlleva.
- Ayudarles a sentirse útiles, capaces y competentes en el manejo de su hijo.
- Ayudarles a librarse de la sobrecarga que supone un niño con discapacidad.
- Darles la asistencia y el asesoramiento necesarios para acceder a recursos y servicios comunitarios relevantes.
- Preparar a la familia para que participe activamente en la planificación y puesta en marcha del programa de intervención de su hijo.
- Facilitar el progreso evolutivo de su hijo.
- Prevenir las posibles interrupciones en las interacciones padres-niño.

En este mismo sentido, Perpiñán (2004) enumera una serie de objetivos que el profesional de Atención Temprana debería cumplir con la familia:

- Velar por conseguir un ambiente de confianza mutua entre profesional y familia.
- Potenciar la percepción de autocompetencia de los padres.
- Aprender a observar las fortalezas del niño y de la familia, dando significado a sus conductas.
- Aprender técnicas de interacción-comunicación.
- Aumentar la capacidad de reacción de los padres.
- Recoger información sobre las características y necesidades de la familia.

Campbell y Ehret (2013), a partir de un estudio en el que utilizaron las grabaciones de 75 profesionales durante el proceso de intervención, reflexionan sobre la falta de coherencia a la hora de describir las actuaciones de los proveedores primarios de servicios en el proceso de ayuda a las familias para que éstas ganen competencias en la interacción con sus hijos. En su trabajo, Campbell y Ehret (2013) clasifican el uso de estrategias reflejadas en las grabaciones en 5 categorías:

- demostración con narración, en la que el profesional pone en práctica la estrategia de intervención y la acompaña de alguna instrucción verbal;
- práctica del cuidador con feedback, donde el cuidador principal es el que actúa y pone en práctica alguna estrategia aprendida mientras que el profesional le da orientaciones o feedback;

- práctica guiada, en ella cuidador y profesional se turnan para poner en práctica alguna estrategia de intervención; información compartida, en este caso cuidador y profesional mantienen una conversación en la que comparten información sobre los logros del niño o cualquier otro aspecto;
- reflexión orientada al problema, profesional y/o cuidador identifican un problema y juntos acuerdan estrategias para conseguir objetivos.

A pesar de que la estrategia preferida por los profesionales era la demostración a partir de la práctica, no todos utilizan estas estrategias en la misma medida (Campbell & Ehret, 2013).

Por su parte, Friedman, Woods y Salisbury (2012), citan un conjunto de investigaciones (Campbell, Sawyer, & Muhlenhaupt, 2009; Center to Inform Personnel Policy and Practice in Early Intervention and Preschool Education, 2009; Fleming, Sawyer & Campbell, 2011; Peterson, Luze, Eshbaugh, Jeon & Kantz, 2007; Salisbury, Woods & Copeland, 2010), que llevan a concluir que los profesionales de distintas disciplinas, dentro de Atención Temprana, confían principalmente en la intervención directa con el niño y dedican un breve espacio de tiempo a dar apoyo a los cuidadores principales en la interacción con sus hijos.

Afortunadamente, esto está cambiando y cada vez son más los profesionales y los CDIATs que apuestan por unas prácticas centradas en la familia, donde prima la interacción con los cuidadores para hacerlos competentes y favorecer así el desarrollo del menor aprovechando oportunidades de aprendizaje

contextualizadas que aparecen en las rutinas diarias. Reflejo de ello son las recomendaciones que DEC (2014) ofrece a los profesionales de Atención Temprana, para que las tengan en cuenta a la hora de realizar su labor y conseguir una adecuada colaboración e interacción con las familias. De la misma manera, De Moor et al. (1993), ya mencionaban que la orientación a los padres tiene como objetivo proporcionar información relevante sobre los problemas del niño, asesorar sobre el aprendizaje de las habilidades relacionadas con su cuidado, el tratamiento, la interacción entre padres e hijos y la educación, y aprender a hacer uso de las instalaciones disponibles.

En estas prácticas centradas en la familia, donde prima la interacción con la familia, también cabe hablar de técnicas de coaching cuyo principal objetivo es capacitar a la familia para favorecer el aprendizaje y desarrollo de su hijo (Fettig y Barton, 2013). En palabras de Marchant y Young (2001), el coaching que se realiza con las familias es el componente clave en las estrategias de apoyo que se les da para conseguir la implementación de unas estrategias parentales positivas. Como nos dicen Rush y Shelden (2011), el coaching puede definirse como el reconocimiento o identificación de las habilidades que posee una persona y la mejora de las mismas, así como el desarrollo de otras nuevas a través de un proceso de continua autoevaluación y aprendizaje. Estos mismos autores continúan afirmando que el rol del coach es dar apoyo y favorecer un entorno donde, el coach y la familia o cuidador principal del niño en el caso de la Atención Temprana, examinen y reflexionen conjuntamente sobre el día a día de la familia,

desarrollen nuevas habilidades y competencias a través del feedback y encuentren la solución a los problemas y situaciones difíciles.

Dando una visión general de todo lo dicho en este apartado, sabemos que las familias siempre han sido un elemento que, desde Atención Temprana, se ha considerado clave para el desarrollo del niño. Por ello, los profesionales dedicados a esta disciplina siempre han considerado fundamental implicarlas en la intervención de sus hijos. Sin embargo, podemos decir que, en nuestro país, es hoy cuando los profesionales están consiguiendo una mayor implicación, favoreciendo una participación más activa de los padres y/o cuidadores principales del niño en la toma de decisiones y la puesta en marcha del programa de intervención. Para ello, hemos tenido que apostar por unas nuevas prácticas de Atención Temprana que se sustentan en la filosofía del paradigma de intervención centrada en la familia. Ahora bien, el profesional que abraza esta nueva filosofía y estas nuevas prácticas de Atención Temprana, no lo hace partiendo de cero, ni todos los profesionales o CDIATs se introducen en el nuevo modelo de la misma manera. Sin embargo, sí es cierto que todos ellos necesitan recorrer un camino, más o menos largo, en el proceso de transformación. En este camino es donde cobra especial importancia ofrecer unas acciones de apoyo, tanto a la familia como a los profesionales, bien en forma de asesoramiento, de acción tutorial o de coaching, en las que el profesional sepa dar a la familia la importancia y el protagonismo que les corresponde. Como afirman Shonkoff y Meisels (1990), los programas de Atención Temprana requieren profesionales con habilidades y sensibilidades especiales.

Tendremos que considerar, entonces, si el profesional de Atención Temprana está preparado para desarrollar estas acciones de apoyo a la familia. Si posee esas habilidades y sensibilidades necesarias para desarrollar su labor. Si ha recibido algún tipo de formación al respecto, en su formación de base; o si necesita alguna formación o especialización en este sentido. Pues, como afirman Rush y Shelden (2011), cuando un profesional de Atención Temprana está llevando a cabo su labor desde un enfoque centrado en la familia, su habilidad para comunicarse efectivamente con los miembros de la familia es esencial. Aunque tenemos que saber que estas habilidades no se limitan única y exclusivamente a ser empático y saber escuchar. Sino que van más allá, imbricándose en un proceso de colaboración y reflexión conjunta entre familia y profesional. Por ello, resulta interesante profundizar en la formación que reciben nuestros profesionales, conocer cuáles son sus características socioemocionales y si estas influyen en el desempeño de su labor; incluso si pueden ser aprendidas de alguna manera. Y a partir de todo ello, reflexionar sobre las actuales necesidades de formación en Atención Temprana.

Capítulo 4.- Formación en Atención Temprana

4.1.- Formación curricular en Atención Temprana

La DEC (2014) define a los profesionales de Atención Temprana como aquellas personas que son responsables y buscan la mejora y el óptimo desarrollo de los niños que presentan retraso en el desarrollo/discapacidad o tienen el riesgo de padecerlo. Esto incluye a aquellos que proporcionan cuidado, educación o terapia al niño, así como apoyo a la familia.

En numerosas ocasiones se ha mencionado la falta de un marco legislativo en materia de Atención Temprana y, tal vez, ello haya propiciado también la falta de una formación reglada uniforme. Es cierto que desde los inicios de esta disciplina han sido numerosos los cursos que se han venido realizando y que han servido de actualización a los profesionales que desarrollan su labor dentro de este ámbito. También es cierto que han sido numerosas las reuniones que se han llevado a cabo, entre profesionales dedicados a la Atención Temprana, con el fin de mejorar la calidad de los servicios que ofrecen. Incluso con el transcurso de los años, y especialmente a partir de la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), la mayoría de las Universidades españolas han venido montando, como títulos propios, Masters para profesionalizar la disciplina. Pero, aunque en algún momento se llevó a cabo algún intento de armonizar estos esfuerzos (Arizcun, Gútiérrez & Ruiz-Veerman, 2005, 2006), que llevó incluso a la defensa de una tesis doctoral relacionada con la temática (Ruiz-Veerman, 2009), nunca se ha

conseguido en nuestro país una verdadera coordinación en los contenidos a impartir.

De esta manera, ya veíamos que en la década de los 70, cuando la Atención Temprana comienza su andadura bajo el término de Estimulación Precoz, se pone en marcha el primer “curso teórico-práctico de estimulación precoz para niños de cero a cinco años”, bajo las directrices de doña Carmen Gayarre. Este sería el primero de sucesivos cursos que se impartirían más tarde.

Sin embargo, será a partir de los años 90 cuando se inicie una formación específica de Atención Temprana, llevada a cabo con una mayor presencia en las universidades. Es evidente que los profesionales que dedican su labor a la Atención Temprana provienen de distintos ámbitos (psicología, educación, fisioterapia, logopedia, etc.). Por ello, se hace necesaria una formación en materia de Atención Temprana que sea común para todos aquellos profesionales que, aun teniendo una titulación de base proveniente de diferentes disciplinas, quieran especializarse en el campo de la Atención Temprana. Según Arizcun et al. (2006), a partir de los años 90, los profesionales empiezan a ser más conscientes de la problemática en materia de formación que existe dentro de este ámbito, destacando una mayor preocupación por la composición, las competencias y la coordinación de los distintos profesionales dentro de esta disciplina.

Así, teniendo en cuenta a Arizcun et al. (2006), podemos nombrar algunas acciones formativas que se llevaron a cabo a partir de esta década, a saber:

- Año 1990, primer seminario de doctorado. Se desarrolla en la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid, como consecuencia de los contactos establecidos entre esta Universidad y el grupo GENYSI. En este seminario se aborda la temática de la Atención Temprana y su relación con la Educación Infantil.
- Año 1991, encuentro nacional de profesionales de estimulación temprana. En este encuentro se reflexiona sobre la necesidad de una mejora de la Atención Temprana a través de una titulación académica de base que habilite para desempeñar las funciones propias del profesional de Atención Temprana, así como las consecuencias que conlleva no contar con una especialización de postgrado común a todos estos profesionales. Además, ya se aborda aquí la necesidad de saber trabajar en equipo por parte de los profesionales de Atención Temprana e incluso la posibilidad de incluir estas habilidades de trabajo en equipo en los planes de estudio.
- Año 1994, primer máster de Atención Temprana. Se desarrolla en la Universidad Complutense de Madrid, fruto de la constante demanda de una formación de postgrado. En los años siguientes se irán iniciando Masters sobre Atención Temprana en diferentes Universidades españolas, siendo algunas de las primeras (que todavía se mantienen) la de Murcia (en 1996), Santiago de Compostela (1998), Málaga (2000), Valencia (2001), entre otras.

- Año 1996, en algunas licenciaturas y diplomaturas se empiezan a incluir materias relacionadas con la Atención Temprana, aunque de carácter optativo.

Peterander (1999) señala que, para conseguir una intervención eficaz, es necesario un alto grado de profesionalidad entre los especialistas de Atención Temprana. En este sentido, el GAT (2000), propone en su Libro Blanco que la formación de los profesionales de Atención Temprana, debe incluir además de la titulación propia, una formación de postgrado específica y una formación continua. Igualmente establece unas determinadas áreas y unos contenidos en los que el profesional de Atención Temprana debe formarse. Además de ello, el GAT (2005), nos hace reflexionar sobre la necesidad de que los profesionales de Atención Temprana sepan trabajar en equipo, y concreta que dicha formación debe abordar los siguientes aspectos o conocimientos:

- Un marco filosófico y científico.
- Unos principios de neurobiología y desarrollo.
- Psicología del desarrollo humano.
- Educación.
- Fisioterapia.
- Logopedia.
- Trabajo social.
- Alteraciones del desarrollo infantil.
- Modelos de prevención, evaluación e intervención.

- Terapia familiar.
- Dinámica y trabajo en equipo.
- Legislación y organización de la Atención Temprana.
- Evaluación de la calidad de la Atención Temprana.
- Ética y código deontológico.
- Prácticas en CDIAT y/o otros servicios sociales, sanitarios y educativos.

También la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2005), nos hace reflexionar sobre la diferente formación de base que poseen los profesionales que se dedican a la Atención Temprana. Señala cómo cada profesional posee una titulación distinta, y hace especial hincapié en la necesidad de una formación que prepare para el trabajo en equipo. Propone incluir esta formación para el trabajo en equipo tanto en una formación inicial como en una formación posterior, donde se incluirían los cursos de postgrado y/o de master. De esta manera, este mismo organismo enumera las distintas áreas que debe abarcar la formación posterior, a saber:

- Desarrollo evolutivo e intervención familiar.
- Investigaciones recientes sobre Atención Temprana.
- Competencias personales relacionadas con el trabajo en equipo y con las familias.

Además de esta formación inicial y posterior, según la misma Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas

Especiales (2005), existe una formación continua que se da entre los distintos miembros del equipo. Esta formación suele organizarse semanalmente y sirve para que los profesionales compartan experiencias y mejoren sus conocimientos y la calidad de los servicios que ofrecen. El hecho de que esta formación no sea reconocida por las autoridades puede conllevar a que sean iniciativa exclusiva del propio equipo. Tal y como apunta Alisauskiene (2009), los profesionales no sólo necesitan sus habilidades y conocimientos específicos, sino también unas competencias comunes necesarias para desarrollar la intervención en el campo de la Atención Temprana. En este sentido, García-Sánchez (2002b) afirma que los profesionales que dedican su labor a la Atención Temprana pueden proceder de distintas especialidades como neuropsiquiatría, pediatría psicológica, pedagogía, logopedia, fisioterapia, psicomotricidad y terapia ocupacional, ahora bien, todos ellos deben tener como característica común su formación específica en Atención Temprana y, sobre todo, su trabajo dentro de un equipo inter o transdisciplinar.

En la misma línea de lo que llevamos dicho hasta ahora, también se pronuncia la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). Defiende que los programas de formación deben tener, como uno de sus objetivos prioritarios, el capacitar a los profesionales para el trabajo en equipo. Sin olvidar el carácter especializado que debe tener parte de la formación dirigida a los profesionales de Atención Temprana, destaca la necesidad de una mejora de la formación de estos profesionales en cuanto a:

- Trabajo interdisciplinar.

- Trabajo con las familias.
- Oportunidades de formación inicial y continua.

En cualquier caso, como apunta Alisauskiene (2010), para formar parte de un equipo de profesionales de Atención Temprana se requiere una licenciatura/grado y se aconseja un master, asegurando la calidad del equipo a través de programas de formación continua, estudio de casos, reuniones de equipo, cursos de especialización y seminarios. En este sentido, los profesores universitarios deben ser conscientes de la importancia que juega su papel a la hora de formar a los profesionales encargados de proporcionar una importante intervención a la infancia. Así como también deben asumir una gran responsabilidad a la hora de transmitir las nuevas tendencias en la intervención y transferir los resultados de la investigación a la práctica (Ljubescic, 2009). Siempre en un contexto de fomento de unas prácticas de intervención basadas en la evidencia científica. Por su parte, Pretis (2006) nos hace reflexionar sobre la necesidad de que un profesional de Atención Temprana posea un título universitario en el campo psicosocial, o al menos experiencia laboral específica en dicho campo, así como un máster de especialización en la disciplina.

Sin embargo, también es cierto que el tipo de formación que reciben los profesionales de Atención Temprana varía entre los distintos países europeos, en función de los modelos de intervención utilizados en sus prácticas (Robertson & Mesenger, 2010b). Aun así, Boavida, Carvalho y Espe-Scherwindt (2009),

proponen cuatro grandes áreas que deberían abordarse en cualquier programa de formación:

- el niño,
- la familia,
- el equipo,
- la filosofía y la evaluación

Para EURODYCE (2009), la formación de los profesionales es fundamental para la calidad de los servicios de Atención Temprana, siendo éste uno de los factores que asegura el éxito de esta disciplina. Y continúa afirmando que la formación de los profesionales debería darse a través de la Educación Superior y debería ser una formación especializada, en la que la formación continua es esencial para proporcionar a los profesionales las habilidades que no hayan conseguido en su formación inicial y que son fundamentales para ofrecer una Atención Temprana de calidad. Como afirman Giné et al. (2011), promover la formación y la actualización de los profesionales que están en activo, tanto con el trato que otorgan a las familias como en relación a sus competencias, es algo primordial dentro del campo de la Atención Temprana. Sin embargo, el desarrollo continuo de los profesionales de esta disciplina depende, muchas veces, de su formación de base y del tipo de labor que desempeñan dentro del servicio (EURODYCE, 2009).

Por ello, Peterander (1999) ya nos hacía reflexionar sobre el hecho de que algunos grupos de profesionales poseen cualificaciones complementarias limitadas. Algo

que no debería extrañarnos si consideramos que la especialización de esta disciplina es algo voluntario que el profesional va fraguando en función de las necesidades detectadas en su praxis diaria. Este mismo autor reconoce la importancia de unas cualificaciones específicas en aquellos campos especializados de cada grupo profesional, pero también destaca la relevancia que tiene la aptitud de todos esos grupos profesionales que formarán un equipo interdisciplinar. En cuanto a la cualificación que, según Peterander (1999), debe poseer un profesional de Atención Temprana, esta debe pasar inevitablemente por un mayor conocimiento de las bases teóricas que sustentan el tratamiento o intervención en Atención Temprana, así como un mayor desarrollo de las competencias profesionales para la intervención y para la construcción de alianzas positivas con la familia.

A continuación, en la Tabla 4.1, se recoge los contenidos básicos que, según Alisauskiene (2009), deben haber cursado los diferentes profesionales que quieran dedicarse a la Atención Temprana.

Tabla 4.1

Competencias básicas del profesional de Atención Temprana en diferentes áreas

PROFESIONAL	CONTENIDOS BÁSICOS
Logopedas, Pedagogos	Discapacidad, procesos educativos, evaluación de la calidad de la intervención en Atención Temprana y colaboración con la familia
Fisioterapeutas	Múltiples discapacidades y técnicas de estimulación
Trabajadores sociales, Psicólogos	Aspectos psicoterapéuticos y counselling familiar
Pediatras	Herramientas de evaluación para el desarrollo del niño

Adaptado de Alisauskiene, S. (2009, Septiembre). To be a professional in early childhood intervention. Seminar presented at the meeting of EURLYAID-E.A.E.C.I., Kristiansand.

Como se puede observar en la Tabla 4.1, los contenidos básicos que se establecen para cada una de las titulaciones profesionales que se mencionan en la tabla, logopedas, pedagogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales y pediatras, están relacionados con la discapacidad, la evaluación del desarrollo y técnicas de estimulación, de forma general. A pesar de ello, el pediatra sólo se especializa en la evaluación del desarrollo y son los logopedas, pedagogos, trabajadores sociales y los psicólogos los que adquieren conocimientos para el trato con las familias. Sin embargo, los fisioterapeutas no parecen abordar la temática del trabajo con las familias dentro de esa formación básica que reciben.

Según un estudio realizado por Alisauskiene y Gevorgianiene (2015), en general, la formación de todos los profesionales de Atención Temprana se orienta principalmente a su disciplina específica, tanto desde la formación formal como desde la formación informal, centrándose el conocimiento y las competencias

adquiridas por estos profesionales en la identificación de problemas. Además, estas mismas autoras, identifican una falta de formación para seleccionar y aplicar con éxito los modelos de Atención Temprana. Afirman que todos los profesionales poseen una preparación para el trabajo en equipo con las familias, pero existe una carencia en las competencias que se consideran importantes para la labor profesional en Atención Temprana, tales como la cooperación con otros profesionales, así como competencias específicas de las funciones que desempeñan.

Gútiez, , Ruiz-Veerman, Arizcun y la Comisión de Discapacidad (2008) establecen una comparación de distintos estudios universitarios sobre la formación inicial en Atención Temprana que reciben los profesionales que se dedican a esta disciplina desde Pediatría, Pedagogía, Psicopedagogía y Psicología. Hicieron este estudio con el fin de proponer una formación en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Madrid, acorde a la realidad que allí estaba viviendo la disciplina en el momento del estudio. Lo que destaca de este trabajo es, sobre todo, que la formación inicial de los profesionales de Atención Temprana abarca un número limitado de programas o clases dedicados exclusivamente a esta disciplina. Y aquellos que tienen estos contenidos, se basan sobre todo en el diagnóstico, en el déficit y en la intervención sobre el déficit. Además, el trabajo citado, destaca una serie de carencias en cada uno de los planes de estudios de cada titulación. En la Tabla 4.2, se refleja una comparativa de estas carencias.

Tabla 4.2

Carencias en la formación inicial de la Atención Temprana

Licenciatura Medicina	Licenciatura Pedagogía	Licenciatura Psicopedagogía
Trastornos del desarrollo	Intervención con familias Bases neurológicas del desarrollo y la Atención Temprana	Intervención con familias Bases neurológicas Biopatología de las deficiencias

Adaptado de Gútiez, Ruiz-Veerman, Arizcun & Comisión Discapacidad (2008). Propuestas de formación en Atención Temprana en la C.A.M. Recuperado de <http://www.genysi.es/index.php/formacion/36-formacion-postgrado>

Como se puede observar en la Tabla 4.2, la Licenciatura de Medicina, aun siendo una titulación que pertenece a la rama de la salud, parece ofrecer una escasa formación en lo referente a los trastornos del desarrollo, aunque quizás ocurre esto porque, al ser una titulación que pertenece a las Ciencias de la Salud se espera que haga un mayor hincapié en los trastornos del desarrollo infantil. Y lo propio pasa con las Licenciaturas de Pedagogía y Psicopedagogía, en las que se aprecia una carencia en cuanto a la formación de las bases neurológicas del desarrollo, así como en la intervención con las familias. Llegados a este punto, podríamos preguntarnos por qué no se reclama una mayor formación en cuanto a la atención a las familias por parte de los médicos, mientras sí se reclama esta formación por parte de pedagogos y psicólogos, cuando cualquier profesional relacionado con la Atención Temprana debe tener contacto con los padres y/o cuidadores principales.

Por su parte, Pretis (2010b) plantea un nuevo curriculum para los especialistas de Atención Temprana, basado en las necesidades de formación que su grupo de

investigación había detectado en estudios anteriores. En la Tabla 4.3 se muestra un resumen de las competencias y contenidos que este curriculum debería contener para los profesionales de Atención Temprana, diferenciando unos módulos o cursos básicos de aquellos que se considerarían de especialización.

Tabla 4.3

Curriculum básico y complementario para profesionales de Atención Temprana

Master	
Ámbito de competencias	Módulos
	Formación Básica
Investigación	Estudios científicos en el campo de la Atención Temprana Orientación hacia la autonomía y los recursos
Reconocimiento y detección	Modelos de reconocimiento Atención Temprana como red de cooperación La familia como sistema
Trabajando junto a la familia	Reconocimiento y respuestas a las necesidades de la familia Formas de intervención con y en las familias
Trabajando en equipo	Trabajando en equipo Diversidad de necesidades de apoyo Plan de Individual de Apoyo a la Familia como instrumento de diagnóstico
Intervención Individual	Hipótesis basada en el apoyo a la familia Adaptación entre las necesidades de la familia y las posibilidades del programa Formas de evaluar la evaluación
Competencias personales	Competencias personales
	Especialización
Dirección, investigación y calidad	Dirección de los procesos en Atención Temprana Procesos de organización en Atención Temprana Dirección financiera y administrativa Dirección de calidad Investigación

	Niños con Autismo
	Niños con trastornos sensoriales
Apoyo inclusivo	Niños con trastornos de conducta
	Niños con discapacidad múltiple y grandes prematuros
	Niños con grandes dificultades de aprendizaje
	Experimentar la diversidad
	Protección del menor
Familias resilientes	Qué necesitan las familias
	Cómo conseguir la aceptación
	Haciendo familias resilientes
Proyecto de transferencia	Proyecto de transferencia
Trabajo Fin de Máster	Trabajo Fin de Master

Adaptado de Pretis, M. (2010b). PRECIOUS. Professional Resources in Early Childhood Intervention: Online tools and standards. *INT-JECSE*, 2 (2), 172-179.

Evidentemente, el curriculum propuesto para la formación de los profesionales de Atención Temprana, se hace un mayor eco de las necesidades que tienen estos profesionales en relación al trabajo y colaboración con las familias.

En resumen, tal y como ya se ha dicho en reiteradas ocasiones, para el profesional de Atención Temprana, no es suficiente con una formación inicial que pueda incluirse en la formación básica del profesional al cursar su disciplina. Esta formación inicial conviene que sea ampliada con una formación específica articulada en un Master o título de Postgrado. Además, se hace necesaria una formación continua que dependerá de sus propias necesidades y expectativas como profesional. Ahora bien, una vez dicho todo lo expuesto hasta ahora, es importante señalar que en muchos países la formación profesional continua refleja el cambio que está sufriendo el desarrollo de la Atención Temprana en cada país y momento histórico (EURODYCE, 2009). De ahí que las necesidades de formación

no sean las mismas en los momentos iniciales de nuestra disciplina que en el momento actual, en el que estamos sufriendo una transformación de la Atención Temprana que camina hacia unas prácticas centradas en la familia. Unas prácticas en las que ya no es tan importante la intervención directa del profesional sobre el niño, sino la intervención sobre el niño a través de la familia y llevada a cabo en su contexto natural. Por ello, los conocimientos y las estrategias que deben poseer los profesionales para su intervención ya no se regirán solo por los principios de la pedagogía, que explican y dan sentido al aprendizaje del niño; sino también por los principios de la andragogía, que nos hacen entender cómo aprende el adulto. Algo fundamental si queremos hacer competente al adulto para favorecer el desarrollo de su hijo. Como afirman García-Sánchez et al. (2014), para conseguir el desarrollo de competencias en el cuidador principal, es decir en el adulto, debemos conseguir, primero, su motivación y su implicación para aprenderlas.

En definitiva, el cambio de paradigma desde un modelo profesional-experto, el cual puede llegar a implicar la imposición de ciertos aspectos o creencias por el poder que posee el profesional (Alisauskiene & Gevorgianene, 2015), hacia un modelo centrado en la familia, conllevará promover la formación y actualización de los profesionales encaminándola a mejorar la relación con las familias. Para ello, el profesional deberá aprender a escuchar, a tener en cuenta las opiniones de la familia, implicarla en los programas que se lleven a cabo y favorecer que los padres tomen sus propias decisiones (Giné et al., 2011). Y todo ello porque, tal y como afirma Pretis (2006), partimos de la hipótesis de que una mejora en la formación profesional conlleva una mejora de la Atención Temprana. Es por ello que cabe

reconocer la situación en la que se encuentra nuestra disciplina actualmente e identificar las necesidades de formación que tienen sus profesionales.

4.2.- Necesidades actuales de formación en Atención Temprana

Durante muchas décadas, las profesiones de la salud han basado su actuación en las características, prioridades, expectativas y funciones que derivan del modelo médico. Es decir, un médico conocía cómo curar una enfermedad, una enfermera sabía los cuidados diarios que necesitaba el enfermo, un maestro sabía cómo transferir conocimiento a sus estudiantes, un profesional de la Atención Temprana conocía la manera de manejar la discapacidad y favorecer el desarrollo infantil. Y todos realizaban su correspondiente labor para conseguir el bienestar de los demás (Kaderoglou, 2009). Sin embargo, es cierto que actualmente estamos sufriendo un cambio de paradigma dentro de la Atención Temprana, igual que está ocurriendo en el campo de la salud e incluso de la educación. Cambios que, en buena medida, se encaminan también a dar respuestas a las demandas ya planteadas por la OMS, en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001, 2011), donde se nos plantea la necesidad de atender la capacidad de hacer, de participar y de relacionarse de la persona, más que solo el déficit del órgano y de su función. Y estos cambios están íntimamente relacionados con las prácticas, la formación de los profesionales a través de los cursos de postgrado, así como la legislación y la inclusión social (Ljubescic, 2009).

Andrés y Guinea (2012), mencionan el auge que están teniendo las nuevas prácticas centradas en la familia, subrayando el gran interés por apoyar y trabajar

con las familias. Sin embargo, comentan que las prácticas profesionales de cada centro pueden ser muy diversas, puesto que no hay un plan de actuación donde se coordinen las distintas disciplinas desde la transdisciplinariedad. También Turnbull et al. (2007), nos hacían reflexionar sobre el hecho de que la Atención Temprana no ha desarrollado un marco conceptual para los tipos de apoyo y servicios en los que sus profesionales deben ser competentes. Aun cuando esto es un requisito previo necesario para tener claros los resultados que se espera de la familia y la responsabilidad que deben asumir los programas de Atención Temprana en las que éstas participan.

Este hecho todavía se acentúa más cuando estamos en un momento de cambio. Momento en el que estamos transitando desde un modelo terapéutico hacia un enfoque centrado en la familia. Un modelo terapéutico que considera que la intervención debe desarrollarse sobre el niño, mientras que la familia debe colaborar en esa intervención, pero sólo llevando a cabo las orientaciones del profesional experto. Frente a un enfoque centrado en la familia, con varios modelos para desarrollar la práctica, pero donde siempre se ve la discapacidad como una condición a la que niño y familia deben adaptarse, siendo la familia el motor que impulse el desarrollo del niño y, por tanto, sobre ella hay que realizar la intervención, con el fin de que ejerza una influencia eficaz, eficiente y duradera sobre el desarrollo del niño.

Es cierto que actualmente estamos viendo esos intentos de desarrollo de un marco conceptual y de delimitación de las actuaciones del profesional de Atención

Temprana. Pero tal y como afirman Giné, Gràcia, Vilaseca y García-Díe (2006), todo cambio requiere de un tiempo y un proceso. Es preciso adaptar las nuevas propuestas a nuestra tradición y formación profesional; así como a la realidad social, económica, política y cultural por la que esté atravesando el país en ese momento. Afortunadamente, en la actualidad, ya vemos que ese cambio en las prácticas de Atención Temprana es una realidad palpable. Para ver reflejado este cambio, sólo tenemos que recurrir a Alisauskiene (2010), que nos hace una comparativa de diferentes aspectos que han sufrido algún cambio en cuanto a la forma de entender la discapacidad y que, de alguna manera, ha influido en la forma de desarrollar la Atención Temprana. Estos cambios se muestran en la Tabla 4.4.

Tabla 4.4

Comparativa en el tratamiento de la discapacidad

Aspectos	Antes	Actualmente
Estudios	Pedagogía	Educación Especial (con cualificación en Logopedia, Fisioterapia)
Cualificación	Maestro de Educación Especial	Educación Especial (con cualificación en Logopedia, Fisioterapia)
Grupo objetivo	Niños con discapacidad intelectual/grupos homogéneos	Niños con múltiple discapacidad o riesgo de padecerla/grupos heterogéneos
Institución de trabajo	Colegios especiales	En el contexto del niño o en instituciones especializadas
Interacción	Unidireccional: maestro → niño	Interacción recíproca: maestro ↔ niño ↔ familia
Objetivo de la educación	Transferir conocimiento al niño y desarrollar habilidades cognitivas	Desarrollar competencias sociales en el niño
Contexto	Estructurado, segregado	Flexible, inclusivo
Centro de interés	La discapacidad	las necesidades individuales, la vulnerabilidad, los recursos y la participación
Rol	Experto	Equipo / Cooperación con otros compañeros y familias

Adaptado de Alisauskiene (2010). Early childhood intervention in Lithuania: organisation and challenges. *INT-JECSE*, 2 (2), 124-135.

Esta comparativa, sobre cómo se entendía la discapacidad dentro del ámbito educativo hace unos años y cómo se entiende actualmente, nos hace recordar las palabras de Gutiez (2010b). Esta autora comenta que la filosofía de la Atención Temprana, hasta hace unos años, era intervenir en los problemas y necesidades del niño tan pronto como fuese posible, así como en la participación de la familia en el proceso de rehabilitación y mejora de las habilidades del niño. Es decir, la práctica profesional en los CDIATs ha estado guiada, principalmente, por un modelo experto en el que el profesional tenía la responsabilidad de evaluar, planificar objetivos e intervenir para mejorar el desarrollo del niño (Giné et al. 2009). Sin embargo, actualmente estamos inmersos en ese proceso de cambio dentro de esta disciplina, cambio que está haciendo que cada vez sean más los centros que adoptan un modelo de intervención basado en la colaboración con las familias (Giné et al. 2009). En buena parte, la propia práctica y experiencia diaria de los profesionales de Atención Temprana les lleva a abandonar aquellos modelos de intervención por expertos. Donde los aprendizajes tempranos están basados en la transmisión de conocimientos y habilidades por parte del profesional. A través de unos métodos de enseñanza que utilizan las instrucciones directivas, así como apoyos y actividades dirigidas. Y para facilitar el abandono de esas prácticas de profesional experto, se hace necesario un currículum estructurado y planificado que apoye todo este proceso (EURODYCE, 2009).

De acuerdo con los enfoques sociocognitivos, actualmente se pone el énfasis en la profundización del conocimiento que los padres tienen sobre sus hijos (Ljubescic,

2009). Para ello, el profesional deberá abandonar el rol de experto y deberá caminar junto a la familia, para brindarle el apoyo que necesita a la hora de entender a su hijo e idear las estrategias requeridas para una adecuada interacción que favorezca su aprendizaje y desarrollo (Ljubescic, 2009). Este cambio en el punto de mira de los profesionales de Atención Temprana todavía requiere una gran tarea de sensibilización. Los profesionales deben aprender a considerar a la familia como el núcleo de la intervención, para que entiendan la relevancia que tiene el hecho de que sea la propia familia la que aporte, elija y tome decisiones (Giné et al., 2009). Y, para ello, Watson y Neilsen (2012), proponen la participación reflexiva como una de las estrategias que ayuda a los profesionales de Atención Temprana a valorar las interacciones que se dan entre ellos y la familia, así como también las emociones que experimentan. Sabemos que no es un reto fácil ya que, tal y como apuntan Giné et al. (2009), esta nueva forma de entender la labor de los profesionales de Atención Temprana implica un cambio de mentalidad, en el que estos profesionales dejen de considerar que el problema es el niño y entiendan que la familia tiene mucho que aportar desde la colaboración entre profesional y familia. Ahora bien, tal y como plantea Bruder (2000), una de las barreras para la adopción de este nuevo modelo de Atención Temprana Centrado en la Familia, es la falta de modelos de formación eficaces para el personal responsable de prestar el servicio, puesto que la formación que reciben suele centrarse en las habilidades y credenciales que aporta cada disciplina, pero incluye poco contacto con las familias (Bruder, 2000).

En este sentido Pretis (2006), plantea un plan de estudios, para los profesionales que dedican su labor a nuestra disciplina, que haga hincapié en las competencias personales, como pueden ser la autorreflexión, las habilidades comunicativas, la estabilidad personal y la activación de los propios recursos. Algo que parece muy necesario si tenemos en cuenta que estamos hablando de unas prácticas centradas en la familia que, como ya se ha dicho, buscan la colaboración entre familia y profesional para la consecución de objetivos funcionales. Es entonces cuando cobra sentido una formación basada en la andragogía, pues como plantea García-Sánchez (2014), para conseguir esta colaboración con la familia el profesional debe conocer y saber aplicar estrategias que dinamicen, motiven y generen adhesión, y estas estrategias las encontramos en los principios de la andragogía.

Para profundizar un poco más en estos principios andragógicos, Knowles, Holton III y Swanson (2005), destacan seis aspectos que marcan la diferencia entre la pedagogía y la andragogía, a saber:

1. La necesidad de aprender. A diferencia de los niños, los adultos necesitan saber por qué deben aprender algo antes de aprenderlo.
2. El autoconcepto de aprendiz. El adulto tiene una autopercepción de ser responsable de sus propias decisiones y se resiste a aquellas situaciones en las que siente que otros están imponiendo su voluntad.
3. Las experiencias del aprendiz. El adulto posee un gran bagaje de experiencias, pero estas experiencias también hacen que el adulto se cierre a nuevas ideas o formas de pensar, por ello el profesional de Atención

Temprana, en este caso, debe buscar la manera de que el adulto abra su mente a nuevos hábitos y pensamientos. Para ello, además deberá escuchar las experiencias que el adulto le muestra, pues cuando el adulto siente que sus experiencias son ignoradas, la percepción que tiene no es sólo un rechazo hacia la propia experiencia, sino también a él como persona.

4. Preparación para aprender. Los adultos están preparados para aprender aquellas cosas que necesitan y son capaces de aprender para hacer frente a situaciones reales.
5. Orientación hacia el aprendizaje. El aprendizaje del adulto se centra en su propia vida y en sus propios problemas. El adulto aprende en la medida en que percibe que el aprendizaje le ayudará a realizar tareas o hacer frente a los problemas o situaciones a los que se enfrenta en su vida. Además, aprende nuevos conocimientos, habilidades, valores y actitudes con mayor eficacia cuando se le presentan en el contexto o situación de la vida real y es capaz de ponerlo en práctica.
6. Motivación. Los adultos son sensibles a refuerzos externos, pero los refuerzos internos juegan un papel más importante, y entre estos refuerzos internos se encuentra la calidad de vida.

De todo lo expuesto, según Knowles, Holton III y Swanson (2005), podemos concluir que el profesional de Atención Temprana necesitará una formación sobre conocimientos de andragogía. La cual le permita saber cómo aprende el adulto y qué técnicas puede utilizar para despertar su interés y conseguir su colaboración a la hora de favorecer el aprendizaje del niño. Una colaboración que no se traducirá

en tareas que la familia deba realizar con el niño, sino que se basará en una reflexión conjunta, entre familia y profesional, para decidir objetivos funcionales y estrategias que ayuden a conseguirlos atendiendo a las posibilidades, herramientas y recursos que posea la familia. Buscando siempre que ello no suponga un trabajo añadido para la familia, respetando siempre sus intereses y preocupaciones y dejando que sea la familia quien tome las decisiones.

Ahora bien, para conseguir esto es necesario un cambio de actitud por parte del profesional, que ya no debe verse a sí mismo como un experto, aunque siga siéndolo, sino como alguien que va a dar apoyo y va a colaborar con la familia para conseguir un objetivo común que será el desarrollo del niño. Esto nos hace reflexionar sobre las palabras de Bruder (2000), cuando dice que una de las dificultades por las que atraviesa el paradigma de la intervención centrada en la familia es la actitud de los profesionales de Atención Temprana, que todavía se ven a sí mismos como expertos y ven a la familia como cliente. Cuando en realidad debemos reconocer que la familia tiene un gran conocimiento que ofrecernos sobre su situación particular, las competencias de sus hijos y las actividades en las que participan para aprender a través de ellas. El profesional puede tener y tiene un gran conocimiento sobre las intervenciones más eficaces para favorecer el desarrollo del niño (Bruder, 2000), pero la familia es una gran experta en las características de su hijo. Por tanto, profesionales y familias deben colaborar para favorecer el mejor desarrollo del pequeño.

En esta línea, Rouse (2012) afirma que, desde hace tiempo, se reconoce que los resultados de aprendizaje y desarrollo del niño son mayores cuando se establecen relaciones sólidas y eficaces entre el profesional y la familia, donde los objetivos comunes y la toma de decisiones compartida es valorada y aceptada. En este punto será donde se haga necesario formar a los profesionales en determinadas competencias personales que favorezcan la confianza por parte de la familia. En este sentido, Dunst, Herter y Shields (2000), destacan la necesidad de que el profesional sepa identificar los intereses del niño, así como las actividades que den respuesta a sus intereses según su edad y cómo involucrar al niño en actividades que promuevan su competencia. Por ello, el desarrollo de la Atención Temprana debe darse desde una base integral, flexible y adaptada a las necesidades y recursos más próximos (Serrano & Boavida, 2011), que también habrá que tener en cuenta ciertas habilidades que el profesional deberá desarrollar para favorecer su trato con las familias. Tal y como nos hacen reflexionar Mahoney et al. (1999), si la educación de los padres es un componente integral de la intervención temprana, los programas de preparación de los profesionales deben incluir esta formación en habilidades personales dentro de sus planes de estudio. En este sentido, Watts-Pappas y McLeod (2009), nombran cuatro habilidades que los profesionales identifican como favorecedoras de las relaciones entre profesionales y familias:

- La sensibilidad hacia la individualidad de la familia.
- La comunicación efectiva con la familia.
- El respeto hacia los conocimientos y elecciones de los padres.
- La amabilidad. El trato hacia los padres como amigos.

Sin embargo, tal y como afirman Mahoney et al. (1999), la mayor parte de los profesionales dedicados a nuestra disciplina han recibido una formación que les preparaba para trabajar con los niños, pero no tanto con los adultos. Por ello, Giné (2000) sostiene que los programas de formación dirigidos a los profesionales de Atención Temprana, deben incluir una formación teórica y práctica específica y amplia, que sea capaz de desarrollar en el profesional las competencias necesarias para el trato con las familias. Ahora bien, dentro de estas competencias debemos distinguir entre aquellas que forman parte de las prácticas relacionales y aquellas que son propias de las prácticas participativas. Entendiendo que, hasta ahora, cuando nos hemos referido a las habilidades que debe desarrollar el profesional para el trato con la familia, nos hemos referido, sobre todo, a las prácticas relacionales. Como afirma Dunst (2002), cualquier profesional de Atención Temprana, y más aquellos que desarrollan unas prácticas centradas en la familia, suele dominar bastante mejor esas prácticas relacionales que las prácticas participativas. Sin embargo, el hecho de ser amables y acogedores con la familia no significa que estemos actuando bajo unas prácticas centradas en la familia (Dunst, 2002).

En este mismo sentido, Escorcía, García-Sánchez, Sánchez-López y Hernández-Pérez (2016), nos recuerdan que estas prácticas relacionales son necesarias para conseguir un trato efectivo con la familia, así como un ambiente de colaboración. Se habla de prácticas relacionales cuando hacemos referencia a un trato de mayor o menor cordialidad, una escucha activa, empatía, sinceridad y una actitud positiva

hacia la capacidad de los padres. Por su parte, las prácticas participativas se refieren a la acción y a la forma de compartir, con el fin de capacitar a las familias en la toma de decisiones y desarrollar, en ellas, nuevas habilidades que favorezcan el desarrollo de su hijo (Trivette & Dunst, 2005; Bruder & Dunst, 2008; Escorcia et al., 2016). Por su parte, Trivette y Dunst (2005) concluyen que son las prácticas participativas las que influyen en mayor medida sobre el funcionamiento de la familia.

En relación a lo dicho hasta ahora, cabe pensar que es necesaria una formación que capacite, no sólo en los conocimientos técnicos y en el desarrollo de las prácticas relacionales de los profesionales de Atención Temprana; hace falta también formación en la implementación de aquellas prácticas participativas que favorezcan la implicación activa de la familia en la toma de decisiones, con respecto a los objetivos y estrategias que favorecerán el desarrollo de su hijo. Y dentro de estas prácticas participativas, se incluiría el dominio de determinadas estrategias, por parte del profesional, que favorezcan la colaboración, la participación activa de la familia, el intercambio de información, la toma de decisiones por parte de la familia, la discusión sobre la intervención, la sensibilidad y la flexibilidad (Dunst, 2000; Dunst, 2002; Serrano, 2016).

Para asegurar el desarrollo de estas prácticas participativas, sin descuidar las prácticas relacionales, el profesional puede contar con un apoyo externo que lo supervise y le ayude a mejorar en su labor profesional. En este sentido, Serrano y Boavida (2011) comentan que la supervisión efectiva es un proceso que se da de

forma continua y que supera las posibilidades que nos ofrece la formación, ya que facilita la integración de conocimientos, habilidades y actitudes que se han ido adoptando en el trabajo diario con los niños y con sus familias. Si entendemos esto, podemos suponer que la supervisión también debe ser parte necesaria de la formación que reciben los profesionales que dedican su labor a la Atención Temprana. Más cuando los supervisores son profesionales capacitados, con una reconocida experiencia en el ámbito de la Atención Temprana centrada en la familia. La supervisión es el proceso a través del cual se guía a los profesionales para lograr los objetivos de la intervención en Atención Temprana. Es decir, a través del acompañamiento y la supervisión a los profesionales en formación, se favorece la mejora de las habilidades de estos profesionales y la calidad de los servicios prestados por ellos, siempre a través de la reflexión continua y permanente (Serrano & Boavida, 2011). Dicha reflexión continua favorece una comprensión más profunda sobre cómo se pueden adquirir nuevos conocimientos y habilidades. Permite además la interiorización de cualquier cambio y aprendizaje, puesto que dicho aprendizaje se produce como consecuencia del crecimiento personal, una vez que se ha reconocido aquello que es necesario cambiar (Wilson, Holbert & Sexton, 2006).

Para organizar y facilitar esta supervisión, resulta de utilidad que los profesionales dispongan de diferentes checklists que les pueden servir para valorar y reflexionar sobre su labor con las familias. Así, Roper y Dunst (2006) y McWilliam (2010a) nos ofrecen algunos ejemplos de estos cuestionarios y checklist que pueden ser utilizados para la supervisión y posterior reflexión sobre las prácticas llevadas a

cabo por los profesionales. Debemos entender, pues, la supervisión como un privilegio, el cual debería ser utilizado por todo profesional que dedique su labor a la Atención Temprana y quiera seguir mejorando su propia praxis (Serrano & Boavida, 2011).

Con todo lo dicho, es lógico pensar que, dentro de esta formación que capacite para el desarrollo de todas las habilidades mencionadas más arriba, y que favorezcan la colaboración y la confianza hacia el profesional por parte de la familia, se haga necesario un cambio en el rol que el profesional desempeña dentro de su equipo de Atención Temprana. Si bien, en un principio, el profesional desempeñaba su labor desde un equipo meramente multidisciplinar, en el que cada terapeuta poco tenía en cuenta lo que el resto de profesionales podía aportar y aportaba a la intervención que realizaba con el niño, a partir de los años 80, los profesionales de Atención Temprana empiezan a funcionar desde la base de un equipo interdisciplinar. En este nivel de trabajo ya se exigía una coordinación entre los distintos miembros que forman parte de este equipo. Al menos, cada uno de ellos, debe conocer lo que hace el resto de profesionales hace dentro de su propia disciplina y por qué lo hace. Sin embargo, esta coordinación interdisciplinar entre los distintos miembros del equipo de Atención Temprana, no es suficiente en el momento actual donde se apuesta por una Atención Temprana centrada en la familia. La nueva forma de entender la Atención Temprana pasa, indiscutiblemente, por una nueva concepción del equipo de trabajo dentro de esta disciplina. Un equipo de trabajo que debe aprender a funcionar desde la transdisciplinariedad. Es en este momento cuando se da una coordinación

completa entre las labores que hace cada profesional y se evitan, entre otras cosas, los solapamientos y repetición de la información, así como una visión sesgada del niño y de la familia. Cada familia ha de disponer de un único profesional de referencia, evitándose así la información contradictoria entre profesionales, favoreciendo por otro lado la visión global del niño y una información mucho más coherente, así como una mayor confianza y colaboración por parte de la familia.

En este punto, podemos y debemos hacer referencia a la influencia que ejercen las asociaciones profesionales en las que participan los integrantes de los equipos de Atención Temprana y desde las cuales se vienen publicando, desde hace varios años y hasta la actualidad, decálogos de buenas prácticas para el desarrollo de su labor profesional. Así, la Asociación Americana de Habla-Lenguaje y Audición (ASHA), en su documento sobre habilidades y conocimientos esenciales para la práctica de la Logopedia en Atención Temprana (ASHA, 2008), especifican las competencias que debería adquirir un logopeda para desempeñar su función dentro de la Atención Temprana. Se trata de competencias que bien podrían extrapolarse a cualquier profesional que quiera dedicar o dedique su labor a este ámbito. Entre estas competencias y habilidades se encuentran, de forma general: conocer el desarrollo del niño y así como los trastornos del desarrollo y el impacto que tienen en la comunicación; poseer un conocimiento teórico y metodológico, así como una amplia evidencia científica para facilitar el apoyo y la comunicación en la interacción con las familias; conocer las leyes estatales, la política y el procedimiento de los servicios de Atención Temprana; coordinar servicios en colaboración con las familias (Prelock & Deppe, 2015).

De la misma manera, en el ámbito de la Fisioterapia, Catalino, Chiarello, Long y Weaver (2015) coinciden en las competencias nombradas anteriormente, pero dentro de su ámbito de trabajo y destacan la falta de tutoría inicial y permanente a la hora de guiar sus competencias como fisioterapeutas cuando siguen las directrices de la Parte C de la Ley IDEA norteamericana.

En el ámbito de la Terapia Ocupacional, podemos citar a Muhlenhaupt, Pizur-Barnekow, Schefkind, Chandler y Harvison (2015), quienes, además de hacer referencia a las competencias específicas de su disciplina, que vendrán de la mano de la formación de base que reciben los terapeutas ocupacionales, destacan la necesidad de compartir los valores, la ética y las responsabilidades. Y para ello se hace fundamental saber trabajar en equipo, lo que proporcionará una alta calidad a la Atención Temprana.

Por su parte, Sandall, McLean y Smith (2000), elaboran un documento con una serie de recomendaciones prácticas para los profesionales de la Educación Especial y, una vez más, se recalca la importancia de la colaboración y el trabajo en equipo. Estas recomendaciones se concretan en el área de la evaluación, la intervención, las prácticas centradas en la familia, los modelos de prácticas interdisciplinarias, las aplicaciones tecnológicas, las políticas y procedimientos de los servicios y la preparación personal.

En cualquier caso, como se puede observar, en todos estos artículos, Sandall, McLean y Smith (2000), Prelock y Deppe (2015), Catalino et al. (2015) y Muhlenhaupt, Pizur-Barnekow, Schefkind, Chandler y Harvison (2015), sus correspondientes autores hacen especial hincapié en la necesidad de formación para trabajar en equipo y compartir información. Por su parte, Prelock y Deppe (2015) aportan una comparativa de los contenidos o áreas que la DEC (2014) establece como propias de la Atención Temprana con las competencias a conseguir por parte de los distintos profesionales dedicados a la disciplina, según la American Occupational Therapy Association (AOTA, 2010), la American Physical Therapy Association (APTA) (Chiarello & Effgen, 2006) y la National Association for the Education of Young Children (NAEYC, 2009). Entre las áreas en las que el profesional debe formarse, la DEC (2014), propone las demandas en el contexto de aprendizaje, los contenidos curriculares, la evaluación, las estrategias y la planificación de la instrucción, el aprendizaje profesional y la práctica ética y la colaboración. Para cada una de estas áreas vemos que la American Occupational Therapy Association (AOTA, 2010), la American Physical Therapy Association (APTA, 2010) y la National Association for the Education of Young Children (NAEYC, 2010) coinciden en señalar determinadas competencias que, a grandes rasgos, se basan en la colaboración, tanto entre profesionales como entre profesionales y cuidadores principales. Según Prelock y Deppe (2015), la adopción de esas competencias requiere el reconocimiento de que el valor que cada disciplina otorga al niño o la familia se ve reforzada por el valor que todos los demás miembros del equipo pueden ofrecer. Ahora bien, para conseguir este reconocimiento y mejorar los estándares de calidad de la Atención Temprana

todavía más, si cabe, es necesario atender a la escasa preparación que tienen los profesionales en esta materia (Prelock & Deppe, 2015).

En este sentido, Máiquez y Capote (2001) reflexionan sobre la importancia que tiene la formación profesional a la hora de eliminar las diferencias entre profesionales de un mismo ámbito. Por ello, es importante que los profesionales de Atención Temprana también reciban una formación que contemple el trabajo desde un equipo transdisciplinar, como parte de las competencias que estos profesionales deben adquirir. Como afirma Escorcía (2016), los profesionales deben asumir el riesgo y empezar a trabajar de forma transdisciplinar para ver la globalidad del niño. Y para ello es aconsejable poner a disposición de los miembros del equipo todos aquellos conocimientos que han adquirido con su praxis y su formación inicial y continua.

También en este sentido podemos citar el documento publicado por el Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments (2008), donde se establece una serie de principios y/o consejos para el desarrollo de la práctica en Atención Temprana desde el paradigma de una intervención centrada en la familia. Diferenciando, en este caso, entre aquellas actuaciones que se recomiendan seguir para establecer el primer contacto, las recomendaciones para desarrollar el Plan Individualizado de Apoyo a la Familia y los consejos para el desarrollo de las visitas.

De ahí se desprende que, el proceso de formación de un equipo transdisciplinar, también debería ser cuidado y mimado de cara a conseguir las buscadas mejoras en la intervención en Atención Temprana (King et al., 2009), especialmente desde la perspectiva de unas prácticas centradas en la familia.

Llegados a este punto, tal vez sea útil recapitular todo lo dicho. Y para ello citamos a Ljubescic (2009), quien enumera, como necesidades propias de una Atención Temprana de calidad, todos los aspectos que se han nombrado en este punto y que nosotros hemos incluido dentro de las necesidades de formación de los propios profesionales dedicados a la Atención Temprana. Ya que, si esto son necesidades de la disciplina, son los profesionales los encargados de dar forma y mejorar dicha disciplina. Por tanto, será un requisito fundamental para la mejora de la Atención Temprana, una mejora en la formación de sus profesionales abarcando aquellas exigencias que tiene este ámbito de trabajo actualmente, como son:

1. Incluir a los padres como miembros activos de los equipos de intervención en la primera infancia de sus hijos.
2. Crear una cualificación especializada en la intervención en Atención Temprana y una formación permanente para especialistas de esta disciplina.
3. Introducir la supervisión de profesionales de Atención Temprana.
4. Fomentar la cooperación entre los especialistas en el campo de biomedicina y las ciencias del comportamiento, los usuarios del programa de Atención Temprana y la comunidad.

En la misma línea, García-Sánchez et al. (2014), destacan la necesidad de concretar estrategias para formar a los profesionales en:

- La evidencia científica y los principios que sustentan la Atención Temprana desde un enfoque centrado en la familia.
- Técnicas andragógicas, así como estrategias de orientación y acción tutorial.
- Herramientas de utilidad para desarrollar la Atención Temprana desde un enfoque centrado en la familia.

En definitiva, como se ha venido diciendo a lo largo de estas líneas, el cambio hacia unas prácticas centradas en la familia se hace ineludible en el ámbito de la Atención Temprana y, como consecuencia de ello, es necesario un cambio de actitud y de mentalidad en nuestros profesionales, así como de los planes curriculares que se integran en su formación (Arizcun & Arrabal, 2005; Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2005; Giné et al. 2009; Mc William, 2016). Esto cobra especial importancia si entendemos, como afirma Lombardi (2012), que la experiencia tiene un gran valor en el desarrollo del niño, junto con la biología. El contexto moldea el desarrollo y las relaciones con los otros son el pilar del desarrollo humano. Por ello, el profesional debe aprender a favorecer y aprovechar esa interacción, convirtiéndola en la prioridad de su labor.

El camino a seguir parece claro y quizá ya estemos asistiendo a los primeros pasos con la aparición de esfuerzos formativos dirigidos directamente a fomentar la

transformación hacia unas prácticas centradas en la familia. Además de las iniciativas que, en forma de pequeños cursos y seminarios, están teniendo los últimos años asociaciones profesionales y de padres, empezamos a asistir a las primeras propuestas formativas serias desde universidades. Seguramente uno de estos primeros esfuerzos haya sido el Curso de Atención Temprana centrada en la familia, del que se han impartido ya dos ediciones en los años 2015 y 2016, dentro de la propuesta de Actividades y Cursos de Verano de la Universidad Internacional del Mar de la Universidad de Murcia. Este curso ha sido organizado por el ISEN-Centro Universitario de Cartagena y el Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia. Y sin duda alguna, el otro salto cualitativo va a ser el Master título propio de la Universidad Autónoma de Madrid, propuesto y promovido desde la Confederación Plena Inclusión con el título “La Atención Temprana que queremos”, dedicado plenamente a la formación en prácticas centradas en la familia y que empezará a finales de 2016 o principios de 2017.

Iniciado el camino, solo queda ir recorriéndolo. Y será bueno ir haciéndolo reflexionando siempre sobre los pasos que ya hemos ido dando. En ese sentido, esperamos que este trabajo de investigación, que conforma esta tesis doctoral, consiga reflejar los esfuerzos realizados para iniciar y apoyar la transformación de un equipo profesional concreto.

MARCO EMPÍRICO

FASE I: Evaluación del diseño, implementación y resultados del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana

Capítulo 5.- Evaluación del diseño, implementación y resultados del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana

5.1.- INTRODUCCIÓN FASE I

Este capítulo se corresponde con la primera fase de nuestra investigación. Con esta primera fase se pretende diseñar y evaluar un Plan de Formación en Acción Tutorial para profesionales de Atención Temprana, que se implementó con los distintos profesionales del CDIAT de ASTRAPACE.

Empezamos este capítulo planteando los objetivos generales y específicos de la primera fase de nuestra investigación.

A continuación, se detalla el método seguido para la misma y, en este apartado, queda reflejado la población y muestra participante que, en este caso son los profesionales de Atención Temprana que desempeñan su labor en el CDIAT ASTRAPACE de Murcia. En este mismo apartado describimos el contexto donde se lleva a cabo la investigación, tanto en su primera fase como en la FASE II. Los instrumentos utilizados en esta fase de la investigación son concretamente:

- Cuestionario de evaluación del diseño del Plan de Formación.
- Cuestionario de evaluación formativa.

- Cuestionario de evaluación inicial y sumativa.

Todos estos instrumentos están descritos dentro del método en el capítulo 5, al igual que el procedimiento seguido y las variables utilizadas.

Tras detallar el método correspondiente a la FASE I de la investigación, procedemos a recoger los resultados obtenidos en relación a las necesidades de formación en Acciones de Apoyo, diseño del plan de formación, implementación del mismo y evolución de las necesidades de formación iniciales. Finalizamos este capítulo con la discusión y conclusiones de dichos resultados.

5.2.- OBJETIVOS FASE I

5.2.1.- Objetivo general FASE I

El objetivo general para esta fase es diseñar, evaluar e implementar un Plan de Formación en acción tutorial para profesionales de atención temprana, para ello hemos concretado este objetivo general en los siguientes objetivos específicos.

5.2.2.- Objetivos específicos FASE I

1. Diseñar un Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

2. Evaluar el diseño del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.
3. Analizar la implementación del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.
4. Valorar los resultados del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

5.3. MÉTODO FASE I

5.3.1.- Población y muestra participante

La muestra participantes en la primera fase de esta investigación, quedó constituida por 22 especialistas de Atención Temprana que, durante el desarrollo del Plan de Formación, estaban en la plantilla de profesionales de ASTRAPACE.

Es importante señalar que, al inicio de la puesta en marcha del Plan de Formación, participaron 19 especialistas de Atención Temprana que estaban en la plantilla de ASTRAPACE en ese momento. A lo largo de los dos cursos en los que se desarrolló el Plan de Formación, la muestra inicial de 19 participantes sufrió una importante mortalidad experimental. Concretamente, a los pocos meses del inicio del Plan de Formación, la asociación sufrió algunos ajustes de plantilla, lo que llevó a la reubicación del 26.3% de los profesionales, es decir 5 participantes, y algún cese laboral. Con todo, unos meses más tarde se incorporaron 3 nuevos profesionales que asistieron a los dos últimos seminarios de la Acción Formativa, de ellos 1 era

estimulador y los otros 2 fisioterapeutas. Con todo ello, de la muestra total de 22 profesionales que forman parte de esta investigación 14 estuvieron presentes durante todo el Plan de Formación, 5 sólo participaron al principio del mismo y 3 asistieron a los dos últimos seminarios, siendo el total de participantes 22.

En la Tabla 5.1 se muestra la configuración de esta plantilla atendiendo al perfil profesional que desempeñaba cada especialista y las incorporaciones de nuevos profesionales a dicha plantilla.

Tabla 5.1

Plantilla de profesionales

Perfil Profesional	N	Incorporaciones	TOTAL
Estimulador	7	--	7
Fisioterapeuta	5	1	6
Logopeda	2	--	2
Responsable	3	1	4
Estimulador + Logopeda	2	1	3
TOTAL	19	3	22

Es importante señalar que se ha incluido la figura del responsable como un perfil profesional más, ya que sus funciones deben realizarse a través de una interacción con las familias y/o profesionales de escuelas infantiles y colegios, independientemente de que ejerza o no una intervención directa con el niño.

5.3.2.- Contexto

El Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana se puso en marcha en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) que ASTRAPACE tiene ubicado en Murcia.

ASTRAPACE, es una Asociación para el Tratamiento de Personas con Parálisis Cerebral y Patologías Afines que fue fundada en el año 1980 como respuesta a las demandas y necesidades comunes de diferentes familias. Ahora bien, aunque las siglas de ASTRAPACE responden a una especialización en Parálisis Cerebral y patologías afines, la distribución de recursos de Atención Temprana en Murcia capital obligó, prácticamente desde los primeros momentos de funcionamiento del CDIAT a que fuera un servicio genérico.

Desde sus inicios ASTRAPACE está parcialmente subvencionada por la administración pública regional responsable de Política Social (actualmente Conserjería de Política Social y Familia e Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), y consigue parte de los ingresos económicos que necesita para su funcionamiento a través de las cuotas mensuales que realizan los padres y de las cuotas de los Socios Protectores y Amigos de la Asociación y otras actividades que organiza la Asociación para tal efecto (Castellanos, García-Sánchez & Mendieta, 2000). Está integrada a nivel Nacional en lo que ahora se conoce como Plena Inclusión y que, hasta 2015 ha sido FEAPS (Confederación de Organizaciones a

Favor de las Personas con Discapacidad Intelectual y Parálisis Cerebral de la Región de Murcia) y también en ASPACE (Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral Nacional). Además, es miembro del CERMI Región de Murcia (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad).

Entre los objetivos de ASTRAPACE destacan la asistencia social y los tratamientos terapéuticos, educativos y laborales. A lo largo del tiempo ASTRAPACE ha aumentado y mejorado los servicios que vino prestando desde sus inicios, siendo uno de los servicios ofrecido desde entonces la Atención Temprana, dirigida a niños con cualquier patología y que tienen entre 0 a 6 años, con el fin último de potenciar sus capacidades individuales y sociales. Para la consecución de estos objetivos, ASTRAPACE siempre se ha basado en la filosofía de un equipo de profesionales coordinado que parte y sienta las bases del llamado Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana y cuyos objetivos básicos son conseguir la plena integración socioeducativa de los niños y mejorar su calidad de vida y la de sus familias (Castellanos, García-Sánchez & Mendieta, 2000).

El CDIAT también cuenta con el certificado de calidad ISO-UNE 9000-2001, desde el año 2007, renovado bianualmente desde entonces, lo que nos hace entender los rigurosos controles y homologaciones a los que se somete a través de la Agencia Española de Normalización y Certificación (AENOR) (García-Sánchez, Mirete, Marín & Romero, 2008). Además, debido a su compromiso de gestión de la Calidad Total, el CDIAT cumple con los criterios de calidad del modelo EFQM, por lo que

garantiza la satisfacción del cliente, entendiendo éste no es sólo la persona que recibe el servicio (cliente final) sino también la persona que trabaja en ese servicio (cliente interno) o los agentes y profesionales que detectan o derivan necesidades de Atención Temprana a ASTRAPACE o comparten con la asociación la intervención sobre niños y familias (clientes externos).

Con todo lo dicho, es evidente que el CDIAT debe marcarse unos objetivos y revisar su cumplimiento. A continuación se detallan los objetivos marcados en el segundo trimestre del curso 2012/2013, cuando aún no se había iniciado nuestra acción formativa, y que se tuvieron en cuenta para nuestra investigación, estos objetivos se especifican considerando si atañen al niño, a la familia o al profesional, a saber:

NIÑO

- Todos los niños que lleven de alta, al menos un trimestre, deben tener el Programa de intervención realizado.
- Todos los niños que lleven de alta, al menos un trimestre, deben tener realizado su PIAT (Programa Individual de Atención Temprana).
- Mantener las pautas de valoración específicas en función de las necesidades individuales reflejadas en el Plan de Actuación.
- Llevar un registro específico de todas las demandas y valoraciones específica realizadas por los usuarios.

FAMILIA

- Cuantificar cualquier acción tutorial para definir modalidades.
- Realizar tutorías en el 85% de los niños, una semestral por niño y terapeuta.

EQUIPO DE PROFESIONALES

- Llevar a cabo 2 Reuniones de Coordinación para cada niño que lleve dado de alta al menos un trimestre.
- Realizar como mínimo 4 formaciones interdisciplinarias y una formación extraordinaria.

En cuanto a los tratamientos que ofrece ASTRAPACE dentro del servicio de Atención Temprana se encuentran Estimulación Sensoriomotriz, Fisioterapia y Logopedia. Ahora bien, todos estos tratamientos son desarrollados bajo diferentes modalidades, para definir estas modalidades tomamos las palabras de Castellanos, García-Sánchez y Mendieta (2000), quienes nombran las siguientes modalidades de tratamiento:

- *Atención domiciliaria*, se basa en una serie de visitas al domicilio familiar, de forma periódica, por parte de un profesional de Atención Temprana con el fin de observar cómo se desenvuelve la familia con el niño y ofrecer pautas de actuación a la familia. Tal vez, podríamos considerar esta modalidad de tratamiento, como las prácticas iniciales de un servicio que todavía no se había concretado, pero que ya hoy se conoce como el Servicio Centrado en

la Familia, y cuya importancia y primeros pasos están presentes desde los comienzos de ASTRAPACE.

- *Tratamiento ambulatorio*, bajo esta modalidad el niño realizará varias visitas semanales al Centro, en función de sus necesidades, para recibir los servicios que den respuesta a las mismas.
- *Apoyo a la Integración socio-educativa*, un profesional se desplaza al Centro Escolar o Escuela Infantil para asesorar e informar sobre la patología del niño y sus particularidades.
- *Seguimiento de la evolución del niño*, consiste en una visita al CDIAT cada 4 ó 6 meses para revisar el estado evolutivo del niño.

Por otra parte, los distintos profesionales que desempeñan su labor en el CDIAT pueden adoptar distintos roles o funciones, entre estas funciones destacan:

Especialistas de Atención Directa, este rol lo desempeñan todos los profesionales que realizan alguna intervención con el niño. Entre las distintas funciones que desempeñan destacamos sólo aquellas que son relevantes para poder entender nuestra investigación, ya que se ven reflejadas en la selección de las variables, a saber:

- Favorecer el proceso de adaptación del niño y de la familia.
- Reuniones de coordinación, en las que cada profesional aporta su programa individual de intervención para cada caso, a partir del cual se realizará el Programa Individualizado de Atención Temprana (PIAT).

- Llevar a cabo la intervención.
- Revisar el programa de intervención.
- Orientar a las familias sobre la intervención llevada a cabo, para ello pueden compartir alguna tutoría con los terapeutas tutores.
- Elaborar informes y material de trabajo.
- Participar en la presentación de niños de nueva escolarización, en los centros educativos.

Especialistas-Tutores, todos los niños tienen asignado un especialista-tutor, esta labor es desempeñada por uno de los profesionales que realiza algún tipo de intervención sobre el niño y, en un principio, sus funciones como terapeutas tutores eran, entre otras:

- Recoger información , demandas, incidencias y propuestas de intervención.
- Evaluar y diagnosticar necesidades.
- Proponer niños para su participación en diferentes actividades definidas por la Dirección Técnica.
- Informar a la familia del programa de intervención.
- Entrega de documentación a la familia.

Actualmente la figura del terapeuta-tutor sigue existiendo, pero las funciones desempeñadas por dicha figura son más burocráticas, tales como dar información y entregar algún tipo de documentación.

Responsables, los responsables no suelen tener atención directa con los niños, sin embargo en nuestro último curso analizado, debido a la situación económica por la que está atravesando el país, ASTRAPACE se vio obligada a realizar ciertos ajustes en su plantilla de trabajadores y, a partir de ese momento, los responsables empezaron a tener algunas horas de atención directa. Entre sus funciones como responsables destacan:

- Informar a la familia de cualquier cambio en la intervención o en el seguimiento de escuelas infantiles y/o colegios.
- Informar a la familia sobre las valoraciones e informes realizados.
- Observar al niño durante la intervención.
- Convocar Reuniones de Coordinación con los profesionales que atienden al niño.
- Realizar propuestas de escolarización a la Dirección Técnica.
- Supervisar y decidir qué informes y cuando se hacen en cada proceso de intervención.
- Entrevista con la familia al finalizar el curso.
- Control del registro de documentos de los expedientes.
- Informar de los cambios o modificaciones en el Programa de intervención al Jefe de Administración.
- Informar de los cambios o modificaciones en el Programa de intervención al Jefe de Administración.
- Informar a la familia de los recursos existentes en el CDIAT.

5.3.3.- Instrumentos

5.3.3.1.- Cuestionario de evaluación del diseño del plan de formación

Para la evaluación del diseño del Plan de Formación y su implementación, se diseñaron y utilizaron diferentes instrumentos.

En primer lugar, se diseñó y aplicó un cuestionario para evaluar el diseño del programa de formación (Cuestionario de Evaluación del Diseño del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana). Este cuestionario constaba de una escala tipo Likert de 21 ítems con 5 opciones de respuesta (1. Totalmente en desacuerdo con la proposición, 2. En desacuerdo con la proposición, 3. Indiferente, 4. De acuerdo con la proposición y 5. Totalmente de acuerdo con la proposición). Los diferentes ítems que componían la escala sirvieron para conocer aspectos relacionados con el punto de partida del programa, así como su utilidad, viabilidad, coherencia y evaluabilidad.

Este cuestionario se recoge en el Anexo 1 y en la Tabla 5.2 se clasifican los ítems de este cuestionario en función del aspecto que evalúa cada uno de ellos.

Tabla 5.2

Clasificación de los ítems sobre el diseño del Plan de Formación

Punto de Partida	Utilidad	Viabilidad	Coherencia	Evaluabilidad
1, 2 y 5	4, 9, 12, 15 y 21	7, 8, 18, 19 y 20	3, 6, 10, 11, 16 y 17	13 y 14

5.3.3.2.- Cuestionario de evaluación formativa

También, para la evaluación formativa, se creó un cuestionario que se aplicó a los profesionales en cada uno de los seminarios para valorar el funcionamiento de los mismos (Cuestionario de evaluación del seminario). Este cuestionario constaba de 22 ítems a los que les acompañaba una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (totalmente en desacuerdo con el enunciado , en desacuerdo con el enunciado, 3. indiferente, 4. de acuerdo con el enunciado y 5. totalmente de acuerdo con el enunciado). Los 22 ítems que formaban el cuestionario se muestran en el Anexo 4, en la Tabla 5.3 se clasifica cada ítem en función de la información que valoraba.

Tabla 5.3

Aspectos valorados en el cuestionario de evaluación formativa

ASPECTO VALORADO	ÍTEM
Contenidos impartidos	1, 2, 3, 4 y 10
Objetivos planteados	4 y 5
Metodología	6, 7, 11, 13, 15 y 21
Materiales utilizados	9 y 12
Temporización	8
Docentes	16 y 17
Utilidad	14, 18, 19 y 20
Satisfacción con el seminario	22

5.3.3.3.- Cuestionario de evaluación inicial y sumativa

Por otra parte, para la evaluación inicial y sumativa, se diseñó y aplicó un cuestionario, el Cuestionario de Atoevaluación inicial y final. Este cuestionario se diseñó con la finalidad de conocer los conocimientos previos que los profesionales del CDIAT tenían sobre Acción Tutorial y si esos conocimientos se vieron modificados una vez terminado el Programa de Formación. Por ello, se aplicó antes de empezar el primer seminario y al finalizar el último, es decir al principio y al final del Programa de Formación. Este cuestionario estaba formado por 23 ítems que hacían referencia a las actuaciones de los profesionales de Atención Temprana dentro del CDIAT y a los que los profesionales debían responder en función de su grado de cumplimiento en el CDIAT y del grado de importancia que le otorgaban a esa actuación dentro del ámbito de la Atención Temprana. Para ello, a cada uno de los ítems le acompañaba una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta para el

grado de cumplimiento en el CDIAT y 5 opciones de respuesta para la importancia otorgada en Atención Temprana (1. Totalmente en desacuerdo con el enunciado, 2. En desacuerdo con el enunciado, 3. Indiferente, 4. De acuerdo con el enunciado y 5. Totalmente de acuerdo con el enunciado). El Anexo 5 recoge este cuestionario.

5.3.3.4.- Fichas de trabajo y reflexión para el desarrollo de los seminarios

Además de los cuestionarios ya mencionados, para la puesta en marcha del Plan de Formación, se confeccionó una plantilla que se utilizó como guía para la reflexión. Esta plantilla se elaboró a partir de la información extraída de los grupos focales en referencia a la Acción Tutorial y que se explicarán con más detalle en el apartado 5.3.4.1 de este mismo capítulo. La plantilla en cuestión se utilizó para el desarrollo del primer seminario y recogía una serie de actuaciones que se clasificaron en función del agente de Atención Temprana con quien se ponía en práctica dicha actuación:

- El niño-familia.
- Los profesionales intracentro, es decir los profesionales del mismo CDIAT.
- Los profesionales extracentro, aquellos profesionales que tienen contacto con el niño y ejercen cualquier labor profesional sobre él y su familia, pero no pertenecen al CDIAT.

Los profesionales del CDIAT que participaron en esta investigación debían rellenar las casillas que estaban en blanco en esta plantilla, para ello debían anotar aquellos

conceptos de referencia, procedimientos de actuación y actitudes requeridas que ellos creyesen necesarios para llevar a cabo cada una de las acciones tutoriales que consideraban que ponían en práctica como especialistas de Atención Temprana. En el Anexo 2 se adjunta una copia de esta plantilla.

A partir de las conclusiones del seminario 1 y las anotaciones de los profesionales en la plantilla de reflexión sobre la información de los grupos focales, se elaboró otra parrilla de acciones tutoriales que se utilizaría para las reflexiones del seminario 2. Todas estas parrillas se recogieron en un único documento que constaba de 27 páginas, la primera página era la portada del documento y en la siguiente se incluyeron unas instrucciones muy sencillas para ayudar a la cumplimentación de las tablas que se incluían en el documento. A continuación se incluían 14 hojas dedicadas a las actuaciones que se relacionaban con el niño-familia, 4 dedicadas a las actuaciones con los profesionales intracentro y otras 7 con los profesionales extracentro. Cada una de estas hojas contenía una tabla con una columna que hacía alusión a una determinada actuación por parte del profesional (qué hace), otra columna recogía el modo de llevar a cabo esa determinada actuación (cómo lo hace), las siguientes columnas aparecían en blanco para que los profesionales en formación las rellenaran en función de si consideraban esa actuación como Acción Tutorial o como una actuación propia de Atención Temprana y en función de quién la realizaba, por último se incluía una columna en la que el profesional debía señalar, entre un listado de habilidades y/o recursos que se incluían, aquellos que consideraba necesarios para poner en práctica esa actuación. Además, el profesional podía añadir cualquier modo de

actuación, herramienta y/o profesional que considerase oportuno y que no estuviese recogido en estas parrillas de reflexión. El Anexo 3 recoge el documento con estas parrillas de Acciones Tutoriales.

5.3.4.- Procedimiento

En esta primera fase de la investigación realizamos una investigación evaluativa. Tomando las palabras de Pérez-Juste (2000) podemos definir la investigación evaluativa como una evaluación externa de un programa de formación, que se realiza una única vez por expertos externos y de diversos ámbitos. En cuanto a los componentes fundamentales de esta investigación, Pérez-Juste (2000) destaca:

- Los contenidos a evaluar, estos deben armonizar la evaluación de la enseñanza y el aprendizaje de aquellos que reciben la formación.
- La información a recoger, dicha información debe organizarse de tal manera que sirva para evaluar los objetivos propuestos de forma eficaz.
- La valoración de la información, permitirá emitir juicios globales sobre el programa desarrollado, de ahí la importancia de tener muy claros los criterios a seguir para dicha valoración.
- La finalidad, en términos generales será la toma de decisiones para la mejora.

En esta misma línea García-Sanz, García-Sánchez, Martínez-Segura y Maquilón (2013) nos recuerdan la necesidad de evaluar tanto el aprendizaje de aquellos que

reciben la formación, como los procesos de enseñanza de quienes la imparten y el propio programa a desarrollar. De ahí que, en la presente investigación se tengan en cuenta todos los aspectos mencionados a la hora de evaluar.

5.3.4.1.- Evaluación del diseño del plan de formación

Para la puesta en marcha de esta investigación, en primer lugar se realizó un estudio de las necesidades de formación sobre la Acción Tutorial dentro del campo de la Atención Temprana. Para ello se hizo una revisión de la bibliografía existente sobre dicho tema.

Sin embargo, dada la escasa bibliografía sobre el tema, especialmente en lo que se refiere a la formación de profesionales en prácticas de orientación, apoyo y acción tutorial sobre la familia de los niños con necesidades de Atención Temprana, recurrimos a las conclusiones que el grupo de investigación Educación, Diversidad y Calidad del Departamento MIDE de la Universidad de Murcia, extrajo en su día tras realizar el desarrollo y análisis de 5 Grupos Focales de discusión sobre acción tutorial en profesionales de Atención Temprana. Tres de estos Grupos Focales centraron sus discusiones en la práctica de la Acción Tutorial en Atención Temprana y en ellos participaron 9 terapeutas de AT que pertenecían a 8 CDIATs de la Región de Murcia; 10 educadores de Escuelas Infantiles, que pertenecían a 8 Escuelas Infantiles; y 14 cuidadores primarios, que pertenecían a 8 unidades familiares. Los otros dos Grupos Focales centraron su discusión en el desarrollo de actuaciones para fortalecer la adhesión de las familias a las orientaciones y

recomendaciones recibidas por lo terapeutas de AT. Estos dos Grupos Focales se desarrollaron en Valencia y estuvieron compuestos por 16 profesionales de otros 8 CDIATs y 12 cuidadores primarios. La información extraída de los grupos focales, que forma parte de dos tesis doctorales (ver Escorcía, 2014; Vicente, 2015), nos sirvieron para elaborar un Plan de Formación en Acción Tutorial para profesionales de Atención Temprana (Anexo 9).

Además de la información extraída de los grupos focales, también se hizo uso de la investigación-acción, para desarrollar la primera fase de nuestra investigación que comenzó con el diseño de un programa de formación sobre Acción Tutorial dirigido a los profesionales que dedicaban su labor a la Atención Temprana en ASTRAPACE y en el que participarían 5 profesores de la Universidad de Murcia para el desarrollo del mismo. Estos 5 profesores son miembros del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Murcia y miembros o colaboradores del Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad de la misma Universidad.

Tras redactar este Plan de Formación, pasó por un juicio de expertos formado por 6 profesores de Universidad, a quienes se les envió un correo electrónico solicitando su colaboración y adjuntando un cuestionario para la evaluación del diseño del programa de formación en Acción Tutorial para terapeutas de Atención Temprana. La carta enviada a estos 6 jueces se puede consultar en el Anexo 10.

Una vez que los cuestionarios fueron devueltos, se tuvieron en cuenta las aportaciones de estos jueces para la elaboración de la versión definitiva del programa de formación y, tras haber realizado los cambios oportunos, se procedió a convocar a los distintos receptores de la acción formativa a través de la directora técnica del CDIAT.

Puesto que estamos desarrollando una investigación basada en la investigación-acción, los contenidos a desarrollar no vinieron dados en el programa de formación con un nivel de concreción demasiado profundo, sino que se fueron especificando durante la acción formativa propiamente dicha. Para ello se diseñó un cuestionario que los profesionales deberían responder antes de dar comienzo al programa de formación y al finalizar el mismo. Este cuestionario nos serviría para conocer el punto de partida que tenían los profesionales de Atención Temprana que participaron en la investigación, con respecto a la Acción Tutorial, además de utilizarse para extraer puntos de debate y reflexión durante los seminarios de formación. Asimismo, el volver a utilizar ese mismo cuestionario al finalizar la acción formativa nos permitió valorar hasta qué punto los receptores de la misma habían visto modificados sus conocimientos sobre la Acción tutorial.

5.3.4.2.- Evaluación de la implementación del plan de formación

Para valorar la implementación del Plan de Formación, en cada uno de los seminarios se pasó un cuestionario a los receptores del programa de formación

para valorar su desarrollo y la satisfacción de los participantes tanto con los contenidos impartidos como con la metodología y los docentes.

El Programa de Formación propiamente dicho, se llevó a cabo durante 4 sesiones con una duración entre hora y media y 3 horas, repartidas a lo largo del tiempo entre mayo del 2012 y marzo del 2013. A continuación, en la tabla 5.4, se muestra un pequeño cronograma que refleja el reparto de esas sesiones de formación a lo largo de los meses mencionados, cabe destacar que en cada uno de esos seminarios se aplicó el cuestionario para valorar el desarrollo del mismo.

Tabla 5.4

Cronograma Programa de Formación Acción Tutorial

Nº Sesión	Fecha	Contenidos	Material
1	11 de Mayo 2012	Presentación. Resultados Grupos Focales. Delimitación conceptual. Elementos que incluye la Acción Tutorial. Núcleos temáticos para la formación. Evaluación inicial (sumativa).	PowerPoint. Cuestionarios. Fichas para reflexión Acción Tutorial en AT
2	25 de Mayo 2012	Conclusiones seminario anterior. Delimitación y desarrollo de los núcleos temáticos de formación. Evaluación inicial y final. Evaluación del seminario 2.	PowerPoint. Parrillas para reflexión Acción Tutorial en AT. Cuestionarios.
3	26 de Octubre 2012	Conclusiones. Unificación de conceptos. Evaluación del seminario 3.	PowerPoint. Cuestionarios.
4	15 de Marzo 2013	Devolución Resultados CUIDA y MSCEIT. Despedida. Evaluación del seminario 4. Evaluación final (sumativa).	PowerPoint. Cuestionarios

Es importante señalar que las dos primeras fechas de este cronograma se ubican en el tercer trimestre del curso 2011/2012, mientras que las dos últimas ya forman parte del primer y segundo trimestre, respectivamente, del curso 2012/2013, lo que se corresponde a los trimestres 4 y 5 en el capítulo de resultados.

Para profundizar un poco más en el desarrollo de estos contenidos y clarificar lo que se hizo durante cada una de estas sesiones, iremos desgranando cada una de ellas. Aún así, es importante señalar que, basados en la investigación-acción, en todo momento mantuvimos la perspectiva de una acción formativa abierta, donde los contenidos no venían como algo cerrado y hermético, sino que los temas y puntos a tratar eran flexibles, pudiendo sufrir variantes en función de las necesidades planteadas en cada sesión y cada momento.

Así, la primera sesión, que tuvo lugar el día 11 de mayo de 2012, comenzó con la presentación del equipo que iba a llevar a cabo el programa de formación y los profesionales que, en aquel momento, formaban parte de la plantilla de ASTRAPACE y a quienes se les repartió unas carpetillas con el material que se iba a utilizar durante la sesión.

Una vez hechas las presentaciones, se facilitó a los profesionales el cuestionario de evaluación inicial para valorar la importancia que daban a cada una de las praxis que aparecían en el cuestionario y que se entendían como Acción Tutorial, así

como el grado de cumplimiento que cada profesional otorgaba a cada una de estas prácticas.

Tras contestar al cuestionario de evaluación inicial, se procedió a dar los resultados obtenidos en los Grupos Focales de discusión y que nos sirvieron para la elaboración del presente programa. Dichos resultados se pueden consultar en Vicente (2015) y se clasificaron en tres grandes bloques para su mejor comprensión, a saber: estilos de transmisión de la información-estrategias y herramientas, actitud/aptitud profesional y objetivos con cliente/usuario. Asimismo, también se abordó el concepto de Acción Tutorial, para ello se hizo reflexionar a los distintos profesionales sobre lo que ellos entendían por Acción Tutorial, en qué campos se podía aplicar esa Acción tutorial, qué implica en Atención Temprana y qué formación podía ser necesaria respecto a esta temática.

Acto seguido, se facilitó a los profesionales en formación unas plantillas (Anexo 2), que debían rellenar y devolver a los formadores. En estas plantillas venían establecidas una serie de actuaciones que se extrajeron de los resultados de los Grupos Focales como prácticas de Acción Tutorial en Atención Temprana, quedando clasificadas en tres bloques: niño-familia, profesionales intracentro y profesionales extracentro. Los profesionales sólo debían rellenar las casillas en blanco para cada una de las acciones especificadas, estas acciones preguntaban sobre conceptos de referencia que consideraban clave para entender o poner en práctica esa actuación, procedimientos de actuación para desempeñar esa función y aptitudes requeridas para la misma. Una vez que estas parrillas fueron

completadas por los profesionales en formación y devueltas al equipo formador, se procedió a un vaciado de información que sirvió para organizar la segunda sesión. La primera sesión concluyó con la evaluación del primer seminario, para lo cual se facilitó el cuestionario diseñado para tal fin.

La segunda sesión tuvo lugar el 25 de mayo de 2012 y, para el desarrollo de la misma, también se facilitó una carpetilla con el material a utilizar. Esta sesión comenzó con la presentación de las conclusiones extraídas del seminario anterior y, acto seguido, se procedió a una reflexión conjunta entre profesionales y formadores sobre todo lo que habían anotado en las plantillas facilitadas en la sesión anterior. Para ello, se elaboraron unas nuevas parrillas que se proporcionaron a los distintos profesionales en las carpetillas que se repartieron al empezar la sesión (ver Anexo 3). Los profesionales cumplieron las parrillas y las devolvieron a los formadores, tras haber sido debatidas y reflexionadas en esta segunda sesión. La segunda sesión concluyó con la evaluación del segundo seminario, para lo cual se facilitó el cuestionario diseñado para tal fin.

La tercera sesión se impartió el día 26 de octubre de 2012, en él se abordaron las conclusiones extraídas en los seminarios anteriores, intentando unificar conceptos clave sobre Acción Tutorial y Atención Temprana, siempre a partir de los términos abordados en los seminarios y el desarrollo de las reflexiones en los mismos y siempre apoyados de la exposición y la reflexión. Al igual que los seminarios anteriores, el tercero concluyó con la evaluación del mismo, para lo cual se facilitó el cuestionario diseñado para tal fin.

También, de forma independiente a estos seminarios se facilitó a los profesionales, a través de la dirección técnica del CDIAT, el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Tutores, Cuidadores y Mediadores (CUIDA), elaborado por Bermejo et al. (2006), el Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) (Caruso, Mayer & Salovey, 2011) y el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) de López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad (2008). Los resultados de estos cuestionarios se utilizaron en la segunda fase de la presente investigación, por lo que la descripción de estos instrumentos se incorpora en el correspondiente apartado de dicha fase. Los profesionales debían rellenar los cuestionario de forma anónima y devolverlos a la directora técnica, quien nos los hizo llegar una vez recogidos todos. En el último seminario, que tuvo lugar el 15 de marzo de 2013, se realizó la devolución de resultados de estos cuestionarios a los profesionales. Para salvaguardar el anonimato de dichos resultados, en el seminario se dio una información general para todo el grupo donde se reseñaban los resultados por perfiles profesionales, además a cada uno de los profesionales se les facilitó un informe individualizado en un sobre cerrado, donde se recogían su resultados de forma personalizada. El modelo de dicho informe se presenta en los Anexos 6, 7 y 8. También este seminario concluyó con la evaluación del mismo a través del cuestionario realizado para tal fin.

5.3.5.- Variables y análisis de datos

5.3.5.1.- Variables para la evaluación de las necesidades de formación

Para el análisis de las necesidades de formación iniciales y finales, las variables que se utilizaron fueron el grado de importancia y el grado de cumplimiento para cada uno de los ítems que se incluyeron en el cuestionario elaborado para tal efecto.

5.3.5.2.- Variables para la evaluación del diseño del Plan de Formación

En la Tabla 5.5 se reflejan las variables objeto de estudio en la Fase I de la investigación. En concreto nos referimos a las vinculadas con la evaluación del diseño del Plan de Formación.

Tabla 5.5

Variables fase I_Diseño Plan de Formación

Diseño del Plan de Formación
Punto de partida
Utilidad
Viabilidad
Coherencia
Evaluabilidad

5.3.5.3.- Variables para la evaluación de la implementación del Plan de Formación

En la Tabla 5.6 se reflejan las variables objeto de estudio en la Fase I de la investigación. Referidas a la evaluación de la implementación del Plan de Formación.

Tabla 5.6

Variables fase I_Implementación Plan de Formación

Implementación del Plan de Formación
Contenidos
Metodología
Objetivos
Temporización
Materiales utilizados
Docentes
Utilidad del seminario
Satisfacción general

5.3.5.4.- Análisis de datos

Para la Fase I de la presente investigación, en la que se analiza el diseño del Plan de Formación y su implementación, así como la repercusión del mismo, se ha utilizado el programa estadístico SPSS en su versión 19 y se ha realizado un análisis descriptivo utilizando estadística no paramétrica.

Para la evaluación de la Acción Formativa, las pruebas y programa estadístico utilizados han sido los mismos, los datos fueron obtenidos en los diferentes seminarios realizados. En estos seminarios se utilizó una forma de investigación-acción cooperativa.

La investigación-acción cooperativa parte de la investigación-acción, si tomamos las palabras de Soriano (2002), la define como un “trabajo en equipo entre investigadores y prácticos con el propósito de resolver problemas de los últimos” (p. 126) y más adelante destaca como una de sus características principales la articulación entre investigación, acción y formación durante todo el proceso (Soriano, 2002). Suárez-Pazos (2002) señala que el objetivo de la investigación-acción es explorar la práctica profesional tal y como ocurre en los escenarios naturales, en colaboración entre investigadores y profesionales implicados a través de la reflexión y todo, con la finalidad última de mejorar la praxis diaria. En resumen, la investigación-acción es un proceso complejo que requiere la autorreflexión y la reflexión compartida (Suárez-Pazos, 2002).

Por otra parte, Colmenares y Piñero (2008), informan de que el proceso a seguir en la investigación-acción es sistemático en tanto en cuanto requiere de tareas basadas en la recolección y análisis de evidencia de la experiencia vivida por los profesionales protagonistas del proceso de cambio. Es decir, a pesar de ser una metodología que se enmarca en el enfoque cualitativo, se utilizan técnicas de recogida de información que proceden de distintas fuentes y perspectivas, como

pueden ser registros anecdóticos, cuestionarios o entrevistas (Colmenares & Piñero, 2008).

En nuestro caso, contamos con la participación de los cargos de dirección técnica para organizar los contenidos del Plan de Formación en Acción Tutorial. A lo largo de los diferentes seminarios, los profesionales y los responsables directos también participaron en la evaluación de la utilidad de dicho Plan de Formación. En estos seminarios es donde se hizo uso de la investigación-acción, pues en cada uno de ellos tuvo lugar una puesta en común entre los propios profesionales sobre lo que cada uno hacía en su praxis diaria y si lo consideraban acción tutorial y por qué.

5.4.- RESULTADOS

5.4.1.- Necesidades de formación en Acciones de Apoyo

En la Tabla 5.7, se incluyen los resultados obtenidos a partir del cuestionario inicial que se pasó a los profesionales para conocer las necesidades de formación que presentaban sobre Acciones de Apoyo. En dicha Tabla se refleja la puntuación media obtenida para la importancia que otorgan los profesionales a cada uno de los ítems, con la puntuación media que dan al grado de cumplimiento de los mismos. La escala de este cuestionario era de uno a cinco puntos (de Totalmente en desacuerdo con el enunciado a Totalmente de acuerdo).

Tabla 5.7

Necesidades de formación en profesionales de Atención Temprana

	ITEM	Importancia		Cumplimiento	
		N= 19		N= 19	
		M	DT	M	DT
1	Tengo claro el concepto de acción tutorial	4.5	.6	4.0	.5
2	Creo que en mi trabajo realizo acción tutorial	4.0	.5	4.3	.7
3	Considero que la acción tutorial es algo que sólo se realiza en la escuela	2.3	1.4	1.5	.7
4	Con mi trabajo personalizo la atención requerida para cada niño para favorecer su desarrollo	4.6	.7	4.4	.7
5	Suelo orientar a otros compañeros del equipo para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.5	.8	4.0	1
6	Suelo orientar a profesionales externos para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.0	1	3.3	1.4
7	Suelo orientar a familias para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.7	.5	4.6	.5
8	Actúo para prevenir el desarrollo de problemas asociados a la patología del niño	4.7	.7	4.5	.8
9	Contribuyo a la participación de cada usuario/cliente en las dinámicas del centro	4.3	.7	4.0	1
10	Me preocupo porque el niño y la familia se adapten al tratamiento	4.7	.6	4.8	.4
11	Me preocupa que haya buena transmisión de información entre el CDIAT y la familia	4.7	.7	4.5	1
12	Fomento el conocimiento y la aceptación de cada niño en el seno de su familia	4.7	.6	4.4	.7
13	Desarrollo actividades de integración del niño en su entorno	4.4	1.2	3.1	1.2
14	En mi trabajo también está el enseñar al niño y a la familia a querer, compartir, escuchar y dialogar	4.6	.7	3.8	1
15	Promuevo hábitos de higiene, cuidado y alimentación adecuados	4.6	.7	3.9	1.2
16	Educo la adquisición de hábitos	4.4	.7	4.0	1.1
17	Sigo el proceso evolutivo del niño para detectar posibles signos de alerta	4.7	.6	4.1	1.3
18	Informo a las familias de los posibles signos de alerta	4.7	.7	4.6	.8
19	Ayudo a las familias para que puedan identificar y valorar los avances de su hijo	4.8	.5	4.4	1

20	Intento que la familia se sienta protagonista de la intervención	4.3	.8	3.9	1
21	Intento disminuir la desorientación que sufre la familia en los temas relacionados con la discapacidad y educación de su hijo	4.6	.8	3.8	1
22	Intento reducir el nivel de estrés que puede crear el tener un niño con discapacidad	4.6	.7	3.8	1.1
23	Intento potenciar un sentimiento de confianza y complicidad entre el terapeuta y la familia	4.5	.8	4.0	1.3

Como se puede apreciar en la Tabla 5.7, las medias otorgadas a cada uno de los ítems del cuestionario que hace referencia a las necesidades de formación en Acciones de Apoyo por parte de los Terapeutas de Atención Temprana, son elevadas, ya que la puntuación máxima que se le podía dar a cada uno de estos ítems es 5 y la mayoría de ellos obtienen una media mayor a 4, tanto en la importancia que los profesionales otorgan a cada uno de estos ítems como al grado de cumplimiento con que los puntúan.

Ahora bien, las medias obtenidas para el grado de cumplimiento de cada uno de los ítems siempre son menores que para la importancia otorgada a los mismos, excepto para el ítem 2 “creo que en mi trabajo realizo acción tutorial” y el ítem 10, “me preocupo porque el niño y la familia se adapten al tratamiento”, aunque la diferencia no es demasiado elevada. En el primer caso la importancia otorgada recibe una $M = 4.0$ y el grado de cumplimiento puntúa con una $M = 4.3$. En cuanto al ítem 10, la media obtenida para la importancia otorgada es $M = 4.7$, mientras que el grado de cumplimiento recibe una $M = 4.8$. Cabe destacar, además, la baja puntuación media que recibe el ítem 3, “considero que la acción tutorial es algo que solo se realiza en la escuela”. Este ítem recibe una puntuación $M = 2.3$ para la

importancia otorgada y una $M = 1.5$ para el grado de cumplimiento, convirtiéndose en el ítem que recibe la puntuación más baja para los dos aspectos evaluados.

Además, la diferencia de las puntuaciones medias obtenidas entre la importancia otorgada a cada ítem y el grado de cumplimiento de los mismos, suele ser muy baja. Ahora bien, hay algunos ítems donde se aprecia una mayor diferencia entre el grado de cumplimiento y la importancia otorgada. Así, la mayor diferencia entre estos dos aspectos valorados se aprecia en el ítem 13, “desarrollo actividades de integración del niño en su entorno”, donde los terapeutas otorgan una puntuación media de 4.4 a la importancia de este ítem, pero puntúan con una media de 3.1 el grado de cumplimiento del mismo.

Por otra parte, el ítem 6, “suelo orientar a profesionales externos para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño”, también registra una diferencia más grande que el resto de ítems entre la importancia otorgada y el grado de cumplimiento, aunque dicha diferencia no es tan elevada como en el caso del ítem 13, comentado anteriormente. Este ítem recibe una $M = 4.0$ para la importancia otorgada y una $M = 3.3$ para el grado de cumplimiento.

El siguiente ítem en el que la diferencia de las puntuaciones medias entre importancia otorgada y grado de cumplimiento es elevada es el ítem 14, “En mi trabajo también está el enseñar al niño y a la familia a querer, compartir, escuchar y dialogar” con una media de 4.6 y 3.8, respectivamente. Y lo mismo ocurre con los

ítems 21, “intento disminuir la desorientación que sufre la familia en los temas relacionados con la discapacidad y educación de su hijo”.

5.4.2.- Diseño del Plan de Formación en Acciones de Apoyo

La escala de este cuestionario era de uno a cinco puntos (de Totalmente en desacuerdo con el enunciado a Totalmente de acuerdo). A continuación se presenta una tabla para cada uno de los aspectos valorados en el cuestionario elaborado para valorar el diseño del Plan de Formación y que contestaron un total de 6 expertos.

La Tabla 5.8 muestra los estadísticos descriptivos de los ítems que forman el primer bloque del cuestionario sobre el diseño del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

Tabla 5.8

Punto de partida del Programa de Formación

ITEM	M	DT
1. El programa parte de una evaluación de necesidades	4.67	.52
2. El programa es conocido por los terapeutas antes de su aplicación	4.67	.82
5. El programa posee un vocabulario adaptado	4.8	.45

Tal y como se observa en la Tabla 5.8, los ítems que se utilizan para analizar el punto de partida del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de

Atención Temprana, alcanzan una media bastante alta, entre 4.67 y 4.8 sobre una puntuación máxima de 5. La media global de los ítems que configuran el bloque es de 4.67 y su desviación típica .34.

En la Tabla 5.9 se incluye la media y desviación típica de los ítems que se utilizaron para valorar la utilidad del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

Tabla 5.9

Utilidad del Programa de Formación

ITEM	M	DT
4. El programa aporta información relevante	4.33	.82
9. Los contenidos son relevantes	4.33	.82
12. La metodología es activa y participativa	4.67	.52
15. La bibliografía es amplia, relevante y actualizada	4.83	.41
21. La funcionalidad del programa queda garantizada	4.17	.18

Todos ítems que se reflejan en la Tabla 5.9, reciben una puntuación media superior a 4, siendo la media más baja la que recibe el ítem 21, “la funcionalidad del programa queda garantizada”, con una puntuación media de 4.17 y una desviación típica de .18. En cuanto al ítem que puntúa con una media superior a la del resto de ítems, es el 15, “la bibliografía es amplia, relevante y actualizada”, con una media de 4.83 y una desviación típica de .41.

Por otra parte, si tenemos en cuenta la puntuación media total del bloque referido a la utilidad del Programa de Formación, esta es de 4.47 sobre una puntuación máxima de 5 puntos, siendo la desviación típica igual a .37.

La Tabla 5.10 representa la media y desviación típica que reciben los ítems incluidos dentro del bloque que se refiere a la viabilidad del Programa de Formación.

Tabla 5.10

Viabilidad del Programa de Formación

ITEM	M	DT
7. Los objetivos son claros para sus destinatarios	4.5	.55
8. Los objetivos son alcanzables por sus destinatarios	4.83	.41
18. El programa es viable respecto a recursos humanos	5.00	.00
19. La cronología es adecuada para implementar el programa	4.83	.41
20. El programa es realizable con los materiales disponibles	5.00	.00

Tal y como vemos en la Tabla 5.10, todos los ítems que se utilizan para valorar la viabilidad del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, obtienen una puntuación media igual o superior a 4.5, llegando a alcanzar la máxima puntuación en los ítems 18, “el programa es viable respecto a recursos humanos” y 20, “el programa es realizable con los materiales disponibles”, que obtienen una media igual a 5.00 y una desviación típica de .00 para ambos casos.

En cuanto a la media que obtiene esta dimensión de manera global, esta puntuación es igual a 4.82, con una desviación típica de .18

La Tabla 5.11 registra la valoración media y la desviación típica que obtiene cada uno de los ítems que evalúan la coherencia del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

Tabla 5.11

Coherencia del Programa de Formación

ITEM	M	DT
3. El programa se presenta de un modo flexible	4.67	.52
6. El programa posee claridad expositiva	4.50	.84
10. Existe una organización lógica en la secuenciación de contenidos	4.50	.84
11. El programa posee la suficiente calidad técnica	4.40	.55
16. Los objetivos se relacionan con las necesidades detectadas	5.00	.00
17. Existe relación entre objetivos, contenidos, metodología y evaluación	4.55	.42

Como se puede observar en la Tabla 5.11, la puntuación media más baja para los ítems que forman parte de la dimensión coherencia del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, la recibe el ítem 11, “el programa posee la suficiente calidad técnica”, con una M = de 4.40, y una desviación típica de .55. Por otra parte, se observa que dentro de esta dimensión existe un ítem que obtiene la máxima puntuación media, se trata del ítem 16, “los objetivos se relacionan con las necesidades detectadas”, que obtiene una media de 5.00 y una desviación típica de .00.

En cuanto a la media obtenida para la totalidad de la dimensión coherencia del Programa de Formación, esta es igual a 4.60, mientras que la desviación típica es igual a .29.

Finalmente, la Tabla 5.12 recoge la media y la desviación típica de la dimensión evaluabilidad del Programa de Formación.

Tabla 5.12

Evaluabilidad del Programa de Formación

ITEM	M	DT
13. Se prevé una evaluación inicial, formativa y sumativa	4.83	.41
14. Se contempla la evaluación de destinatarios, ponentes y programa	4.67	.82

Tal y como se observa en la Tabla 5.12, los ítems que forman la dimensión evaluabilidad del Programa de Formación, obtienen una puntuación media superior a 4.50. El ítem 13, “se prevé una evaluación inicial, formativa y sumativa”, obtiene la puntuación media mayor de ambos ítems, con un 4.83 y una DT = .41.

La puntuación media global de esta dimensión es igual a 4.75 y la DT = .42.

En la Tabla 5.13 se reflejan las puntuaciones medias de cada una de las dimensiones que se han nombrado.

Tabla 5.13

Puntuación media global de cada dimensión del Programa de Formación

DIMENSIONES	M	DT
Punto de partida	4.67	.34
Utilidad	4.47	.37
Viabilidad	4.82	.18
Coherencia	4.6	.29
Evaluabilidad	4.75	.42

En la Tabla 5.13 se aprecia que la dimensión con una media más elevada es la referida a la viabilidad, con una $M = 4.82$ y una $DT = .18$, seguida de la dimensión evaluabilidad con una $M = 4.75$ y una $DT = .42$.

5.4.3.- Implementación del plan de formación en Acciones de Apoyo

Para dar respuesta a este objetivo se mostrarán, a continuación, diferentes tablas que reflejan los resultados obtenidos para los distintos aspectos de los seminarios que valoraron los profesionales de Atención Temprana participantes en los mismos. La escala de este cuestionario era de uno a cinco puntos (de Totalmente en desacuerdo con el enunciado a Totalmente de acuerdo).

En la Tabla 5.14 se reflejan los descriptivos de los ítems referidos a contenidos impartidos en los cuatro seminarios de formación.

Tabla 5.14

Valoración de los contenidos impartidos en los seminarios de formación

ITEM	M S 1 N=19	DT	M S 2 N=17	DT	M S 3 N=17	DT	M S 4 N=15	DT
	1. Los contenidos impartidos en este seminario son adecuados a las necesidades de los destinatarios	3.89	1.10	3.53	.80	3.82	.64	4.20
2. Los contenidos desarrollados son útiles para su aplicación en la práctica	3.63	1.12	3.47	.80	4.00	.50	4.13	.83
3. Los contenidos se han presentado con un esquema claro y organizado	4.32	.67	3.71	.69	3.94	.97	4.73	.45
10. Los contenidos del seminario son útiles para mi quehacer profesional	3.63	1.12	3.41	.80	3.53	.94	3.67	.72

Tal y como podemos observar en la Tabla 5.14, las medias que reciben cada uno de los ítems que valoran los contenidos impartidos en los 4 seminarios que se realizaron durante el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, son altas. Entre estas puntuaciones destaca el ítem 10, en el seminario 2, “los contenidos del seminario son útiles para mi quehacer profesional”, por ser el que puntúa con una media más baja, 3.41 y el ítem 3, en el seminario 4, “los contenidos se han presentado con un esquema claro y organizado”, por obtener una puntuación media más elevada, de 4.73.

Si nos fijamos en la valoración que han recibido los distintos ítems a lo largo de los seminarios, vemos que en el segundo seminario la valoración de los contenidos abordados suele ser más baja, de forma general, mientras que en los seminarios 3 y 4, la puntuación media tiende a aumentar, llegando a obtener la máxima

puntuación media en el cuarto seminario para todos los ítems que valoran los contenidos que se han dado.

En cuanto al ítem que puntúa con una media más alta en cada uno de los diferentes seminarios, vemos que, es el ítem 3, “los contenidos se han presentado con un esquema claro y organizado”, el que alcanza mayor puntuación en tres de los cuatro seminarios, con una $M = 4.32$ en el primer seminario, $M = 3.71$ en el seminario 2 y $M = 4.73$ en el seminario 4. En el seminario 3 el ítem que obtiene mayor puntuación es el 2, “los contenidos desarrollados son útiles para su aplicación en la práctica”, que obtiene una $M = 4.00$. Destacar que dicho ítem se encuentra entre los que alcanzan puntuaciones inferiores en el resto de seminarios, junto con el ítem 10, “los contenidos del seminario son útiles para mi quehacer profesional”.

En la Tabla 5.15, se recogen las medias y desviaciones típicas de los ítems que hacen referencia a la metodología empleada para el desarrollo de los seminarios.

Tabla 5.15

Valoración de la metodología empleada en los seminarios de formación

ITEM	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
	S 1 N=19		S 2 N=17		S 3 N=17		S 4 N=15	
6. La metodología ha fomentado la participación de los destinatarios	4.26	.73	3.94	.83	3.82	.81	4.20	.68
7. Las actividades han favorecido el interés de los destinatarios	4.00	1.00	3.71	.69	3.53	.62	4.33	.72
11. Durante el seminario se ha fomentado la reflexión y el espíritu crítico	4.37	.50	4.12	.70	3.71	1.10	4.21	.58
13. El seminario me ha hecho reflexionar sobre mi práctica profesional	4.00	1.11	3.94	.97	3.88	.99	4.00	.65
15. Se ha generado un clima agradable entre los formadores y los participantes	4.58	.61	4.41	.51	4.29	.69	4.50	.52
21. La modalidad formativa elegida para el desarrollo del seminario es coherente con los objetivos y contenidos del mismo	4.00	.74	3.47	.62	3.76	.66	4.20	.68

Tal y como se aprecia en la Tabla 5.15 todos los ítems puntúan con una $M \geq 4$ en el primer seminario. Dichas puntuaciones descienden en los seminarios 2 y 3, donde la mayoría de ítems puntúan con una media inferior a 4, aunque muy cercana a esta puntuación. Finalmente, en el seminario 4, todos los ítems vuelven a puntuar con una media igual o superior a 4.

Por otra parte, vemos que la valoración de la metodología en los seminarios vuelve a ser bastante alta, al igual que en los contenidos. Es el ítem 7, “las actividades han favorecido el interés de los destinatarios”, el que alcanza la puntuación inferior, con una $M = 3.53$ en el seminario 3.

Además, en cada seminario se registra un ítem con la puntuación media más baja. Así, en la valoración del seminario 1, son los ítems 7 y 21 los que puntúan con una media más baja, concretamente con una media de 4.00. También en el seminario 2, es el ítem 21 el que obtiene una media más baja que el resto de ítems, en este caso la puntuación media obtenida es de 3.47. En cuanto al seminario 3, el ítem con la puntuación media más baja es el ítem 7, “las actividades han favorecido el interés de los participantes”, este ítem recibe una puntuación media igual a 3.53. Finalmente, en el seminario 4, es el ítem 13, “el seminario me ha hecho reflexionar sobre mi práctica profesional”, el que recibe la puntuación media más baja, con un 4.00.

Si nos fijamos en las puntuaciones más altas, en todos los seminarios es el ítem 15, “se ha generado un clima agradable entre los formadores y los participantes”, el que recibe la puntuación media más alta. Así, en el primer seminario, este ítem recibe una puntuación media igual a 4.58, en el caso del seminario 2, la puntuación media de este ítem es igual a 4.41 y para los seminarios 3 y 4, la media que obtiene este ítem es igual a 4.29 y 4.50, respectivamente.

En la Tabla 5.16, se refleja la valoración que, los profesionales que participaron en los distintos seminarios de formación, hacen sobre los objetivos abordados en cada uno de estos seminarios.

Tabla 5.16

Valoración de los objetivos establecidos en los seminarios de formación

ITEM	M		M		M		M	
	S 1	DT	S 2	DT	S 3	DT	S 4	DT
	N=19		N=17		N=17		N=15	
4. Los objetivos previstos para este seminario han sido establecidos al inicio del mismo	3.84	.83	3.69	.79	4.18	.73	4.40	.63
5. Se han cumplido los objetivos previstos para este seminario	3.50	.98	3.65	.79	3.94	.85	4.27	.59

Como se puede observar en la Tabla 5.16, el ítem que obtiene una media más elevada en todos los seminarios es el 4, “los objetivos previstos para este seminario han sido establecidos al inicio del mismo” en todos ellos, aunque la media más alta la recibe cuando se imparte el último seminario, con una M = 4.40. En cuanto al seminario en el que este ítem puntúa más bajo es el seminario 2, con una M = 3.69.

Por otra parte, el ítem 5, “se han cumplido los objetivos previstos para este seminario”, obtiene la puntuación media más alta en el seminario 4, con un 4.27 de puntuación media, mientras que la media más baja aparece en el seminario 1, con una puntuación igual a 3.50.

Además, en el caso de este ítem, podemos ver que a medida que se van dando los distintos seminarios de formación, la puntuación media que recibe este ítem, va aumentando. Esto también ocurre para el ítem 4, sólo que en este caso, en el

seminario 2 hay un descenso en la puntuación media y, a partir de ese seminario, dicho ítem recibe una mejor valoración en cada uno de los siguientes seminarios.

En la Tabla 5.17, se recogen los descriptivos del ítem 10 que alude a la temporización de los distintos seminarios.

Tabla 5.17

Valoración de la temporización de cada seminario de formación

ITEM	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
	S 1 N=19		S 2 N=17		S 3 N=17		S 4 N=15	
8. El tiempo de las sesiones ha sido adecuado	3.84	1.01	3.35	.70	4.00	.71	4.47	.64

Tal y como podemos ver en la Tabla 5.17, a medida que se van desarrollando los distintos seminarios de formación, los profesionales de Atención Temprana que participan en ellos valoran mejor la temporización de los mismos. Así, en el primer seminario dicha temporización recibe un valoración media igual a 3.84, para llegar a una puntuación $M = 4.47$ en el último seminario. Aunque, en el segundo seminario esta valoración media desciende desde 3.84 a 3.35.

En la Tabla 5.18, se recogen los dos ítems que valoran los materiales utilizados en los distintos seminarios y las puntuaciones medias recibidas en cada uno de los seminarios.

Tabla 5.18

Valoración de los materiales utilizados en cada seminario de formación

ITEM	M		M		M		M	
	S 1	DT	S 2	DT	S 3	DT	S 4	DT
	N=19		N=17		N=17		N=15	
9. Los materiales entregados han sido de utilidad	3.72	.83	3.65	.79	3.59	.87	4.21	.80
12. Los materiales utilizados para impartir el seminario son los adecuados	4.26	.65	3.76	.83	3.76	.90	4.14	.53

Como vemos en la Tabla 5.18, el seminario 2 es el que obtiene una puntuación media inferior en los dos ítems que valoran los materiales utilizados en los seminarios de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas son bastante elevadas. Así, el ítem 9, “los materiales entregados han sido de utilidad”, recibe una puntuación media de 3.65, en el seminario 2 y el ítem 12, “los materiales utilizados para impartir el seminario son adecuados” recibe una M = 3.76.

Por otra parte, el ítem 9 es mejor valorado a medida que se van desarrollando los distintos seminarios, al igual que ocurre en los otros bloques ya comentados dentro de este apartado (contenidos, metodología, objetivos y temporización), obteniendo una puntuación media de 4.21 en el seminario 4, frente a una puntuación de 3.72, en el primer seminario. Sin embargo, el ítem 12, obtiene su mejor valoración media en el seminario 1, con un 4.26, seguido del seminario 4, en el que los profesionales valoran los materiales utilizados con una media de 4.14.

En la Tabla 5.19 se incluye las puntuaciones medias y desviaciones típicas de la valoración que los profesionales realizan sobre los docentes que imparten los distintos seminarios de formación.

Tabla 5.19

Valoración de los docentes que imparten cada seminario de formación

ITEM	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
	S 1 N=19		S 2 N=17		S 3 N=17		S 4 N=15	
16. La formación de los formadores en temas de Acción Tutorial es adecuada	4.22	.65	4.35	.70	4.18	.73	4.33	.62
17. El profesor ha demostrado su formación pedagógica al impartir el seminario	4.47	.70	4.41	.62	4.41	.71	4.53	.64

Observando la Tabla 5.19 se hace evidente que los ítems que hacen referencia a la valoración de los docentes, son los que reciben una mayor puntuación en todos los seminarios. El ítem 16, “la formación de los formadores en temas de Acción Tutorial es adecuada”, recibe una puntuación media menor en el seminario 3, con una M = 4.18, mientras que la valoración media mayor se registra en el seminario 2 con un 4.35.

El ítem 17, “el profesor ha demostrado su formación pedagógica al impartir el seminario”, puntúa con una media inferior en los seminarios 2 y 3, con un 4.41 en cada uno de estos seminarios, mientras que la valoración media superior para este ítem se da en el seminario 4, con una M = 4.53.

La Tabla 5.20 refleja la valoración que los profesionales hacen sobre la utilidad de los distintos seminarios impartidos.

Tabla 5.20

Valoración de la utilidad de cada seminario de formación

ITEM	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
	S 1 N=19		S 2 N=17		S 3 N=17		S 4 N=15	
14. El seminario me aporta una nueva forma de desarrollar mi labor profesional	3.44	1.10	3.18	.73	3.24	.90	4.07	.83
18. Este seminario me ha servido para adquirir seguridad y confianza en mi labor profesional	3.42	1.07	3.12	.93	3.41	.71	3.80	.68
19. La posibilidad de compartir experiencias con otros compañeros durante el seminario me ha ayudado a resolver mis conflictos o dilemas como profesional	3.39	1.09	3.41	1.00	3.24	.56	3.07	.96
20. Considero este tipo de seminario muy útil para formar a profesionales de la AT	3.74	1.15	3.41	.94	3.53	.72	3.87	.64

Tal y como queda reflejado en la Tabla 5.20, en la mayoría de ítems que valoran la utilidad de los seminarios, se registra un descenso de las valoraciones medias en el seminario 2, para ir aumentando poco a poco, estas puntuaciones, a lo largo de los distintos seminarios. Todos los ítems que hacen referencia a la utilidad de los seminarios, obtienen puntuaciones medias elevadas, cercanas a 4.00, aunque sólo el ítem 14, “el seminario me aporta una nueva forma de desarrollar mi labor profesional”, obtiene una puntuación media igual a 4.07, siendo la más alta de todos los ítems y seminarios. Sin embargo, en todos los seminarios es el ítem 20, “considero este tipo de seminario muy útil para formar a profesionales de la Atención Temprana”, el que recibe una valoración media más elevada, a excepción del seminario 4, en el que es el ítem 14 el que recibe la puntuación media más alta,

aunque seguida del ítem 20 que obtiene una puntuación media igual a 3.87 en dicho seminario.

La Tabla 5.21, refleja la satisfacción de los profesionales con cada uno de los seminarios impartidos.

Tabla 5.21

Valoración de satisfacción de profesionales usuarios - seminario de formación

ITEM	M		M		M		M	
	S 1	DT	S 2	DT	S 3	DT	S 4	DT
	N=19		N=17		N=17		N=	
22. Estoy satisfecho con el seminario	3.79	.98	3.65	.86	3.82	.81	4.20	.68

Tal y como se observa en la Tabla 5.21, los profesionales que participan en el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, se sienten más satisfechos con el último seminario, que recibe una M = 4.20, mientras que la satisfacción es menor en el seminario 2, que obtiene una valoración media de 3.79.

5.4.4.- Evolución del Plan de Formación en Acciones de apoyo

En la Tabla 5.22 se comparan las medias obtenidas en la evaluación inicial y la evaluación final para la importancia que le otorgan los profesionales a cada uno de los ítems planteados para valorar las necesidades de formación. La escala de este

cuestionario era de uno a cinco puntos (de Totalmente en desacuerdo con el enunciado a Totalmente de acuerdo).

Tabla 5.22

Necesidades de formación inicial y final. Importancia otorgada

ITEM	EVALUACIÓN INICIAL N=19		EVALUACIÓN FINAL N=17	
	M	DT	M	DT
1. Tengo claro el concepto de acción tutorial	4.5	.6	4.0	1.1
2. Creo que en mi trabajo realizo acción tutorial	4.0	.5	4.2	1
3. Considero que la acción tutorial es algo que sólo se realiza en la escuela	2.3	1.4	2.0	1.3
4. Con mi trabajo personalizo la atención requerida para cada niño para favorecer su desarrollo	4.6	.7	4.4	1
5. Suelo orientar a otros compañeros del equipo para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.5	.8	4.1	1.1
6. Suelo orientar a profesionales externos para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.0	1	3.6	1.3
7. Suelo orientar a familias para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.7	.5	4.5	1
8. Actúo para prevenir el desarrollo de problemas asociados a la patología del niño	4.7	.7	4.2	1
9. Contribuyo a la participación de cada usuario/cliente en las dinámicas del centro	4.3	.7	4.1	1
10. Me preocupo porque el niño y la familia se adapten al tratamiento	4.7	.6	4.2	1
11. Me preocupa que haya buena transmisión de información entre el CDIAT y la familia	4.7	.7	4.4	1.1
12. Fomento el conocimiento y la aceptación de cada niño en el seno de su familia	4.7	.6	4.3	1.1
13. Desarrollo actividades de integración del niño en su entorno	4.4	1.2	4.2	1
14. En mi trabajo también está el enseñar al niño y a la familia a querer, compartir, escuchar y dialogar	4.6	.7	4.2	1.1
15. Promuevo hábitos de higiene, cuidado y alimentación adecuados	4.6	.7	4.1	1
16. Educo la adquisición de hábitos	4.4	.7	4.2	1
17. Sigo el proceso evolutivo del niño para detectar posibles signos de alarma	4.7	.6	4.5	1
18. Informo a las familias de los posibles signos de alarma	4.7	.7	4.4	1

19. Ayudo a las familias para que puedan identificar y valorar los avances de su hijo	4.8	.5	4.5	1
20. Intento que la familia se sienta protagonista de la intervención	4.3	.8	3.9	.8
21. Intento disminuir la desorientación que sufre la familia en los temas relacionados con la discapacidad y educación de su hijo	4.6	.8	4.1	1.1
22. Intento reducir el nivel de estrés que puede crear el tener un niño con discapacidad	4.6	.7	3.9	1.1
23. Intento potenciar un sentimiento de confianza y complicidad entre el terapeuta y la familia	4.5	.8	4.2	1.1

Tal y como se aprecia en la Tabla 5.22, las medias obtenidas para la importancia otorgada es mayor en la evaluación inicial que en la evaluación final para la mayoría de ítems, excepto en el ítem 2, “creo que en mi trabajo realizo acción tutorial”. En este caso, la importancia otorgada puntúa con una $M = 4.0$ en la evaluación inicial y 4.2 en la evaluación final.

Por otra parte, ninguno de estos ítems obtiene una diferencia media superior a .5 entre la evaluación inicial y la final, excepto el ítem 22, “intento reducir el nivel de estrés que puede crear el tener un niño con discapacidad”, cuya diferencia entre sus medias es de 0.7, obteniendo una $M = 4.6$ en la evaluación inicial y de 3.9 en la evaluación final.

En la Tabla 5.23, se muestra la puntuación media que los profesionales otorgan a cada uno de los ítems en la evaluación inicial y final, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento para cada uno de estos ítems. La escala de este cuestionario era de uno a cinco puntos (de Totalmente en desacuerdo con el enunciado a Totalmente de acuerdo).

Tabla 5.23

Necesidades de formación inicial y final. Grado de cumplimiento

ITEM	EVALUACIÓN INICIAL N=19		EVALUACIÓN FINAL N=17	
	M	DT	M	DT
1. Tengo claro el concepto de acción tutorial	4.0	.5	3.7	.8
2. Creo que en mi trabajo realizo acción tutorial	4.3	.7	4.1	.9
3. Considero que la acción tutorial es algo que sólo se realiza en la escuela	1.5	.7	1.5	1.1
4. Con mi trabajo personalizo la atención requerida para cada niño para favorecer su desarrollo	4.4	.7	4.3	1.0
5. Suelo orientar a otros compañeros del equipo para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.0	.9	4.0	1.1
6. Suelo orientar a profesionales externos para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	3.3	1.4	3.3	1.3
7. Suelo orientar a familias para favorecer la adquisición de aprendizajes funcionales en el niño	4.6	.5	4.5	1.0
8. Actúo para prevenir el desarrollo de problemas asociados a la patología del niño	4.5	.8	4.1	1.1
9. Contribuyo a la participación de cada usuario/cliente en las dinámicas del centro	4.0	.9	4.0	.8
10. Me preocupo porque el niño y la familia se adapten al tratamiento	4.8	.4	4.1	1.2
11. Me preocupa que haya buena transmisión de información entre el CDIAT y la familia	4.5	1.0	4.4	1.1
12. Fomento el conocimiento y la aceptación de cada niño en el seno de su familia	4.4	.7	4.2	1.1
13. Desarrollo actividades de integración del niño en su entorno	3.1	1.2	3.6	1.1
14. En mi trabajo también está el enseñar al niño y a la familia a querer, compartir, escuchar y dialogar	3.8	1.0	4.1	1.0
15. Promuevo hábitos de higiene, cuidado y alimentación adecuados	3.9	1.2	4.2	1.0
16. Educo la adquisición de hábitos	4.0	1.1	4.2	1.0
17. Sigo el proceso evolutivo del niño para detectar posibles signos de alarma	4.1	1.3	4.3	1.2
18. Informo a las familias de los posibles signos de alarma	4.6	.8	4.2	1.1
19. Ayudo a las familias para que puedan identificar y valorar los avances de su hijo	4.4	1.0	4.3	1.0
20. Intento que la familia se sienta protagonista de la intervención	3.9	1.0	3.8	.9
21. Intento disminuir la desorientación que sufre la familia en los temas relacionados con la discapacidad y educación de su hijo	3.8	1.0	3.9	1.0
22. Intento reducir el nivel de estrés que puede crear el tener un niño con discapacidad	3.8	1.0	3.8	1.0
23. Intento potenciar un sentimiento de confianza y complicidad entre el terapeuta y la familia	4.0	1.3	4.1	1.0

Como podemos observar en la Tabla 5.23, en el caso del grado de cumplimiento con el que los profesionales puntúan cada uno de los ítems que se les presentan, se aprecia que en la evaluación inicial muestran una percepción de cumplimiento mayor o igual que en evaluación final, para la mayoría de los ítems.

Por otra parte, al igual que ocurre con la importancia otorgada a cada uno de los ítems, en el caso del grado de cumplimiento la diferencia entre la media obtenida para cada uno de los ítems, antes de la puesta en marcha del Programa de Formación en Acción Tutorial y la media obtenida al finalizar dicho programa, es muy baja, encontrando una diferencia de 0.7 entre ambos momentos de valoración en el ítem 10, “Me preocupo porque el niño y la familia se adapten al tratamiento”.

5.5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FASE I

Aunque la muestra de profesionales que forman parte de esta primera fase de la investigación consta de 22 profesionales, en tanto en cuanto está compuesta por el 100% de profesionales que constituyen el equipo interdisciplinar del servicio de Atención Temprana de ASTRAPACE que ha participado en nuestro estudio, podemos considerarla altamente representativa para extraer conclusiones sobre la idoneidad y la implementación del Plan de Formación.

Consideramos que la valoración de un juicio de expertos formado por 6 profesores de la Universidad, así como la implementación de diferentes cuestionarios por parte de los 22 profesionales que participaron en el desarrollo del Programa de

Formación, nos permite extraer conclusiones fiables sobre el diseño, la implementación y el alcance del Plan de Formación.

ASTRAPACE es un CDIAT que, hasta el momento de iniciar la presente investigación, ha prestado sus servicios desde un enfoque ambulatorio. Sin embargo, desde sus inicios, siempre ha tenido muy en cuenta a las familias y el importante papel que juegan en el desarrollo de sus hijos. De ahí la importancia de poner en marcha un Plan de Formación en Acciones de Apoyo a la familia. En ocasiones, los profesionales actúan con la familia sin plantearse que lo que están haciendo es una Acción de Apoyo a la misma y así queda reflejado en los seminarios de formación llevados a cabo y en los cuestionarios implementados. Ello justifica también la necesidad de este Plan de Formación. A través de esta formación pudimos hacer ver a los profesionales que están en el camino adecuado. Además, si el profesional es capaz de identificar esas Acciones de Apoyo, también podrá identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles para mejorarlos.

Por otra parte, como ya se ha comentado anteriormente, en el momento de iniciar la investigación, ASTRAPACE estaba experimentando procesos de ajuste de su plantilla de profesionales, consecuencia en buena parte de la situación socioeconómica vivida en España. Ello generó cierta muerte experimental a tener en cuenta en la interpretación de los resultados obtenidos. En cualquier caso, el Plan de Formación en Acciones de Apoyo, también permitió a los profesionales noveles autoanalizar sus actuaciones con la familia y mejorarlas con el fin de ofrecerles el apoyo que necesitan.

5.5.1.- Objetivo 1. Diseñar un Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana

De acuerdo con la literatura especializada, que delimita lo que debe ser el ciclo de intervención educativa (García-Sanz, 2013), a la hora de diseñar el Plan de Formación que necesitábamos, quisimos empezar por un análisis de necesidades. Dado que la bibliografía sobre el tema, especialmente en lo que se refiere a la formación de profesionales en prácticas de orientación, apoyo y acción tutorial sobre la familia de los niños con necesidades de Atención Temprana, es escasa, recurrimos a las conclusiones que el grupo de investigación en Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia, extrajo en su día, tras llevar a cabo y analizar cinco Grupos Focales de discusión en los que se incluyó la temática de la acción tutorial en profesionales de Atención Temprana (Escorcia, 2014; Vicente, 2015).

A pesar de que este esfuerzo ya nos aportaba información relevante para el diseño del Plan de Formación, siguiendo esas recomendaciones para desarrollar un adecuado ciclo de intervención educativa (García-Sanz, 2003), nos pareció oportuno llevar a cabo un pequeño estudio de necesidades concretas de formación del colectivo específico al que se iba a aplicar el Plan de Formación. Para ello diseñamos el correspondiente cuestionario que nos permitió recabar la información deseada sobre necesidades de formación en Acciones de Apoyo a la familia y otros agentes.

Cuando analizamos las necesidades de formación en Acciones de Apoyo que tienen los terapeutas de Atención Temprana del CDIAT de ASTRAPACE, observamos que todos los ítems obtienen una media mayor para la importancia otorgada, quedándose el grado de cumplimiento muy cerca en la media obtenida pero ligeramente por debajo de la primera.

Ello indica que, lógicamente, los terapeutas consideran que es muy importante para el desarrollo del niño el hacer competentes a las familias. Pero, a la vez, llegan a percibir que esas acciones todavía podrían ser mejorables. Este sentimiento quizás se deba a que, si bien hasta el momento de realizar la presente investigación, ASTRAPACE, sólo prestaba un servicio ambulatorio a sus usuarios, sus profesionales siempre han entendido el papel de las familias y la importancia que tienen a la hora de conseguir objetivos en el niño. En este sentido hemos de recordar que varios profesionales de ASTRAPACE, entre ellos su Directora Técnica, el coordinador de su departamento de Documentación, Investigación y Desarrollo y otras profesionales con cargo de responsabilidad, han venido siendo coautores de publicaciones sobre el modelo integral de actuación en Atención Temprana (Castellanos et al., 2003; García-Sánchez, 2002a; Mendieta & García-Sánchez, 1998). Una filosofía de trabajo que siempre ha defendido el protagonismo de la familia en Atención Temprana y que, explícitamente, se ha planteado como la filosofía que se intenta seguir en el CDIAT de ASTRAPACE (Castellanos, García-Sánchez & Mendieta, 2000).

Es fácil entender que la sensibilidad de las profesionales del CDIAT de ASTRAPACE, autoras de esos trabajos mencionados y que ostentan cargos de dirección y responsabilidad en el organigrama del CDIAT, hacia la filosofía de un modelo integral de actuación en Atención Temprana, ha ido impregnando a todo el equipo profesional del CDIAT. Por ello, no sorprende que las puntuaciones en este primer cuestionario aplicado, en lo que se refiere a su escala de importancia otorgada, reflejen valores en general muy altos, cercanos con mucha frecuencia a la etiqueta verbal de Totalmente de acuerdo. Debemos, por tanto, concluir que el equipo interdisciplinar del CDIAT entiende la importancia de las Acciones de Apoyo hacia la familia, su papel en orientarlas, en facilitar su evolución hacia la aceptación de la discapacidad, en transmitirles información, promover hábitos adecuados, ayudarles a valorar los avances del niño, etc. Incluso, podemos interpretar que son conscientes de la importancia de la acción tutorial también en el campo de la Atención Temprana, y no solo en el educativo, cuando puntúan claramente más bajo el ítem 3. Precisamente en él se les planteaba si consideran que esa acción de apoyo es algo exclusivo del ámbito escolar. Por último, insistiendo en esta idea de concienciación del equipo hacia la importancia y necesidad de implementar acciones de apoyo hacia la familia, debemos señalar el resultado del ítem 2. En él se plantea la idea de realizar Acción Tutorial en el trabajo de Atención Temprana, ante la que las profesionales puntúan más alto el grado de cumplimiento que la importancia que le otorgan.

A partir de ahí, si analizamos aquellos ítems que hacen referencia a la Acción Tutorial o Acciones de Apoyo que los profesionales consideran que realizan

realmente para conseguir las distintas metas señaladas, encontramos que las puntuaciones alcanzadas por los distintos ítems suelen estar siempre por debajo de la importancia otorgada al ítem. De hecho, en una docena de ítems de estas características la diferencia entre cumplimiento e importancia otorgada es de prácticamente medio punto o más sobre el total de 5 de la escala.

Hay algunas excepciones, como la preocupación que muestran los profesionales por la adaptación del niño y la familia al tratamiento (ítem 10). Es decir, los profesionales consideran que es importante que la familia se adapte al tratamiento y consideran que son ellos los encargados de conseguir esta adaptación. Evidentemente, este resultado solo puede entenderse desde la perspectiva de unos profesionales que están centrados en implementar tratamientos desde un régimen de sesiones ambulatorias.

Las diferencias entre implementación conseguida e importancia otorgada han sido especialmente pequeñas en ítems como orientar hacia la adquisición de objetivos funcionales (aunque desde una intervención ambulatoria, no siempre se pueda analizar la realidad del entorno natural).

Todos estos resultados de alguna forma están apoyando la afirmación de Giné et al. (2009), cuando dice que la actividad de los profesionales dedicados a la Atención Temprana está encaminada al cuidado del niño, pero sin dejar a un lado las Acciones de Apoyo en las que se ofrece información a las familias. En este sentido podemos recordar a Galve y Ayala (2002), cuando mencionan como, parte de las

funciones del orientador, la ayuda que prestan a la familia a la hora de aceptar la discapacidad de su hijo y acomodar sus expectativas.

Por otra parte, destaca la diferencia entre la importancia y el grado de cumplimiento que los profesionales otorgan a su labor de generar entornos competentes y que permitan un aprendizaje más funcional por parte del niño. Para ello se hace fundamental la interacción entre profesional y familia, algo que ya afirmaban García-Sánchez, 2002b; 2003 y Perpiñán, 2004. Sin embargo, podemos interpretar con facilidad que son bastantes las dificultades que los profesionales pueden encontrar para conseguir este objetivo, cuando están trabajando desde un modelo ambulatorio y bajo una concepción aún clínica de la intervención, ya que ésta se basa en tratamientos implementados por el profesional. Por tanto las orientaciones que puedan dar estos profesionales, en muchas ocasiones, pueden quedarse en meros objetivos teóricos, pero que no pueden llegar a cumplirse en la práctica al no estar completamente adaptados a la realidad del niño y su familia. Entre otras cosas porque hay información que puede escapar al conocimiento del profesional, por mucho que se indague, cuando el profesional no accede al entorno natural del niño. Esa falta de información real y de posibilidad de analizar directamente la realidad del entorno lleva a ciertos sesgos a la hora de proponer dichos objetivos, así como las estrategias para conseguirlos.

Otro elemento al que los profesionales dan importancia, pero perciben que no pueden cumplir como les gustaría, se refiere al trabajo en equipo. Tanto con sus compañeros como incluso con profesionales externos. Ello puede deberse, en el

caso de ASTRAPACE, a su propia dinámica de funcionamiento, con profesionales concretos liberados para llevar a cabo tareas de coordinación con educadores de Escuelas Infantiles o Maestros de Centros Escolares (García-Sánchez, Sánchez-López, Escorcía & Castellanos, 2012). Ello puede justificar la baja puntuación que recibe el cumplimiento del ítem 6 (orientar a profesionales externos): el CDIAT en el que se llevó a cabo la presente investigación cuenta con dos profesionales concretos, liberados de horario ambulatorio, para que establecen un contacto habitual con los centros educativos. Por tanto, tan sólo ellos pueden cumplir con este ítem, aunque todos consideran de gran importancia establecer dicho contacto.

No obstante, también podríamos interpretar que los profesionales sientan la necesidad de dar apoyo al resto de profesionales que están en contacto con el niño, tanto sus propios compañeros como otros externos al CDIAT, pero que encuentren dificultades para hacerlo, mayores de las que encuentran para dar ese apoyo a las familias. Este hecho nos hace reflexionar sobre dos cosas. Por un lado, la imposibilidad de hacer esa tarea con profesionales externos o con los compañeros del propio equipo si no hay tiempo para ello y libertad de horario para desplazamientos. Pero, por otro lado, podemos reflexionar sobre la capacidad que tienen los distintos profesionales a la hora de trabajar en equipo y la posible necesidad de formación para ello. Entre otras limitaciones, los maestros, educadores y demás profesionales pueden sentirse evaluados y cuestionados cuando, un profesional externo a su centro escolar, intenta coordinar la labor de todos los profesionales que se dedican a la atención de un determinado niño. Y aquí es donde radica la importancia de una formación que prepare al profesional

para ofrecer las necesarias Acciones de Apoyo y el verdadero trabajo dentro de un equipo interdisciplinar o transdisciplinar (Sandall, McLean & Smith, 2000; Prelock & Deppe, 2015; Catalino et al., 2015; Mulhenhaupt, 2015).

Toda esta información recabada, a través del cuestionario aplicado sobre conocimientos iniciales en relación a Acciones de Apoyo dirigidas a las familias y otros agentes de Atención Temprana, nos permitió adaptar el Plan de Formación a las necesidades concretas de colectivo de profesionales al que iba dirigido.

5.5.2.- Objetivo 2. Evaluar el diseño del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana

De nuevo, siguiendo el procedimiento recomendado para el desarrollo de un adecuado ciclo de intervención educativa (García Sanz, 2003) y lo esperable para el desarrollo de una investigación evaluativa (Pérez-Juste, 2006), llevamos a cabo con éxito un proceso de evaluación del diseño del Plan de Formación ideado.

El análisis de los resultados obtenidos tras la aplicación, a un grupo de expertos, del cuestionario diseñado para valorar distintos aspectos del Plan de Formación en Acción Tutorial ideado, nos permite concluir que dicho plan cubre las expectativas que en él teníamos y se ajusta a la realidad y a las necesidades de los profesionales a los que va dirigido. Todos los jueces puntuaron muy alto los ítems planteados. Estos ítems recogían información sobre las dimensiones de punto de partida o estudio de necesidades, utilidad, viabilidad, coherencia y evaluabilidad del

programa de formación. Todos los ítems alcanzaron una puntuación media superior a 4.60 en el juicio de expertos, siendo la puntuación media de cada ítem evaluado siempre superior a 4.50.

Ello nos llevó a pensar que los profesionales que participaron en el desarrollo de dicho Plan de Formación supieron aprovechar la información que en su día se obtuvo en los distintos Grupos Focales que se utilizaron como estudio de necesidades (Escorcia, 2014; Vicente, 2015) y supieron plasmar dichas necesidades en un Plan de Formación que, además, reunía las condiciones necesarias para ser viable, coherente y evaluable.

De acuerdo a estos resultados podemos concluir que el Plan de Formación diseñado:

1. Responde a las necesidades planteadas por diferentes agentes implicados en el proceso de Atención Temprana (terapeutas de Atención Temprana, familias e incluso educadores de Escuelas Infantiles). Agentes que tienen diferente protagonismo en ese proceso de Atención Temprana, pero que siempre han de ser tenidos en cuenta (García-Sánchez, 2001a, 2002b).
2. Puede ser útil para el fin que se ha propuesto. Algo que podremos confirmar tras su aplicación, a través de las opiniones sobre satisfacción con los contenidos y su presentación que recojamos de los profesionales que participen en el Plan de Formación.
3. La disposición de contenidos resulta coherente y el programa en general se valora como muy viable para su aplicación.

4. La evaluabilidad del mismo también fue un aspecto que se tuvo en cuenta a la hora de llevar a cabo su diseño, con lo que se podrían introducir mejoras en caso de volver a implementarlo en futuras ocasiones.

Nos parece relevante resaltar que, siguiendo el ejemplo de otros planes de formación diseñados (García-Sanz et al., 2013), durante el desarrollo del programa no se actuará “sobre” los profesionales de Atención Temprana, sino “con” ellos. En este sentido, se diseñó un Plan de Formación para combinar iniciativas de los propios profesionales a formar con la ayuda de personas externas, quienes, en modo alguno buscarían restar el protagonismo que les corresponde a los profesionales. La función de estas personas externas estaría más en asesorar y orientar discusiones y debates, buscando resolver conjuntamente, las dudas y problemas observados en la práctica, generando un cambio positivo provocado. En este sentido, destacamos la importancia del grupo como medio para favorecer procesos de maduración personal y profesional, introduciéndole en una dinámica de trabajo que, respetando la autonomía personal, hace imprescindible el contraste y la reflexión sobre la realidad educativa emprendida en el seno del equipo. De este modo, el profesional, no sólo aprenden a resolver sus problemas, sino que adquiere un pensamiento más receptivo a nuevas ideas, ampliando sus conocimientos y adquiriendo habilidades y capacidades importantes para su actualización profesional en la materia abordada. Al mismo tiempo, el personal externo que participa en el acto formativo, se enriquece del contacto con la práctica educativa y de su inmersión en los problemas reales de los profesionales y de su labor profesional.

5.5.3.- Objetivo 3. Analizar la implementación del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana

Atendiendo a nuestro interés de llevar a cabo un proceso de investigación evaluativa (Pérez Juste, 2006), a través de la cual poder evaluar los resultados del Plan de Formación diseñado para unos profesionales concretos, una vez que estaba siendo implementado en su contexto determinado, aplicamos con éxito un conjunto de cuestionarios. Buscábamos con ello que nos permitiesen conseguir información para ir valorando, desde la percepción de los profesionales que recibían la acción formativa, los contenidos impartidos, las metodologías docentes utilizadas, así como la sensación de consecución de objetivos en cada uno de los seminarios desarrollados.

Teniendo en cuenta las puntuaciones medias obtenidas en los diferentes ítems, los profesionales, tras finalizar cada uno de los seminarios, valoraron con puntuaciones medias-altas todos los aspectos relacionados con contenidos impartidos, metodología docente, adecuación a los objetivos previstos, temporización de las sesiones, materiales facilitados, calidad de los docentes, utilidad del contenido y satisfacción general con la sesión. Todos los aspectos, sin excepciones, estuvieron bien valorados por los profesionales, consiguiendo puntuaciones medias cercanas o incluso claramente superiores a 4 puntos sobre una puntuación máxima de 5.

Con todo, siempre dentro de cada uno de los aspectos valorados podemos encontrar algún ítem que destaca, bien sea por obtener una puntuación media más elevada o más baja que el resto. Así, si nos fijamos en el bloque de ítems que hacen referencia a los contenidos impartidos, en cada seminario es un ítem diferente el que obtiene una puntuación media más elevada, pero vemos que la puntuación media obtenida en el ítem 1, “los contenidos impartidos en este seminario son adecuados a las necesidades de los destinatarios”, no se registra como la más elevada en ninguno de los seminarios impartidos. Ello puede deberse a que, según el momento profesional de cada uno de los participantes en el seminario, así como su propia situación laboral y las características de las familias que atiende, podemos encontrar necesidades formativas diferentes entre unos profesionales a otros, aunque como vemos. No obstante, en general, el resultado señala que los profesionales se sintieron satisfechos con los contenidos impartidos.

En cuanto a la metodología empleada, pudimos confirmar que en todos los seminarios se utilizó una metodología participativa y que invita a la reflexión, para aprovechar sus beneficios (Wilson, Holbert & Sexton, 2006; Serrano & Boavida, 2011). A pesar de ello, todos los ítems sufren un descenso en la puntuación media obtenida en los seminarios 2 y 3. Interpretamos que ello fue debido a que, en estos seminarios precisamente se incorporaron contenidos dedicados a la delimitación conceptual de algunos elementos que se consideraron de interés y, justamente por ello, no tuvieron quizá una carga tan práctica como el resto.

Si nos centramos en la valoración que hacen los profesionales que participaron en la acción formativa de los objetivos establecidos para los seminarios, el hecho de que en el primer seminario se valore estos ítems con una puntuación media más baja que en el último de ellos, y que esta valoración vaya aumentando a medida que se van desarrollando los seminarios, debemos interpretarlo como un resultado muy satisfactorio para nuestros intereses y pretensiones. Justamente este resultado es el que cabía esperar al desarrollar una investigación evaluativa sobre un Plan de Formación (Pérez-Juste, 2006) y una intervención educativa que pretendía, desde sus inicios, tener en cuenta e ir ajustándose a las necesidades de los profesionales a los que iba dirigida (García-Sanz, 2003). El resultado nos indica que el objetivo ha sido conseguido. Y salgo similar a ocurrido con la valoración de la temporización de los seminarios.

Respecto a la valoración que reciben los docentes que participaron en los distintos seminarios, en cuanto a su formación en el contenido impartido y metodología pedagógica, no podemos más que sentirnos altamente satisfechos con el resultados, ya que en todos los seminarios estos aspectos resultaron valorados con más de 4 puntos sobre 5.

En los ítems que hacen referencia a la puesta en práctica del conocimiento adquirido y a la seguridad que la acción formativa ha aportado a los profesionales, es donde encontramos unas puntuaciones medias algo más bajas, aunque siempre por encima de 3 puntos, e incluso de 3,5. En la interpretación de este resultados hemos de tener en cuenta que la acción formativa no incorporaba el desarrollo ni

la evaluación de prácticas. Entendemos que los profesionales comparten y entienden que es necesario incorporar nuevas estrategias y seguir afianzando aquellas que utilizan y que hacen referencia a la Acción de Apoyo con las familias, pero la mera reflexión teórica no lleva a eliminar la sensación de poder perderse en la forma de actuar o de no saber si están haciendo lo correcto en ese sentido. Por lo tanto, este resultado indica una de las necesidades de formación que presentan los profesionales y que está ligado a la supervisión de la práctica realizada. Por otro lado, dada la naturaleza de la interacción que se pide al profesional con la familia para el desarrollo de las acciones de apoyo, podemos entender también que la formación que no debe centrarse sólo en cuestiones técnicas y de formas de trabajo en equipo. También es importante que estos profesionales reciban una formación en aquellas habilidades socio-emocionales que tan importantes son para su labor con las familias y con el resto de compañeros que forman parte de su equipo. Una formación en habilidades socioemocionales que muchas veces los propios profesionales echan en falta en sus planes de estudio, lo que les lleva a vivenciar ciertas inseguridades y dudas a la hora de ponerlas en práctica (Repetto, Beltrán, Garay-Gordovil & Pena, 2006; Zahonero & Martin, 2012).

Para terminar, también las medias obtenidas en los ítems que hacen referencia a la satisfacción general con los seminarios, muestran una tendencia a aumentar a lo largo de la acción formativa. Como ya interpretamos más arriba, este resultado puede interpretarse como reflejo de la implementación de una investigación evaluativa sobre el plan de formación y la intervención educativa realizada

(García-Sanz, 2003; Pérez-Juste, 2006), la cual ha llevado, como era nuestra intención, a ir ajustando objetivos, tiempos y contenidos a las necesidades e intereses de los receptores de la acción formativa. No obstante, también es posible interpretar que es al final de la acción formativa cuando los profesionales, haciendo un balance sobre todo lo que les ha aportado el Plan de Formación, están más en condiciones de valorarlo en conjunto y calibrar mejor su satisfacción general con la formación recibida.

5.5.4.- Objetivo 4. Valorar los resultados del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana

Como último elemento de nuestro esfuerzo de investigación evaluativa sobre el Plan de Formación diseñado, y con el fin de que pudiera contribuir a constatar la posible eficacia de la intervención educativa realizada (García-Sanz, 2003; Pérez-Juste, 2006), solicitamos a los participantes de la última sesión de la acción formativa que cumplimentasen el mismo cuestionario que ya habían cumplimentado antes de iniciar la primera sesión y que nos sirvió para ajustar los contenidos de la propia acción formativa (ver objetivo 1).

Comparando ambas aplicaciones del cuestionario vemos que, en la escala de nivel de cumplimiento, prácticamente no se observaron diferencias en las medias alcanzadas por los ítems entre ambas aplicaciones. Si bajó, en más de medio punto, la valoración de la preocupación del profesional porque el niño se adapte al tratamiento; mientras que subió, en medio punto, la valoración de la idea de

desarrollar actividades encaminadas a la integración del niño en su entorno. Con todo, en 6 ítems había bajado, en 0,2 puntos o más, la media alcanzada en la primera aplicación del cuestionario. Y en otros 5 ítems, esa media había subido también en 0,2 puntos o más. Los 12 ítems restantes permanecían con la misma media o con solo una diferencia de 0,1 entre ellas.

Puede esto hacernos pensar que la acción formativa realizada aún no había ejercido una influencia apreciable en la práctica del profesional. Pero también puede argumentarse que, esa modificación de la práctica, es difícilmente apreciable, con el cuestionario utilizado, cuando trabajamos con un colectivo profesional que ya tiene una importante sensibilización hacia el tema abordado en la acción formativa. Algo que, efectivamente, habíamos constatado con las altas puntuaciones medias alcanzadas por todos los ítems en el cuestionario inicial (generalmente más de 4 puntos en una escala de 5).

Más sorprendente resultó la comparación de las medias alcanzadas, en la escala de importancia otorgada, por los distintos ítems entre las dos aplicaciones del cuestionario. En contra de lo previsto, en la segunda aplicación, prácticamente todos los ítems alcanzaron puntuaciones medias más bajas que en la aplicación inicial. A la vez, se observó un aumento importante en la dispersión de las puntuaciones de los participantes en esa segunda aplicación del cuestionario; como denotan unos valores de desviación típica claramente más altos. La razón de estos resultados, creemos que está claramente relacionada con la elevada muerte experimental que sufrió nuestra muestra de participantes entre la primera y

segunda aplicación del instrumento. Pasamos de 19 profesionales, en la primera aplicación, a 17 en la segunda. Pero, además, de estos 17 últimos, tres eran profesionales nuevos, incorporados al CDIAT después del inicio de la acción formativa y que, por tanto, no habían cumplimentado el cuestionario inicial. En resumen, los datos de la segunda aplicación del cuestionario, no solo incluían dos profesionales menos que en la primera aplicación, sino que incluían las opiniones de tres profesionales nuevos y con poca experiencia en Atención Temprana. Esta diferencia de cinco cuestionarios en una muestra de 17, supone más del 26% de la muestra total. Y esa diferencia explica que, en la segunda aplicación del cuestionario, haya una evidente mayor dispersión de las opiniones de los profesionales. Dado que no podemos identificar los cuestionarios de los profesionales noveles, ya que hicimos una recogida anónima de los mismos, nos vemos en la tesitura de no poder interpretar adecuadamente los resultados encontrados, ni poder extraer conclusiones de ellos.

FASE II: Evaluación de la repercusión del Programa de Formación en las prácticas profesionales de apoyo a las familias

Capítulo 6.- Evaluación de la repercusión del Programa de Formación en las prácticas profesionales de apoyo a las familias

6.1.- INTRODUCCIÓN FASE II

En este capítulo abordaremos todo lo referente a la FASE II de nuestra investigación, siguiendo una estructura similar a la del capítulo 5, pero recogiendo la información referida a la evaluación de la repercusión del plan de formación en las prácticas profesionales de apoyo, orientación y Acción Tutorial sobre las familias.

Para dejar constancia de la labor realizada en esta segunda fase de la investigación, empezamos el capítulo 6 planteando los objetivos generales y específicos para la misma.

Acto seguido se especifica el método seguido durante esta fase, para lo cual se ha recogido información sobre la población y muestra participante. En esta segunda fase la muestra participante está compuesta por los mismos profesionales que participaron en la FASE I y, además, por las familias que hacían uso del servicio de Atención Temprana de ASTRAPACE en el momento de la presente investigación. El siguiente apartado que recogemos dentro del método, habla del exhaustivo procedimiento seguido para llevar a cabo el análisis de la repercusión del Plan de Formación. Dentro del procedimiento destacamos la recogida de datos sobre Acciones de Apoyo realizadas por los profesionales a partir de los registros

facilitados por la directora técnica de ASTRAPACE, la creación de una herramienta excel para organizar dichos datos y unificar criterios en cuanto a la información aportada por los registros y volcado de los mismos al programa estadístico spss. Para finalizar con el apartado referido al método, detallamos las variables a tener en cuenta para esta fase de la investigación, diferenciando entre las características de los niños y las características de los profesionales.

A continuación presentamos los resultados de la FASE II, estos resultados hacen referencia a:

- Número de familias y Acciones de Apoyo que han recibido atendiendo a la modalidad y trimestre analizados.
- Número de familias y Acciones de Apoyo recibidas de cada modalidad, atendiendo al diagnóstico médico de su hijo y trimestre analizado.
- Número de familias y Acciones de Apoyo recibidas de cada modalidad, atendiendo al diagnóstico funcional de su hijo y trimestre analizado.
- Acciones de Apoyo de cada modalidad realizadas por los profesionales según el perfil profesional y trimestre analizado.
- Acciones de Apoyo de cada modalidad realizadas por los profesionales según sus experiencia profesional.
- Acciones de Apoyo de cada modalidad realizadas por los profesionales según su cociente emocional y trimestre analizado.
- Acciones de Apoyo de cada modalidad realizadas por los profesionales según su nivel de empatía y trimestre analizado.

- Acciones de Apoyo de cada modalidad realizada por los profesionales según su personalidad y trimestre analizado.

Una vez reflejados todos los resultados, cerramos el presente capítulo 6 con la discusión y conclusiones derivadas de los mismos.

6.2.- OBJETIVOS FASE II

6.2.1.- Objetivo general FASE II

El objetivo general para esta fase es identificar y analizar longitudinalmente las acciones de apoyo realizadas por los profesionales de atención temprana del centro ASTRAPACE según diferentes variables. Para ello, este objetivo general se ha concretado en los siguientes objetivos específicos.

6.2.2.- objetivos específicos FASE II

1. Analizar el número de familias y Acciones de apoyo según modalidad y trimestre.
2. Analizar el número de familias y acciones de apoyo según modalidad, diagnóstico médico y trimestre.
3. Analizar el número de familias y acciones de apoyo según modalidad, diagnóstico funcional y trimestre

4. Analizar las acciones de apoyo según modalidad, perfil profesional y trimestre.
5. Analizar las acciones de apoyo según modalidad, experiencia profesional y trimestre
6. Analizar las acciones de apoyo según modalidad, cociente emocional, empatía y personalidad.

6.3.- MÉTODO FASE II

6.3.1.- Población y muestra participante

6.3.1.1.- Población y muestra participante de niños y familias

En un principio, la muestra de familias que formaban parte de este estudio, estaba constituida por un total de 271 familias de niños atendidos en el CDIAT. Sin embargo, puesto que ASTRAPACE presta otros servicios adicionales a sus usuarios, como por ejemplo poder asistir a alguna sesión de piscina o simplemente realizar alguna sesión de seguimiento en aquellos niños que podrían ser dados de alta pero todavía no es una decisión firme porque no se sabe las consecuencias que podría tener el cese de dichas intervenciones, para participar en la presente investigación se pedía un único criterio de inclusión, concretamente los hijos de las familias participantes debían ser usuarios del servicio de Atención Temprana de ASTRAPACE y no estar bajo la modalidad de seguimiento, aunque sí podía incluirse en la muestra familias de niños que estuviesen en Atención Temprana y en piscina

al mismo tiempo, tampoco consideramos aquellas familias de niños que recibían sesiones grupales, ya que entendemos que estas sesiones grupales no se realizan bajo la filosofía de la Atención Temprana, y así nos lo confirma la directora técnica del CDIAT.

Por todo ello, la muestra real quedó reducida a 229 usuarios, entendiendo por usuarios, en este caso, a las familias de 229 niños que hacían uso del servicio de Atención Temprana de ASTRAPACE. Esta reducción de la muestra se debe a que, en un principio se contabilizaron todos los niños que asistían al CDIAT sin tener en cuenta el uso que hacían del mismo, pero se excluyeron de la muestra final 42 niños que no seguían el protocolo típico que se sigue en el CDIAT, bien porque acudían al CDIAT sólo para una sesión de piscina, bien porque acudían para llevar a cabo un seguimiento mensual o en sesiones grupales.

A continuación, en la Tabla 6.1, se incluye un listado con los diferentes motivos por los que se ha excluido a estos niños y sus familias de la muestra participante en esta investigación.

Tabla 6.1

Motivo de exclusión de la muestra participante inicial

Motivo	N
Sólo recibe un único tratamiento	8
Sólo asiste a piscina y/o grupo	12
Sólo recibe seguimiento	9
Recibe Atención domiciliaria	1
Asiste a Aulas Abiertas	2
Pertenece a escolares	1
Pertenece a extraescolares	1
Inasistencia o asistencia menos de un trimestre	8
TOTAL	42

Tal y como se puede ver en la Tabla 6.1, son varios los motivos por los que la muestra participante en el presente estudio se vio reducida de 271 a 229. De esta manera, vemos que el mayor número de familias, concretamente 12, se han eliminado porque sus hijos no seguían el protocolo de Atención Temprana, sino que acudían al CDIAT para recibir un tratamiento grupal y/o piscina. De la misma manera, hay 9 familias de niños que acuden al CDIAT de manera esporádica para recibir un seguimiento. Por otra parte, hay 8 familias de niños que reciben un único tratamiento rehabilitador de la disciplina correspondiente, pero sin llegar a seguir el protocolo de Atención Temprana, y otras 8 se han eliminado de la muestra por no asistir al CDIAT o asistir un período de tiempo menor a un trimestre, por lo que no ha dado tiempo a realizar ningún tipo de Acción de Apoyo o intervención con ellos. Otros 2 niños pertenecen a Aulas Abiertas y, por tanto,

tampoco siguen el protocolo de Atención Temprana, al igual que el niño que recibe Atención domiciliaria, el que pertenece a escolares y el que pertenece a extraescolares, a pesar de estar en el CDIAT, el protocolo a seguir con ellos no es el mismo que para los que sí pertenecen a Atención Temprana.

En la tabla 6.2, se refleja el número de usuarios por curso académico.

Tabla 6.2

Número de usuarios por curso académico

	N	%
Usuarios sólo en el CURSO 2011-2012	60	26.2
Usuarios sólo en el CURSO 2012-2013	67	29.3
Usuarios en AMBOS CURSOS	102	44.5
TOTAL	229	100

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.2, existe un total de 60 familias de niños que hacen uso del CDIAT durante el curso 2011/2012, lo que representa un 26.2% del total de la muestra. En el curso 2012/2013, hay 67 familias de niños que hacen uso del CDIAT, esto supone un 29.3% de la muestra de familias participantes en esta investigación. Por último, hay 102 familias de niños que asisten al CDIAT durante los dos cursos analizados en esta investigación, estos 102 familias suponen el 44.5% de la muestra total.

En la Tabla 6.3, se ofrece una visión del número de familias de los niños registrados en cada uno de los 6 trimestres analizados y cuántas familias se repiten en alguno de esos trimestres.

Tabla 6.3

Número de usuarios por trimestres

	TRIMESTRES	N	%
Usuarios en TRIMESTRE 1	Sólo trimestre 1	3	1.3
	Trimestres 1 y 2	3	1.3
	Trimestres 1, 2 y 3	46	20.1
	Trimestres 1, 2, 3, 4 y 5	7	3.1
	Trimestres 1, 2, 3, 4, 5 y 6	76	33.2
	TOTAL	135	58.9
Usuarios en TRIMESTRE 2	Sólo trimestre 2	1	0.4
	Trimestres 1 y 2	3	1.3
	Trimestres 1, 2 y 3	46	20.1
	Trimestre 2 y 3	6	2.6
	Trimestres 2, 3, 4, 5 y 6	10	4.4
	Trimestres 1, 2, 3, 4 y 5	7	3.1
	Trimestres 1, 2, 3, 4, 5 y 6	76	33.2
	TOTAL	149	65.1
Usuarios en TRIMESTRE 3	Sólo trimestre 3	1	0.4
	Trimestres 2 y 3	6	2.6
	Trimestres 1, 2 y 3	46	20.1
	Trimestres 2, 3, 4, 5 y 6	10	4.4
	Trimestres 3, 4, 5 y 6	9	3.9
	Trimestres 1, 2, 3, 4 y 5	7	3.1
	Trimestres 1, 2, 3, 4, 5 y 6	76	33.2
	TOTAL	155	67.7
Usuarios en TRIMESTRE 4	Trimestres 4 y 6	1	0.4
	Trimestres 4, 5 y 6	30	13.1
	Trimestres 2, 3, 4, 5 y 6	10	4.4
	Trimestres 3, 4, 5 y 6	9	3.9
	Trimestres 1, 2, 3, 4 y 5	7	3
	Trimestres 1, 2, 3, 4, 5 y 6	76	33.2
	TOTAL	133	58.1
Usuarios en TRIMESTRE 5	Trimestres 5 y 6	23	10
	Trimestres 4, 5 y 6	30	13.1
	Trimestres 2, 3, 4, 5 y 6	10	4.4
	Trimestres 3, 4, 5 y 6	9	3.9
	Trimestres 1, 2, 3, 4 y 5	7	3.1
	Trimestres 1, 2, 3, 4, 5 y 6	76	33.2
	TOTAL	155	67.7

Usuarios en TRIMESTRE 6	Sólo trimestre 6	13	5.7
	Trimestres 4 y 6	1	0.4
	Trimestres 5 y 6	23	10
	Trimestres 4, 5 y 6	30	13.1
	Trimestres 2, 3, 4, 5 y 6	10	4.4
	Trimestres 3, 4, 5 y 6	9	3.9
	Trimestres 1, 2, 3, 4, 5 y 6	76	33.2
	TOTAL	162	70.7

Como se puede apreciar en la Tabla 6.3, el mayor volumen de usuarios lo constituye el grupo de 76 familias de niños que hacen uso del CDIAT a lo largo de los 6 trimestres analizados en esta investigación, lo que supone el 33.2% de los 229 familias que forman la muestra participante en la misma. A continuación, se sitúa el grupo de 46 familias que son usuarias del CDIAT durante los trimestres 1, 2 y 3 y que suponen el 20.1% del total de familias y después vemos un 13.1% de familias, o lo que es lo mismo, 30 familias de niños que hacen uso del CDIAT durante los trimestres 4, 5 y 6. Destaca en la información contenida en la tabla, que el volumen de familias de niños que sólo hacen uso del CDIAT en uno de los trimestres o en 2 de ellos son muy pocos en relación con el volumen de aquellas que están presentes a lo largo de los 3 trimestres que forman un curso completo o incluso los 6 trimestres que incluyen los 2 cursos. Tal vez, lo extraño sería que hubiese un alto porcentaje de familias de niños que sólo estuvieran presentes en el CDIAT a lo largo de un trimestre o 2, debido a la patología que suelen presentar estos niños.

Por otra parte, si observamos el número total de familias de niños que se encuentran haciendo uso en un trimestre, independientemente de si esas familias siguen estando o no en otros trimestres analizados, vemos que el mayor volumen de familias que se registran en el CDIAT está en el trimestre 6, con 162 familias, lo

que supone un 70.7% del total de la muestra participante en este estudio. A continuación, los trimestres con un mayor número de familias de niños registrados son el trimestre 3 y 5, con un total de 155 familias en cada uno de los trimestres, que representan el 67.7% de la muestra participante.

Algo que se hace evidente con los datos registrados en la Tabla 6.3 es que el número de familias que hacen uso del CDIAT aumenta a medida que nos vamos adentrando en el curso, así en el trimestre 1 hay un volumen menor de familias que en el trimestre 2 y 3. Y lo mismo ocurre si comparamos el trimestre 4 con el trimestre 5 y 6.

En la Tabla 6.4, se muestra la relación de niños atendiendo al género en función del trimestre analizado, considerando, además, si han asistido al CDIAT sólo en un trimestre o en más de uno.

Tabla 6.4

Número de usuarios atendiendo al género y al curso académico

TRIMESTRE	Niño		Niña	
	N	%	N	%
Usuarios sólo en el TRIMESTRE 1	2	0.9	1	0.4
Usuarios sólo en el TRIMESTRE 2	0	0	1	0.4
Usuarios sólo en el TRIMESTRE 3	1	0.4	0	0
Usuarios sólo en el TRIMESTRE 6	9	3.9	4	1.7
Usuarios en TRIMESTRES 1 y 2	0	0	3	1.3
Usuarios en TRIMESTRES 1, 2 Y 3	28	12.2	18	7.9
Usuarios en TRIMESTRES 2 y 3	3	1.3	3	1.3
Usuarios en TRIMESTRES 4 y 6	1	0.4	0	0
Usuarios en TRIMESTRES 5 y 6	16	7	7	3.1
Usuarios en TRIMESTRES 4, 5 y 6	20	8.7	10	4.4
Usuarios en TRIMESTRES 2, 3, 4, 5 y 6	7	3.1	3	1.3
Usuarios en TRIMESTRES 3, 4, 5 y 6	4	1.7	5	2.2
Usuarios en TRIMESTRES 1, 2, 3, 4 y 5	5	2.2	2	0.9
Usuarios en TODOS LOS TRIMESTRES	50	21.8	26	11.4
TOTAL	146	63.8	83	36.2

Si miramos el total de niños y de niñas que han hecho uso del CDIAT a lo largo de los dos cursos analizado vemos que hay 146 familias de niños frente a 83 familias de niñas, lo que supone un 63.8% y un 36.2%, respectivamente, de la muestra total de familias que participan en esta investigación. Además, a lo largo de todo el curso, si analizamos por separado cada uno de los trimestres, independientemente del número de trimestres en los que el usuario haga uso del CDIAT y cuáles sean esos trimestres, siempre vemos que hay un mayor número de niños que de niñas. Ahora bien, existe un mayor volumen de niños que ya hacen uso del CDIAT en el

trimestre 1 del presente estudio y siguen haciéndolo en el último trimestre, concretamente 50 niños (21.8%) frente a 26 niñas (11.4%). A continuación, se sitúa el grupo de 28 niños que utilizan el CDIAT durante los trimestres 1, 2 y 3, lo que supone el 12.2% de la muestra total de niños frente al 7.8% de la muestra que se corresponde con el grupo de 18 niñas que hacen uso del CDIAT en esos 3 trimestres. También, podemos mencionar los 20 niños y 10 niñas, 8.7% y 4.4% de la muestra, respectivamente, que asisten al CDIAT durante los trimestres 4, 5 y 6. Por tanto, una vez comentados y analizados estos resultados, también se puede extraer de la Tabla 6.4, la conclusión de que existe un mayor volumen, tanto de niños como de niñas, que hacen uso del CDIAT durante un curso entero, siendo ese volumen un poco mayor en el curso 11/12 (trimestres 1, 2 y 3) que en el 12/13 (trimestres 4, 5 y 6).

Debemos hacer mención, también, a ese caso aislado que usa el CDIAT en el trimestre 4 y 6, ya que ello se debe a una baja en el primer trimestre del curso 11/12, mismo trimestre en el que se da de alta en el CDIAT y un reingreso en el último trimestre del mismo curso. Sin embargo la constante a lo largo de todo el curso es el hecho de que haya un menor volumen de niños que utilicen el CDIAT en uno o dos trimestres y que haya un número mayor de aquellos que hacen uso del mismo a lo largo de los dos cursos o en 3 trimestres, tanto más si esos trimestres pertenecen a un curso completo.

La tabla 6.5 refleja las edades que tienen los niños-usuarios del CDIAT, mostrando el porcentaje de niños para cada una de ellas. Es importante aclarar que, al haber

niños que están presentes en ambos cursos, sus edades cambiarán de un curso a otro. Sin embargo, para facilitar el análisis y comprensión de los resultados, se han agrupado los niños teniendo en cuenta la edad que tenían al entrar al CDIAT, tanto para aquellos niños que sólo fueron usuarios del CDIAT durante uno de los cursos como para aquellos que lo fueron a lo largo de ambos cursos.

Tabla 6.5

Edad de los niños usuarios del CDIAT

Edad en meses	N	%
0-12	56	24.4
13-24	64	28
25-36	63	27.5
37-48	20	8.7
49-60	17	7.4
61-72	9	4
TOTAL	229	100

Como se puede observar en la Tabla 6.5, el mayor porcentaje de niños empiezan a hacer uso del CDIAT cuando tienen una edad entre 13 y 24 meses y 25-36 meses. Los niños con estas edades suponen un 28% y un 27.5% de casos en ambas franjas, respectivamente, lo que se corresponde con un total de 64 y 63 niños en cada una de estas franjas de edad en el momento de darse de alta en el CDIAT. Este porcentaje se ve disminuido a medida que avanza la franja de edad, así la edad correspondiente a los 61 a 72 meses cuenta con un menor volumen de niños a la hora de iniciar los servicios de Atención Temprana, representando un 4% de casos. Aunque también destaca el volumen de niños que empiezan a hacer uso del CDIAT cuando tienen entre los cero y los 12 meses, este porcentaje es algo menor que el

correspondiente a las franjas de edad inmediatamente superiores, 24.4% de la muestra total de niños que se corresponde con una frecuencia de 56 niños que empiezan a hacer uso del CDIAT antes de haber cumplido los 13 meses de edad.

La tabla 6.6 refleja el número de niños-usuarios que forman parte de nuestra muestra y que presentan un determinado diagnóstico médico.

Tabla 6.6

Distribución de usuarios atendiendo a su diagnóstico médico

Diagnóstico Médico	N	%
Riesgo biológico y social	37	16.2
Síndrome o enfermedad genética cromosómica	28	12.2
Retraso psicomotor	88	38.4
TGD/TEA	34	14.8
Encefalopatía	42	18.3
TOTAL	229	100

Como se puede observar en la Tabla 6.6, el retraso psicomotor es el diagnóstico médico que se repite en un mayor porcentaje de niños, con un 38.4% del total de niños, lo que supone un total de 88 niños que tienen ese diagnóstico y que hacen uso del CDIAT, seguido por la encefalopatía, cuyo diagnóstico lo presentan un 18.3% de la muestra total de niños que forman parte de este estudio, o lo que es lo mismo, 42 niños. Los diagnósticos con un menor porcentaje de niños que lo

presenten son TGD/TEA y síndrome o enfermedad genética, con un 14.8% (34 niños) y 12.2% (28 niños), respectivamente.

En la Tabla 6.7 se presenta una comparativa de los mismos diagnósticos atendiendo a cada uno de los trimestres analizados en el presente estudio.

Tabla 6.7

Diagnósticos médicos por trimestre

TRIMESTRE	DIAGNÓSTICO MÉDICO	N	%
Trimestre 1	Riesgo biológico	24	17.8
	Síndrome/enfermedad genética-cromosómica	17	12.6
	Retraso psicomotor	52	38.5
	TGD/TEA	15	11.1
	Encefalopatía	27	20
	TOTAL	135	100
Trimestre 2	Riesgo biológico	23	15.4
	Síndrome/enfermedad genética-cromosómica	18	12.1
	Retraso psicomotor	57	38.3
	TGD/TEA	19	12.8
	Encefalopatía	32	21.5
	TOTAL	149	100
Trimestre 3	Riesgo biológico	22	14.2
	Síndrome/enfermedad genética-cromosómica	20	12.9
	Retraso psicomotor	60	38.7
	TGD/TEA	20	12.9
	Encefalopatía	33	21.3
	TOTAL	155	100
Trimestre 4	Riesgo biológico	19	14.3
	Síndrome/enfermedad genética-cromosómica	21	15.8
	Retraso psicomotor	45	33.8
	TGD/TEA	19	14.3
	Encefalopatía	29	21.8
	TOTAL	133	100
Trimestre 5	Riesgo biológico	23	14.8
	Síndrome/enfermedad genética-cromosómica	25	16.1
	Retraso psicomotor	54	34.8
	TGD/TEA	23	14.8
	Encefalopatía	30	19.4
	TOTAL	155	100
Trimestre 6	Riesgo biológico	23	14.2
	Síndrome/enfermedad genética-cromosómica	24	14.8
	Retraso psicomotor	59	36.4
	TGD/TEA	25	15.4
	Encefalopatía	31	19.1
	TOTAL	162	100

Como se puede observar en la Tabla 6.7, en todos los trimestres hay un mayor número de usuarios del CDIAT que presentan un retraso psicomotor. Ahora bien, el trimestre que registra un mayor volumen de usuarios con esta patología es el trimestre 3, con 60 niños, lo que supone un 38.7% de los 149 niños que forman parte del total de niños-usuarios del CDIAT durante el trimestre 3.

La tabla 6.8 refleja el número de niños-usuarios que forman parte de nuestra muestra y que presentan un determinado diagnóstico funcional o la combinación de dos diagnósticos funcionales o más.

Tabla 6.8

Distribución de usuarios atendiendo a su diagnóstico médico

Diagnóstico Funcional	N	%
No hay	73	31.9
Discapacidad Intelectual	108	47.2
Discapacidad Motora	11	4.8
Discapacidad Sensorial	3	1.3
Discapacidad Intelectual y Motora	26	11.4
Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial	8	3.5
TOTAL	229	100

En la Tabla 6.8 se puede observar que el mayor porcentaje de niños presentan el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, con un 47.2% del total de niños

que forman parte de la muestra participante, seguidos por un 31.9% de niños que, en el momento de la realización de la presente investigación, no tienen establecido ningún diagnóstico funcional.

En la Tabla 6.9 se puede ver el número de niños-usuarios atendiendo a su diagnóstico funcional.

Tabla 6.9

Diagnósticos funcionales por trimestre

TRIMESTRE	DIAGNÓSTICO	N	%
Trimestre 1	No hay	38	28.2
	Discapacidad intelectual	69	51.1
	Discapacidad motora	7	5.2
	Discapacidad Sensorial	1	0.7
	Discapacidad intelectual y motora	15	11.1
	Discapacidad intelectual, motora y sensorial	5	3.7
	TOTAL	135	100
Trimestre 2	No hay	39	26.2
	Discapacidad intelectual	76	51
	Discapacidad motora	9	6
	Discapacidad Sensorial	1	0.7
	Discapacidad intelectual y motora	18	12.1
	Discapacidad intelectual, motora y sensorial	6	4
	TOTAL	149	100
Trimestre 3	No hay	41	26.5
	Discapacidad intelectual	79	51
	Discapacidad motora	10	6.5
	Discapacidad Sensorial	1	0.6
	Discapacidad Intelectual y motora	18	11.6
	Discapacidad intelectual, motora y sensorial	6	3.9
	TOTAL	155	100
Trimestre 4	No hay	45	33.8
	Discapacidad intelectual	57	42.9
	Discapacidad motora	8	6
	Discapacidad Sensorial	1	0.8
	Discapacidad intelectual y motora	14	10.5
	Discapacidad intelectual, motora y sensorial	8	6
	TOTAL	133	100
Trimestre 5	No hay	56	36.1
	Discapacidad intelectual	65	41.9
	Discapacidad motora	8	5.2
	Discapacidad Sensorial	2	1.3

	Discapacidad intelectual y motora	16	10.3
	Discapacidad intelectual, motora y sensorial	8	5.2
	TOTAL	155	100
Trimestre 6	No hay	56	34.6
	Discapacidad intelectual	70	43.2
	Discapacidad motora	8	4.9
	Discapacidad Sensorial	2	1.2
	Discapacidad intelectual y motora	18	11.1
	Discapacidad intelectual, motora y sensorial	8	4.9
	TOTAL	162	100

Como se puede apreciar en la Tabla 6.9, el diagnóstico funcional que se da en un mayor número de casos es la discapacidad intelectual, en todos los trimestres, siendo mayor el número de niños con este diagnóstico en el trimestre 2, con 76 niños que suponen el 51% de los 149 registrados en el CDIAT en dicho trimestre.

6.3.1.2.- Población y muestra participante de profesionales

La muestra total de participante que forma parte de esta investigación para el estudio de las Acciones de Apoyo que realizan los especialistas de Atención Temprana está formada por 22 profesionales que desempeñaron su labor en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana ASTRAPACE, en Murcia, durante los cursos 2011/2012 y 2012/2013. Estos profesionales de Atención Temprana podían desempeñar la función de terapeuta/tutor del niño y/o de responsable de caso. Debido a que la función de tutor la podía ejercer cualquier especialista de Atención Temprana que tuviese asignada una intervención directa con el niño y que la función de responsable era independiente de esta intervención directa, para esta investigación hemos analizado la figura del Responsable como un perfil profesional más. Así los perfiles profesionales analizados son: Estimulador, Fisioterapeuta, Logopeda y Responsable. En la tabla 6.10 queda reflejada la

distribución de estos profesionales en función del curso académico analizado y del perfil profesional que desempeñaban en ese momento.

Tabla 6.10

Distribución de los distintos perfiles profesionales desempeñados

CURSO ACADÉMICO	PERFIL PROFESIONAL	Nº PROFES.
2011-2012	Estimulador	1
	Fisioterapeuta	2
	Logopeda	1
2012-2013	Fisioterapeuta	2
	Estimulador y Logopeda	1
AMBOS CURSOS	Estimulador	6
	Fisioterapeuta	3
	Logopeda	2
	Estimulador y Logopeda	1
	Estimulador y Responsable	2
	Estimulador, Logopeda y Responsable	1
TOTAL		22

Como se puede observar en la Tabla 6.10, de los 22 profesionales que forman parte de la muestra del presente estudio, sabemos que 14 de ellos son los mismos para ambos cursos, mientras que 5 sólo estaban en la plantilla de profesionales durante el curso 2011-2012, concretamente un profesional bajo el perfil profesional de logopeda, uno bajo el perfil de estimulador y dos bajo el perfil de fisioterapeuta .

Otros 3 profesionales, sólo estaban en la plantilla del curso 2012-2013, 2 de ellos con el perfil de fisioterapeuta y 1 con el doble perfil de estimulador y logopeda.

En la Tabla 6.11 se muestra el rango de experiencia laboral que poseen estos profesionales. Para ello se ha establecido un primer rango que recoge el número de profesionales con una experiencia menor de 3 años, el segundo rango lo forman los profesionales que tienen una experiencia laboral comprendida entre 3 y 6 años y el último rango lo forman aquellos profesionales que poseen una experiencia laboral superior a 6 años.

Tabla 6.11

Distribución de usuarios atendiendo a su edad

Experiencia laboral	N	%
< 3 años	8	36.4
De 4 a 6 años	7	31.8
> 6 años	7	31.8
TOTAL	22	100

Como se aprecia en la Tabla 6.11, la muestra participante de profesionales se distribuye uniformemente según el rango de experiencia laboral. Concretamente la muestra participante está formada por el 36.4% de profesionales que tienen una experiencia laboral menor de 3 años, mientras que 31.8% de los profesionales poseen una experiencia laboral de 4 a 6 años y el 31.8% restante posee una experiencia laboral mayor de 6 años.

6.3.2.- Contexto

Al igual que el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana se puso en marcha en el CDIAT de ASTRAPACE, los registros de Acción Tutorial que se analizaron para concretar el tipo de Acciones de Apoyo que los profesionales realizaban con las familias usuarias de su servicio, también pertenecían a los profesionales y usuarios de ASTRAPACE, así como todos los cuestionarios utilizados en esta fase de la investigación, también se aplicaron a los mismos. Por tanto el contexto para la Fase II de la investigación ya está descrito en el apartado correspondiente sobre el Programa de Formación en Acción Tutorial.

6.3.3.- Instrumentos

6.3.3.1.- Registros de Acciones de Apoyo

Para la recogida de información sobre las Acciones de Apoyo que se realizaron en el CDIAT durante los cursos 2011 al 2013, la dirección de ASTRAPACE nos facilitó una serie de registros en los que los profesionales recogían las fechas de tutoría realizadas con las distintas familias-usuarias a las que tutorizaban, así como si realizaban esa tutoría con algún otro profesional con el que el niño tuviese algún tratamiento o si hacían uso de alguna herramienta adicional durante esa sesión de tutoría, como podían ser vídeos o documentos escritos. La cantidad de información que contenían estos registros era muy extensa, además de estar muy dispersa,

pues cada profesional rellenaba un registro por trimestre en el que aportaba información sobre cada uno de los usuarios a los que había atendido y ese usuario podía repetirse o no en el registro de otro profesional que, bien podía haber procedido de la misma manera que el profesional anterior o de manera diferente.

Para organizar toda esta información e identificar aquellos datos similares presentes en cada uno de los registros, se creó una hoja de cálculo utilizando el programa informático Microsoft Excel y articulando, en torno al niño-usuario del CDIAT, toda la información que había en los registros. Así, en esta hoja de cálculo se recogió información referente al trimestre que se estaba registrando, la identificación del niño, la fecha en la que algún profesional había tenido alguna Acción de Apoyo con este niño y qué perfil profesional había ejercido esta Acción de Apoyo, además de la modalidad de la Acción de Apoyo realizada y si utilizaba alguna herramienta durante el desarrollo de la misma. Esta hoja de cálculo nos permitió tener una visualización más clara del protocolo seguido en CDIAT en cuanto a las Acciones de Apoyo y así poder organizar las variables que se utilizarían en el programa estadístico para ciencias sociales SPSS en su versión 19.

Por otra parte, la misma hoja de cálculo vacía se proporcionó a los profesionales del CDIAT, para que ellos mismos o bien la directora técnica fuese registrando esos datos, directamente en el programa informático Microsoft Excel (ver. 14.7.1), y así facilitarle el trabajo a la hora de analizar las acciones realizadas por cada profesional y tomar las medidas oportunas como mejora de la calidad del servicio prestado.

6.3.3.2.- Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)

El MSCEIT (Caruso, Mayer & Salovey, 2011), es una prueba que proporciona un índice general de inteligencia emocional, así como también ofrece información sobre el área emocional experiencial y el área emocional estratégica. Por otra parte, a través de este test también se puede obtener la puntuación sobre 4 capacidades emocionales específicas, identificadas como puntuaciones de rama y que son:

- Percepción emocional
- Facilitación emocional
- Comprensión emocional
- Manejo emocional

Para valorar la puntuación en cada una de estas ramas el profesional debía realizar un total de 8 tareas diferentes, 2 por cada rama mencionada, que podían consistir en relacionar caras con el nombre de la emoción que representaban o relacionar situaciones con estados de ánimo. A continuación, la Tabla 6.12, recoge las tareas que se corresponden a cada una de dichas ramas.

Tabla 6.12

Correspondencia Rama-Tarea MSCEIT

RAMA	TAREAS
Percepción emocional	Caras y dibujos
Facilitación emocional	Facilitación y sensaciones
Comprensión emocional	Cambios y combinaciones
Manejo emocional	Manejo emocional y Relaciones emocionales

Adaptado de Caruso, J.D., Mayer, D.R., & Salovey, P. (2011). *MSCEIT. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso*. Madrid: TEA ediciones.

A continuación se detalla en qué consistía cada una de estas tareas:

- En las tareas de caras y dibujos, el profesional tenía que relacionar caras o dibujos con el nombre de la emoción que representaban o transmitían.
- En las tareas de facilitación, los profesionales debían elegir un estado de ánimo que, a su juicio, permitiese el mejor desarrollo de una situación específica.
- En la tarea de sensaciones, la labor de los profesionales consistía en relacionar una serie de sensaciones descritas con sus correspondientes emociones.
- La tarea de cambios se basaba en tareas que valoraban la comprensión de la sucesión de una emoción a otra.
- La tarea de combinaciones consistía en elegir diferentes emociones que se podrían relacionar para formar otra emoción.

- La tarea de manejo emocional consistía en la elección de la mejor estrategia, bajo el criterio del profesional, para modificar sus emociones.
- En la tarea de relaciones emocionales el profesional debía resolver un problema emocional para favorecer la gestión emocional en los demás.

En el Anexo 6, que muestra el informe personalizado que se facilitó a cada uno de los participantes con su puntuación alcanzada en este cuestionario, se puede consultar la descripción de cada uno de estas áreas y ramas con más detalle.

La unidad de medida utilizada para las puntuaciones obtenidas en este cuestionario son los percentiles.

6.3.3.3.- Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA)

Tal y como afirman Bermejo et al. (2006) el CUIDA mide las características que se consideran de mayor importancia para el establecimiento competente y funcional en las relaciones de cuidado a otros. En un principio el CUIDA se elaboró para la evaluación de los solicitantes de adopción, pero a medida que se ha ido utilizando se ha ido aplicando a otros campos como el jurídico y el social, viéndose su utilidad en la valoración de cuidadores, tutores y mediadores (Bermejo et al. 2006; García-Medina, Estévez & Letamendía, 2007).

El cuestionario CUIDA consta de 189 ítems relacionados con la forma de pensar y actuar. Cada uno de estos ítems debían ser valorados por los profesionales con una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (1. En desacuerdo, 2. Algo en desacuerdo, 3. Algo de acuerdo y 4. De acuerdo).

Cabe destacar que el total de ítems del presente cuestionario permite valorar 14 características de personalidad que se entienden como factores primarios, de los cuales nos interesan 13 para el presente estudio, y 4 factores secundarios. Dentro de los factores primarios que hemos utilizado para el estudio se encuentran:

- Altruismo
- Apertura
- Asertividad
- Autoestima
- Capacidad de resolver problemas
- Empatía
- Equilibrio emocional
- Independencia
- Flexibilidad
- Sociabilidad
- Tolerancia a la frustración
- Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego
- Capacidad de resolución del duelo

En cuanto a los factores de segundo orden, son los que siguen:

- Cuidado responsable
- Cuidado afectivo
- Sensibilidad hacia los demás
- Agresividad

En el Anexo 7, que muestra el informe personalizado que se facilitó a cada uno de los participantes, se puede consultar la descripción de cada uno de estos factores.

La unidad de medida para este cuestionario son los eneatis.

6.3.3.4.- Test de empatía cognitiva y afectiva (TECA)

El TECA (López-Pérez, Fernández-Pinto & Abad, 2008), es un cuestionario que permite conocer el nivel de empatía a través de 33 ítems a los que acompaña una escala tipo Likert de 5 puntos (1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. Indiferente, 4. Neutro y 5. Totalmente de acuerdo). Los 33 ítems que componen la escala permiten valorar el nivel global de empatía y 4 escalas específicas que son:

- Adopción de perspectivas
- Comprensión emocional
- Estrés empático
- Alegría empática

En el Anexo 8, que muestra el informe personalizado que se facilitó a cada uno de los participantes con su puntuación alcanzada en este cuestionario, se puede consultar la descripción de cada uno de estas escalas con más detalle.

La unidad de medida para la puntuación obtenida en este cuestionario son los percentiles.

6.3.4.- Procedimiento

Para proceder con el análisis de las Acciones Tutoriales realizadas por los distintos profesionales de Atención Temprana de ASTRAPACE, se contó con la ayuda de la directora técnica del CDIAT, quien nos facilitó una serie de registros en los que los profesionales dejaban constancia de las Acciones Tutoriales que habían realizado a la largo de los 6 trimestres que hemos analizado en esta investigación, así como la forma de realizar esas Acciones Tutoriales y si habían utilizado alguna herramienta de apoyo, tal como documentos escritos o vídeos. Estos registros siempre los han utilizado los profesionales del CDIAT como una medida del control de calidad del mismo, aunque el formato y la información recogida ha ido cambiando a lo largo del tiempo, en función de las necesidades y de los objetivos marcados para cada curso.

Puesto que el Programa de Formación se desarrolló durante el tercer trimestre del curso 2011/2012 y el primero del curso 2012/2013, los registros que utilizamos

para la presente investigación fueron todos los disponibles para ambos cursos, así pudimos contar con los registros de dos trimestres anteriores a la acción formativa y que hemos denominado trimestre 1 y trimestre 2, los registros de los dos trimestres en los que se desarrolló la acción formativa, denominados trimestre 3 y trimestre 4, y los dos posteriores a la misma y que hemos llamado trimestre 5 y trimestre 6. Es importante señalar que, a pesar de que la última sesión con los profesionales tuvo lugar en el trimestre 5, consideramos que dicha sesión no cumple con las características de los seminarios anteriores, por ser una sesión más corta que los otros 3 seminarios y porque en este último se procedió a la devolución de resultados de los cuestionarios socioemocionales y a la despedida y cierre del Programa de Formación. Por tanto, se contempla el último seminario como tal porque forma parte del Plan de formación, pero destacamos que la acción formativa propiamente dicha se desarrolló en los 3 seminarios previos a este último.

Una vez que se pudo acceder a los registros antes mencionados, se organizó todas las notas recogidas en ellos, identificando toda la información que era similar y clasificándola en diferentes epígrafes que hiciesen referencia a la realidad de la información recogida en cada uno de ellos. Para organizar y clasificar toda esta información, se utilizó, en un primer momento, el programa informático excel y, a partir de aquí, surgieron las variables que formarían parte de nuestra investigación. Ahora bien, para poder organizar todos los datos recogidos en los registros fueron necesarias varias reuniones con la directora técnica del CDIAT, quien estuvo disponible en todo momento para aclarar cualquier interrogante que

podiera surgir a la hora de interpretar cualquier información contenida en dichos registros, ya que estos registros fueron hechos por personas a partir de su experiencia con personas y dentro de una realidad totalmente cambiante de un momento a otro en función de sus necesidades. Esta realidad tan viva y cambiante, se reflejaba en los registros , por ejemplo, a la hora de plasmar una misma actuación de diferente manera, en función del momento o del profesional que rellenaba el registro. Así, las temáticas abordadas en las diferentes reuniones llevadas a cabo con la directora técnica del CDIAT versaban, básicamente, sobre:

- Delimitación conceptual. Fueron necesarias diferentes reuniones para aclarar la terminología utilizada por los profesionales del CDIAT.
- Identificación de niños que recibían Atención Temprana y no otros servicios prestados en el CDIAT. En los registros existían niños que, a pesar de no tener más de 6 años y de recibir aquellos tratamientos que se prestan bajo el servicio de Atención Temprana, no siguen el mismo protocolo que los niños que reciben los servicios de Atención Temprana propiamente dichos y por ello, debieron descartarse de la muestra.
- Comprobación de que ningún niño registrado estuviese repetido en la muestra. En ocasiones los profesionales no escribían los nombres correctamente o utilizaban diminutivos y, en ocasiones hubo que eliminar a niños que estaban registrados como niños distintos pero que, en realidad, era un solo niño.
- Identificación de profesionales que realizaban alguna Acción de Apoyo compartida. A veces, las Acciones de Apoyo compartidas las identificaba un

solo especialista, sin embargo era necesario identificar a los demás, sobre todo para saber los perfiles profesionales que realizaban dichas Acciones de Apoyo.

Cuando las anotaciones contenidas en los registros fueron volcados al excel en su totalidad, se pudo obtener una visión global y uniforme de la misma y, a partir de ahí, ya se pudo exportar esos datos al programa estadístico spss en su versión 19. Dentro de este programa se crearon dos bases de datos, una que recogía la información de las Acciones de Apoyo teniendo en cuenta al niño, es decir recogía las Acciones de Apoyo que el la familia del niño había recibido en un trimestre; y otra base de datos que recogía la misma información, pero desde la perspectiva del profesional, es decir recopilando todas las Acciones de Apoyo que realiza el profesional por trimestre. Además, en esta última base de datos también se incorporó los datos referidos a las características socioemocionales de los profesionales, extraídos de los cuestionarios referidos en el apartado anterior.

6.3.5.- Variables y análisis de datos

Para la Fase II de la presente investigación, en la que se analizan las Acciones de Apoyo llevadas a cabo por los profesionales de Atención Temprana, se ha realizado un análisis estadístico descriptivo, para ello se ha utilizado la estadística no paramétrica del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS en su versión 19 y se ha realizado un estudio longitudinal de medidas repetidas. Tal y como señala Arnau (2007), este tipo de estudios se caracteriza por la observación secuencial de

la misma variable dependiente, en función del tiempo o de un tratamiento. Por su parte, Raudebush (citado en Arnau, 2007), destaca que los estudios longitudinales evalúan los efectos de las intervenciones. Concretamente en nuestro estudio, en el que nos interesa conocer el efecto del programa de formación sobre Acción Tutorial, al utilizar el estudio longitudinal de medidas repetidas, hemos podido medir distintas variables a lo largo del tiempo en diferentes ocasiones, lo que nos ha permitido extraer ciertas conclusiones sobre la utilidad de dicho programa de formación.

A continuación de detallan las variables que se han utilizado en la Fase II de este estudio.

6.3.5.1.- Características de los niños objeto de estudio

La Tabla 6.13 recoge las características de los niños cuyas familias se tuvieron en cuenta para la realización del estudio.

Tabla 6.13

Características niños

Diagnóstico médico	Diagnóstico funcional
Riesgo biológico y social	Sin diagnóstico establecido
Síndrome o enfermedad genética/cromosómica	Discapacidad intelectual
Retraso psicomotor	Discapacidad sensorial
TGD/TEA	Discapacidad intelectual y Motórica
Encefalopatía	Discapacidad intelectual, motórica y sensorial

6.3.5.2.- Características de los profesionales objeto de estudio

La Tabla 6.14 recoge las características de los profesionales que hemos utilizado para realizar el presente estudio.

Tabla 6.14

Características profesionales

Experiencia laboral	Perfil profesional
0 a 3 años	Fisioterapeuta
4 a 6 años	Estimulador
Más de 6 años	Logopeda
	Responsable

6.3.5.3.- Acciones de Apoyo

A la hora de analizar las Acciones de Apoyo llevadas a cabo por los profesionales y recibidas por las familias, se tuvo en cuenta el trimestre en el que se realizaron y la modalidad bajo la cual se llevaron a cabo. La Tabla 6.13 recoge los trimestres en los que se analizaron dichas Acciones de Apoyo y la modalidad de las mismas.

Tabla 6.15

Acciones de Apoyo

Trimestre	Modalidad
	Ordinaria
	Ordinaria sin observación
Trim 1	Ordinaria con observación
Trim 2	Ordinaria demandada
Trim 3	Ordinaria oral
Trim 4	Ordinaria con herramientas
Trim 5	Ordinaria con herramientas escritas
Trim 6	Ordinaria con herramienta vídeos
	Ordinaria compartida
	Integrada

A continuación se explican las distintas modalidades de las Acciones de Apoyo para favorecer la comprensión de las mismas.

Acciones de Apoyo ordinarias, se realizan de forma regular a lo largo de los distintos trimestres que forman un curso académico, pero siempre en una fecha en concreto. Dentro de esta modalidad se pueden incluir la Acción de Apoyo:

- **Sin observación directa**, es aquella que se ha dado en una fecha en concreto, sin que la familia esté presente o participe en la sesión de tratamiento, sólo a través de una entrevista o charla con ellos. Los profesionales convocan a los familiares, se reúnen en el despacho del profesional que los ha convocado y este les cuenta cómo se están desarrollando las sesiones de tratamiento, así como también les facilita cualquier información que consideren oportuna, bien a través de documentos escritos, bien a través de alguna grabación o vídeo.
- **Con observación directa**, es aquella que también se ha dado en una fecha en concreto, pero con los padres dentro de la sala durante la sesión de tratamiento. La finalidad viene a ser la misma que la anterior, informar a las familias sobre cómo se está desarrollando la sesión de tratamiento para poder conseguir los objetivos planteados en el niño, pero cambia la forma en que se da acceso a esa información. En este caso, las familias pueden ver in situ cómo se está desarrollando la intervención e incluso tienen la posibilidad de realizar alguna práctica con su hijo que les facilite el trabajo en casa más tarde.
- **Demandada**, recoge el número de tutorías demandadas por los padres de cada uno de los niños atendidos en el CDIAT a lo largo de los distintos trimestres analizados. Entendemos que una familia que tiene tutorías

demandadas por los padres, también tiene tutorías demandadas por el profesional, pero no ocurre lo mismo en el caso contrario.

- **Oral**, recoge el número de tutorías que se han realizado en cada trimestre, para cada uno de los casos atendidos, de forma oral, sin utilizar ningún tipo de herramienta adicional.
- **Herramientas**, esta variable hace alusión a cualquier tipo de instrumento o herramienta que se haya utilizado para llevar a cabo la Acción Tutorial, pudiendo utilizar la combinación de varias herramientas. Entre estas herramientas se encuentran:
 - Documentos escritos, se utilizan en las Acciones de Apoyo herramientas escritas, hace alusión a las tutorías realizadas en cada trimestre, con cada una de las familias, facilitando a los padres o tutores cualquier tipo de guía, documento u orientación escrita.
 - Vídeos, se utilizan en las Acciones de Apoyo herramientas vídeos. Refleja las tutorías que se han realizado en cada trimestre con cada una de las familias, utilizando algún video.

Acciones de Apoyo Integradas, se refiere a una Acción Tutorial continua en el tiempo, es decir no tiene lugar en una fecha en concreto, sino que se da durante todo el tiempo en que el niño y la familia tienen contacto con el CDIAT, por ello no se puede contabilizar el número de tutorías llevadas a cabo bajo esta modalidad, aunque sí se registran las familias que reciben esta Acción Tutorial, así como el

número de profesionales que ponen en práctica esta modalidad para cada uno de los casos atendidos en el CDIAT.

Tras conocer la realidad del CDIAT, podemos considerar la modalidad de Acciones de Apoyo integradas como un paso previo a la implantación del modelo Centrado en la Familia, ya que las Acciones Tutoriales integradas ocurren como algo inherente a la intervención con el niño y la familia, es decir, cada vez que el profesional establece un contacto con la familia se está dando una Acción Tutorial integrada, en la que el primero sirve de apoyo a las familias e intenta dar estabilidad y continuidad a los aprendizajes del niño. Para ello los padres suelen entrar la sesión de tratamiento cada vez que el niño acude al centro y, de forma progresiva, se les va invitando a que cuenten las dificultades que tienen en casa para conseguir avanzar en el desarrollo del niño, así como también se intenta resolver sus dudas. A pesar de que en un principio no se interviene en las rutinas, a medida que se va haciendo un mayor uso de este tipo de tutoría, se va haciendo más hincapié en los problemas que van apareciendo en el hogar y la forma de solucionarlos, por ello entendemos que este es el paso previo al Modelo Centrado en la Familia, aunque esto va surgiendo de forma espontánea y sin estar recogido formalmente en ningún sitio.

6.3.5.4.- Análisis de datos

El análisis de los resultados se realizó mediante el Statical Package for the Social Science (ver. 19). Para la obtención de los resultados, se realizó un estudio de parámetros descriptivos característicos (media, desviación típica, mínimo,

máximo, frecuencias y porcentajes). 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 y Ruiz, 2005), ya que, la prueba de Kolmogorov-Smirnov arroja valores de significación inferiores a .05 (p inferior a .05). Por tanto, la comprobación de la posible existencia de diferencias significativas se ha realizado mediante la prueba U de Mann-Whitney.

6.4.- RESULTADOS

6.4.1.- Número de familias, acciones de apoyo-modalidad y trimestre

6.4.1.1.- Familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria e integrada según trimestre

En la Tabla 6.16, se muestra el número de Acciones de Apoyo ordinaria e integrada que reciben las familias a lo largo de los 6 trimestres analizados y su respectivos porcentajes. Estos últimos se han calculado sobre la población total de familias atendidas en cada trimestre. Es importante señalar que una misma familia puede recibir una Acción de Apoyo ordinaria por parte de un determinado profesional y una Acción de Apoyo integrada por parte de otros profesionales, aún estando en el mismo trimestre.

Tabla 6.16

Familias con Acciones de Apoyo ordinarias e integradas

CURSO	TRIMESTRE	ORDINARIAS		INTEGRADAS	
		N	%	N	%
Curso 2011/2012	Trimestre 1	96	71.1	7	5.2
	Trimestre 2	108	72.5	16	10.7
	Trimestre 3	149	96.1	15	9.7
Curso 2012/2013	Trimestre 4	99	74.4	9	6.8
	Trimestre 5	88	56.8	13	8.4
	Trimestre 6	138	85.2	29	17.9

Si nos fijamos en el porcentaje de familias que reciben Acción de Apoyo ordinaria a lo largo de los distintos trimestres, se aprecia que en el Trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación sobre Acción Tutorial para terapeutas de Atención Temprana, es cuando se registra un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias, llegando a alcanzar el 96.1% de las familias que forman parte de la muestra, es decir en este trimestre 149 del total de 155 familias, recibieron, al menos, una Acción de Apoyo ordinaria.

Sin embargo, a lo largo de los trimestres 4 y 5 hay un descenso del porcentaje de familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo, para volver a aumentar en el trimestre 6, aunque el porcentaje no llega a ser tan alto como en el trimestre 3.

En cuanto a las Acciones de Apoyo integradas, en el trimestre 4 hay un descenso del porcentaje de familias que reciben esta Acción de Apoyo, pero a partir del

trimestre 5 vuelve a aumentar y, en el trimestre 6, ya se registran 29 familias que reciben una Acción de Apoyo integrada por parte de alguno de los profesionales por los que son atendidos en ese trimestre, lo que supone un 17.9% del total de la muestra (155). Esta información se puede consultar de manera más visual en la Figura 6.1.

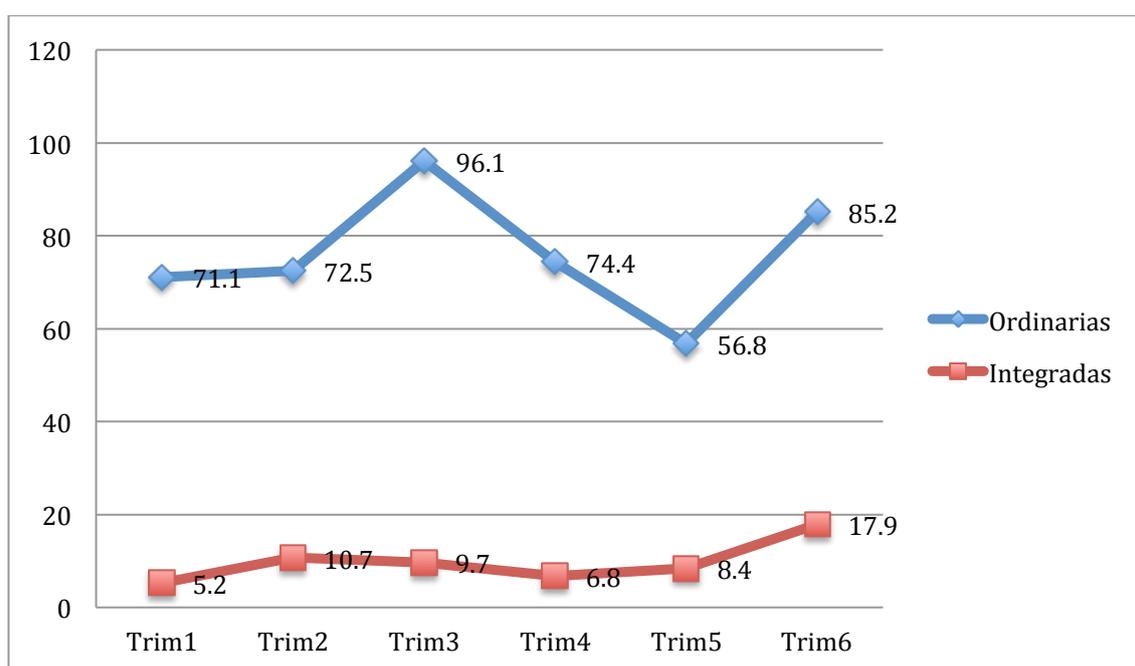


Figura 6.1. Familias con Acciones de Apoyo ordinarias e integradas por trimestre.

6.4.1.2.- Familias y Acciones de Apoyo según modalidad ordinaria-con observación y trimestre

La Tabla 6.17 refleja el recuento de las familias que reciben alguna Acción de Apoyo con observación y el total de estas Acciones de Apoyo realizadas.

Tabla 6.17

Recuento de familias y Acciones de Apoyo con observación según trimestre

CURSO	TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES	
		N	%	N	%
Curso 2011/2012	Trimestre 1	8	5.9	8	4.6
	Trimestre 2	3	2	3	1.6
	Trimestre 3	1	0.7	4	1.8
Curso 2012/2013	Trimestre 4	2	1.5	2	1.2
	Trimestre 5	1	0.7	1	0.7
	Trimestre 6	0	0	0	0

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.17, el porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con observación va disminuyendo a lo largos de los 6 trimestres analizados, hasta llegar a desaparecer en el último de ellos.

Si observamos el porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con observación en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, vemos que no llega a registrarse el 1% de las familias, sino que tan sólo 1 familia recibe alguna Acción de Apoyo con observación, lo que supone el 0.7% del total de familias que se registran en el CDIAT en dicho trimestre.

En el trimestre 6 no se registra ninguna familia que reciba Acción de Apoyo con observación.

El trimestre con el mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo con observación, es el trimestre 1, con 8 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 5.9% de los 135 registrados en el CDIAT en ese trimestre.

Como también se puede observar, el porcentaje de Acciones de Apoyo que se realizan con observación directa, va disminuyendo a lo largo de los 6 trimestres analizados, al igual que ocurre con el porcentaje de familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo. Así vemos que en el trimestre 1 hay un 4.6% de Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan con observación directa, esto significa que 8 de las 175 Acciones de Apoyo ordinarias se realizan de esta manera, sin embargo en el trimestre 6 no existe ninguna Acción de Apoyo realizada bajo esta modalidad.

6.4.1.3.- Familias y Acciones de Apoyo según modalidad ordinaria-sin observación y trimestre

En la Tabla 6.18 se muestra el recuento de familias que reciben Acciones de Apoyo sin observación en cada uno de los trimestres y el total de estas Acciones de Apoyo realizadas.

Tabla 6.18

Recuento de familias y Acciones de Apoyo sin observación según trimestre

CURSO	TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES	
		N	%	N	%
Curso 2011/2012	Trimestre 1	93	68.9	167	95.4
	Trimestre 2	107	71.8	182	98.4
	Trimestre 3	149	96.1	219	98.2
Curso 2012/2013	Trimestre 4	98	73.7	169	98.8
	Trimestre 5	87	56.1	134	99.3
	Trimestre 6	138	85.2	107	100

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.18, el mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo sin observación se encuentra en el trimestre 3, con 149 familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo y que suponen el 96.1% de las 155 familias que hacen uso del CDIAT en dicho trimestre.

Tras el trimestre 3, el siguiente trimestre en registrar un porcentaje alto de Acciones de Apoyo sin observación es el trimestre 6. Son 138 las familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 85.2% de las 162 familias que se encuentran haciendo uso del CDIAT en ese momento. Ahora bien, en ese mismo trimestre no se registra ninguna familia que reciba Acción de Apoyo con observación.

Por otra parte, si comparamos los porcentajes de familias de niños registrados en la Tabla 6.17 y las registradas en la Tabla 6.18, vemos que el porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo sin observación es mucho mayor que aquellos que reciben alguna de estas Acciones de Apoyo con observación, en cualquiera de

los trimestres. Además, mientras aumenta el porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo sin observación a lo largo de los 6 trimestres, el porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo con observación disminuye.

En cuanto a las Acciones de Apoyo que se realizan sin observación, vemos que en el trimestre 1 se registran un 95.4% del total realizadas bajo esta modalidad, mientras que en el Trimestre 6, el 100% de las Acciones de Apoyo que se realizan son sin observación.

6.4.1.4.- Familias según volumen de Acciones de Apoyo ordinarias y trimestre

En la Tabla 6.19 se muestra el número de familias que reciben un 1, 2, 3, 4, 5 ó 6 Acciones de Apoyo ordinarias en cada uno de los trimestres analizados en la presente investigación.

Tabla 6.19

Familias según número de Acciones de Apoyo ordinarias por trimestre

Total	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	39	28.9	41	27.5	6	3.9	34	25.6	67	43.2	24	14.8
1	49	36.3	60	40.3	94	60.6	50	37.6	53	34.2	88	54.3
2	26	19.3	27	18.1	42	27.1	34	25.6	25	16.1	36	22.2
3	13	9.6	15	10.1	9	5.8	8	6	8	5.2	9	5.6
4	6	4.4	4	2.7	2	1.3	6	4.5	2	1.3	5	3.1
5	1	0.7	2	1.3	2	1.3	1	0.8	0	0	0	0
6	1	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	135	100	149	100	155	100	133	100	155	100	162	100

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.19, las familias que reciben 5 ó 6 Acciones de Apoyo ordinarias en un mismo trimestre son escasos, de hecho tan sólo 1 familia recibe 6 Acciones de Apoyo ordinarias en un trimestre, concretamente en el trimestre 1, mientras que en el resto de trimestres no se registra ninguna familia con 6 Acciones de Apoyo ordinarias. De la misma manera, tampoco se registran familias con 5 Acciones de Apoyo ordinarias en los trimestres 5 y 6, mientras que en los trimestres 1 y 4 sólo se registra 1 y en los trimestres 2 y 3, se registran 2 familias con Acciones de Apoyo bajo esta modalidad.

En cuanto a las familias que no reciben ninguna Acción de Apoyo ordinaria, se observa que en el primer trimestre de cada curso el porcentaje de estas familias es muy similar, registrando el 28.9% en el trimestre 1, con 39 familias de las 135 totales que hacen uso del CDIAT en el trimestre 1, y el 25.6% en el trimestre 4, que corresponde con el primer trimestre del curso 2012/2013, con 34 familias con Acciones de Apoyo ordinarias. En el segundo trimestre del curso 2011/2012, vemos que el porcentaje de familias con una única Acción de Apoyo en todo el trimestre es muy similar al porcentaje del primer trimestre, 27.5%, mientras que en el trimestre 5, , tras la puesta en marcha del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, el porcentaje de familias que no recibe ninguna Acción de Apoyo ordinaria aumenta considerablemente, con 67 familias registradas que suponen el 43.2% de las 155 registradas en ese trimestre. Sin embargo, en el trimestre 6, vuelve a haber un considerable descenso de las mismas, pasando a registrarse 24 familias que no reciben ninguna Acción de Apoyo ordinaria y que suponen el 14.8% de las registrados en ese trimestre.

Si nos fijamos en las familias que sólo tienen una Acción de Apoyo ordinaria en cada uno de los trimestres, vemos que el porcentaje de estas familias es mayor con respecto a los que no reciben ninguna o a los que reciben más de una. El porcentaje mayor de familias que tiene 1 Acción de Apoyo ordinaria se registra en el trimestre 3, con 94 familias que suponen un 60.6% de las 155 familias que se registran en el CDIAT en ese trimestre. Le sigue el trimestre 6, con 88 familias que registran alguna Acción de Apoyo ordinaria, lo que supone el 54.3% de las 162 familias que hacen uso del CDIAT en dicho trimestre.

El porcentaje mayor de familias con 2 Acciones de Apoyo ordinarias se registra en los trimestres 3 y 4, con un total de 42 y 34 familias, respectivamente, lo que supone un 27.1% y un 25.6% del total de familias que hacen uso del CDIAT en cada uno de esos trimestres.

Las familias que reciben 3 Acciones de Apoyo ordinarias, se registran en mayor proporción en el trimestre 2, con 15 familias que suponen el 10.1% de las registradas en dicho trimestre, seguido del trimestre 1 que registra 13 familias, el 9.6% de las 135 que hacen uso del CDIAT en ese trimestre.

Por último, vemos que en el trimestre 3, el número y porcentaje de familias que no registran ninguna Acción de Apoyo ordinaria sufre un descenso muy grande, llegando a estar muy cerca de cero, sin embargo durante los trimestres 4 y 5 vuelve a aumentar, alcanzando el máximo porcentaje en este último trimestre,

cuando ha concluido el Plan de Formación en Acción tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, con un 43.2% del total de familias. Finalmente, en el trimestre 6, el porcentaje de familias con este tipo de Acción de Apoyo vuelve a disminuir considerablemente, pasando de un 43.2% del total de familias registradas en el CDIAT en el trimestre 5 a un 14.8% de las registradas en el último trimestre.

En cuanto al porcentaje de familias que reciben una sola Acción de Apoyo ordinaria, se puede observar que las variaciones sufridas en cada uno de los trimestres, es similar a las registradas por aquellos que no reciben ninguna, sólo que a la inversa, es decir a medida que desciende el porcentaje de familias que no reciben ninguna Acción de Apoyo de este tipo, aumenta el porcentaje de aquellos que reciben 1 única Acción de Apoyo bajo esta modalidad, y al contrario. Aunque también es cierto que los porcentajes registrados son mayores en el caso de las familias que reciben una Acción de Apoyo ordinaria, tanto si se comparan con los que no tienen ninguna Acción de Apoyo ordinaria registrada, como si se comparan con los que tienen más de una. Así se puede ver que, en el trimestre 3, se registra un total de 94 familias que reciben 1 Acción de Apoyo ordinaria, lo que supone un 60.6% de las 155 familias registrados en el CDIAT en dicho trimestre, además de ser el trimestre con un mayor porcentaje de familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo. Ahora bien, en los trimestres 4 y 5 existe un descenso del porcentaje de estas familias registrados, este descenso se hace más acusado entre los trimestres 3 y 4 y más ligero entre los trimestres 4 y 5. Y, finalmente, el trimestre 6 registra un ascenso bastante evidente, quedándose muy cerca del

porcentaje registrado en el trimestre 3, alcanzando, en este caso, el 54.3% de las 162 familias que hacen uso del CDIAT en el trimestre 6.

Para finalizar, el porcentaje de familias que reciben 2 Acciones de Apoyo ordinarias también registra algún que otro movimiento a lo largo de los 6 trimestres analizados, sin embargo estas variaciones no son tan acusadas como en los dos casos comentados anteriormente. Ahora bien, una vez más, se registra el mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. Entre el trimestre 4 y 5 se aprecia un descenso del porcentaje de estas familias para volver a aumentar ligeramente en el trimestre 6.

Para ver de una manera más ilustrativa lo comentado en referencia al porcentaje de familias que reciben una o más Acciones de Apoyo ordinarias en cada uno de los trimestres analizados, se puede consultar el Figura 6.2.

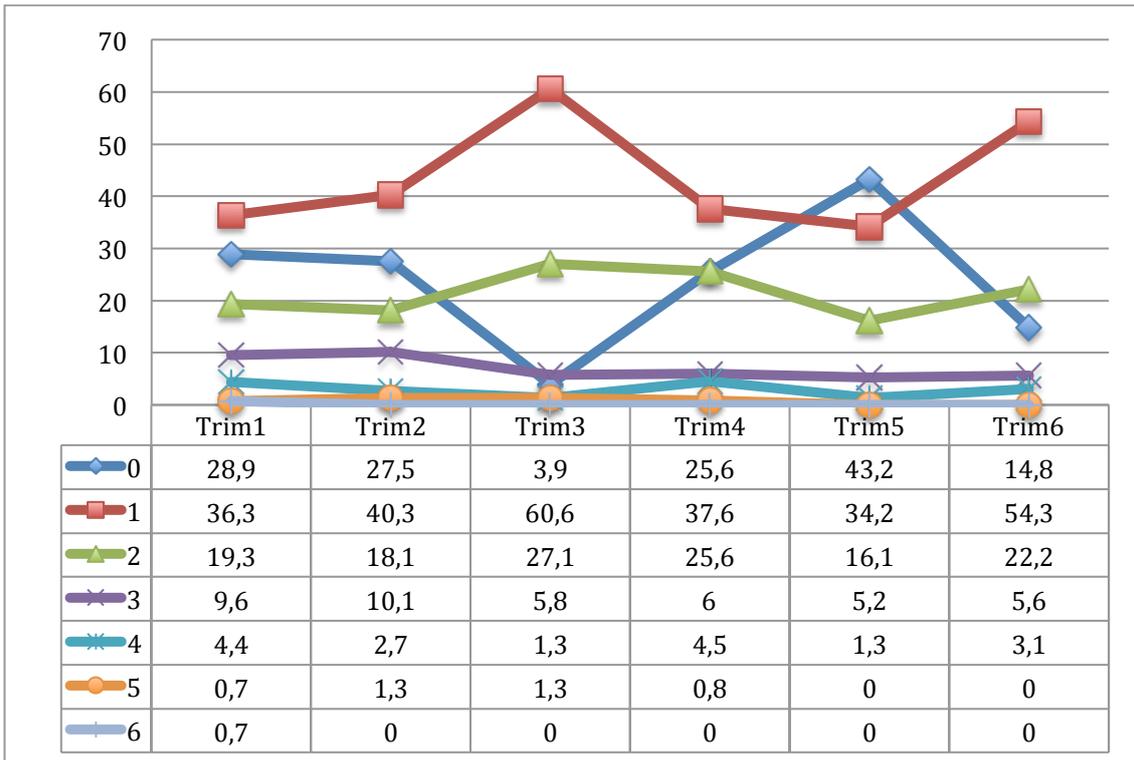


Figura 6.2. Número de Acciones de Apoyo ordinarias por familia.

6.4.1.5.- Familias y Acciones de Apoyo según modalidad ordinaria-demandada y trimestre

En la Tabla 6.20 se puede observar el número y porcentaje de familias cuyos padres demandan alguna Acción de Apoyo en alguno de los trimestres que forman parte de los dos cursos analizados.

Tabla 6.20

Familias y Acciones de Apoyo demandadas según trimestre

TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES	
	N	%	N	%
Trimestre 1	14	10.4	17	9.7
Trimestre 2	31	20.8	40	21.6
Trimestre 3	2	1.3	2	0.9
Trimestre 4	21	15.8	27	15.8
Trimestre 5	12	7.7	15	11.1
Trimestre 6	24	14.8	29	14
TOTAL	104	100	130	11.9

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.20, el trimestre que cuenta con un mayor volumen de Acciones de Apoyo demandadas por los padres es el trimestre 2, con 31 familias con Acciones de Apoyo demandadas que suponen el 20.8% de las 149 registradas en dicho trimestre. Seguidamente, se sitúa el trimestre 4 con 21 niños con Acciones de Apoyo demandadas que suponen el 15.8% de los 133 que se registran en ese trimestre y el trimestre 6, con 24 familias con Acciones de Apoyo demandadas, es decir el 14.8% de las 162 familias registrados en el último trimestre analizado. Llama la atención que en el trimestre 3, tan sólo 2 padres hayan demandado algún tipo de orientación y, por tanto, sólo se haya llevado a cabo este tipo de Acción de Apoyo con 2 familias, es decir el 1.3% de las 155 familias que se registran en el trimestre 3.

Ahora bien, puesto que nos interesa ver la evolución a lo largo de los 6 trimestres analizados, podemos afirmar que el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana el

porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas por los padres desciende considerablemente, pasando a realizarse en el 20.8% de las 149 familias registradas en el CDIAT en el trimestre 2 a realizarse en el 1.3% de las 155 familias que hacen uso del CDIAT en el trimestre 3. Sin embargo, a partir del trimestre 4, el porcentaje de familias que solicitan una Acción de Apoyo vuelve a aumentar, ahora bien el máximo porcentaje registrado en el curso 2012/2013 no supera al máximo superado en el curso 2011/2012.

En cuanto al total de Acciones de Apoyo demandadas, a lo largo de los 6 trimestres analizados se han realizado un total de 130 Acciones de Apoyo demandadas por los padres, lo que supone el 11.9% de las 1096 Acciones de Apoyo ordinarias realizadas a lo largo de los 6 trimestres analizados en la presente investigación. Por otra parte, el trimestre 2 es el que tiene un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias, registrándose un total de 40 Acciones de Apoyo demandadas que suponen el 21.6% del total. Llama la atención que en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, el número y porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas se reduce en gran medida, pasando a registrarse sólo 2 Acciones de Apoyo de este tipo en este trimestre, lo que supone el 0.9% de las 223 realizadas a lo largo de los dos cursos analizados, aunque a partir del trimestre 4 volverán a aumentar hasta llegar a registrar 29 Acciones de Apoyo demandadas por los padres, lo que supone el 14% de las 207 Acciones de Apoyo ordinarias realizadas en los 6 trimestres analizados.

También se debe destacar, en este caso, el hecho de que en el trimestre 3 se produzca un descenso tan llamativo, así como el hecho de que, a pesar del aumento registrado en el porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas en todos los trimestres del curso 2012/2013, una vez que se ha dado ese descenso tan llamativo en el tercer trimestre, en ningún caso se llega a superar el máximo registrado en el trimestre 2 del curso 2011/2012.

6.4.1.6.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-orales y trimestre

En la Tabla 6.21 se muestra el número de familias por trimestre, que tiene alguna Acción de Apoyo en la que no se ha utilizado ninguna herramienta adicional, como documentos escritos o vídeos para llevarla a cabo, por ello las denominamos Acciones de Apoyo orales.

Tabla 6.21

Familias y Acciones de Apoyo orales según trimestre

TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES	
	N	%	N	%
Trimestre 1	59	43.7	67	38.3
Trimestre 2	49	32.9	49	26.5
Trimestre 3	19	12.3	20	9
Trimestre 4	34	25.6	36	21
Trimestre 5	28	18.1	28	20.7
Trimestre 6	22	13.6	23	11.1
TOTAL	211	100	223	20.3

Como se observa en la Tabla 6.21, el trimestre con un mayor número de familias con Acciones de Apoyo orales es el trimestre 1, con 59 familias registradas que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 43.7% de las 135 familias registradas en el CDIAT en ese trimestre. A continuación se sitúa el trimestre 2, con 49 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 32.9% de las 149 registradas en este trimestre.

Por otra parte el trimestre que registra el menor porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo oral, es el trimestre 3, con 19 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 12.3% de los 155 que se registran en el tercer trimestre.

En cualquier caso, tal y como se aprecia en la Tabla 6.21, de las 229 familias que forman parte de la muestra participante en esta investigación, 211 reciben alguna Acción de Apoyo oral a lo largo de los 6 trimestres analizados, es decir en el conjunto de los dos cursos analizados existen 211 familias que reciben alguna Acción de Apoyo en la que el profesional no utiliza ninguna herramienta adicional para su realización.

En cuanto a la evolución que se refleja a lo largo de los 6 trimestres, es evidente que el porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo orales va disminuyendo a lo largo de los 6 trimestres analizados, ahora bien, ese descenso es más acusado entre el trimestre 2 y 3, pasando de recibir este tipo de Acciones de Apoyo el 32.9% de las 149 familias que se registran en el CDIAT en el trimestre 2 a

un 12.3% de las 155 familias que están en el CDIAT en el trimestre 3. En el trimestre 4, coincidiendo con el inicio del curso 2012/2013, vuelve a aumentar el porcentaje de familias que reciben este tipo de Acción Apoyo, para volver a disminuir en los trimestres 5 y 6. Ahora bien, aunque en el trimestre 4 aumenta el porcentaje de familias que recibe alguna Acción de Apoyo oral, tras el inicio del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, el porcentaje de familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo ya no vuelve a alcanzar los porcentajes registrados durante los dos primeros trimestres, antes de la puesta en marcha de dicho Plan de Formación.

En cuanto al total de las Acciones de Apoyo realizadas de forma oral, la Tabla 6.21 muestra un total de 223 Acciones de Apoyo orales a lo largo de los dos cursos analizados, lo que supone el 20.3% de las 1096 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan a lo largo de los 6 trimestres analizados. De estas 223 Acciones de Apoyo orales, el mayor porcentaje se registra en el trimestre 1, con 67 Acciones de Apoyo en las que no se utiliza ningún tipo de herramienta adicional y que suponen el 38.3% de las 175 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en dicho trimestre.

Por otra parte, puede verse que el trimestre 3, en el que se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, es el que registra el menor porcentaje de Acciones de Apoyo orales, con 20 Acciones de Apoyo de este tipo que suponen el 9% de las 223 Acciones de Apoyo ordinarias realizadas en este trimestre. A partir de este trimestre, en el trimestre 4 y 5, este

porcentaje se equipara al registrado en el trimestre 2, aumentando a un 21% de las 171 Acciones de Apoyo ordinarias realizadas en el trimestre 4 y un 20.7% de las 135 del trimestre 5, acabando, el trimestre 6, con 23 Acciones de Apoyo orales que suponen el 11.1% de las 207 ordinarias registradas. Ahora bien, estos porcentajes ya no vuelven a alcanzar las cifras registradas durante los dos trimestres previos a la puesta en práctica del Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

Para ver este descenso del porcentaje de las Acciones de Apoyo orales de una manera más ilustrativa, se puede consultar la Figura 6.3.

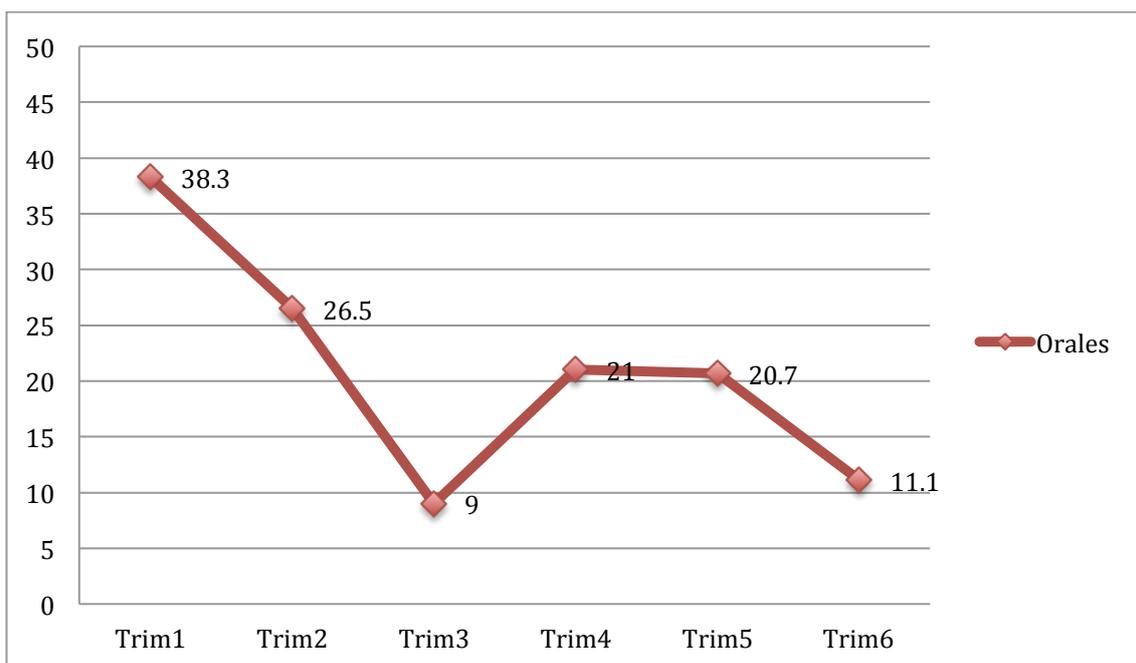


Figura 6.3. Acciones de Apoyo orales.

6.4.1.7.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-herramientas y trimestre

En la Tabla 6.22 se muestra el porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo en cada trimestre con la utilización de alguna herramienta adicional por parte de los profesionales, como pueden ser documentos escritos o vídeos.

Tabla 6.22

Familias y Acciones de Apoyo con herramientas según trimestre

TRIMESTRE	Familias		Acciones de apoyo	
	N	%	N	%
Trimestre 1	10	7.4	11	6.3
Trimestre 2	8	5.4	8	4.3
Trimestre 3	34	22	36	16.1
Trimestre 4	7	5.3	7	4.1
Trimestre 5	16	10.3	17	12.6
Trimestre 6	9	5.6	11	5.3
TOTAL	84	36.6	90	8.2

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.22, un total de 84 familias reciben alguna Acción de Apoyo con el uso de alguna herramienta adicional a lo largo de los 6 trimestres analizados, lo que supone el 36.6% de las 229 familias que forman parte de la muestra participante en el presente estudio.

Ahora bien, el trimestre que registra el mayor porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas, es el trimestre 3, con 34 familias con Acciones de Apoyo con herramientas, que suponen el 22% de las 155 familias

registradas en ese trimestre. En cuanto al trimestre con el menor porcentaje de familias con este tipo de Acciones de Apoyo, es el trimestre 4, con 7 familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas y que supone el 5.3% de las 133 familias registradas en el cuarto trimestre, aunque le sigue muy de cerca el trimestre 2, con 8 familias que reciben alguna Acción de Apoyo en la que se utiliza alguna herramienta adicional, y que suponen el 5.4% de las 149 familias registrados en dicho trimestre. Lo mismo ocurre en el trimestre 6, que registra un total de 9 familias con alguna Acción de Apoyo con herramientas y que suponen el 5.6% de las 162 registradas en ese trimestre.

Por otra parte se puede observar que en el trimestre en el que se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, es decir en el trimestre 3, se da un aumento del porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas, estas subidas y bajadas del porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo con herramientas se dan de forma alternativa en cada uno de los trimestres analizados, sin embargo, a partir del trimestre 3 se aprecia un mayor porcentaje de estas familias, de forma general, independientemente de que se haya registrado un aumento del porcentaje de estas familias con respecto del trimestre inmediatamente anterior.

Por otra parte, el número total de Acciones de Apoyo que se han realizado con la utilización de algún tipo de herramienta adicional, es muy similar al número de familias que han recibido este tipo de Acciones de Apoyo, ello se debe a que la mayoría de familias tan sólo han recibido una Acción de Apoyo de este tipo a lo

largo de cada uno de los trimestres analizados, aunque existe algún caso que ha recibido 2 de estas Acciones de Apoyo, es el caso de una familia en los trimestres 1 y 5 y dos familias en los trimestres 3 y 6.

Ahora bien, como se puede observar los porcentajes de Acciones de Apoyo con herramientas varían ligeramente con respecto al porcentaje de familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo, ello se debe a que los porcentajes en este caso están calculados con respecto al número total de Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en cada trimestre y no con respecto al número total de familias registradas en dichos trimestres, tal y como se hace en el caso de los porcentajes referidos al número de familias que reciben estas Acciones de Apoyo. Sin embargo, vemos que, aunque los porcentajes varíen ligeramente, la evolución de esas Acciones de Apoyo a lo largo de los 6 trimestres analizados es la misma.

Para ver la evolución de estas Acciones de Apoyo en las que se utiliza alguna herramienta adicional, de forma más gráfica, se puede consultar la Figura 6.4.

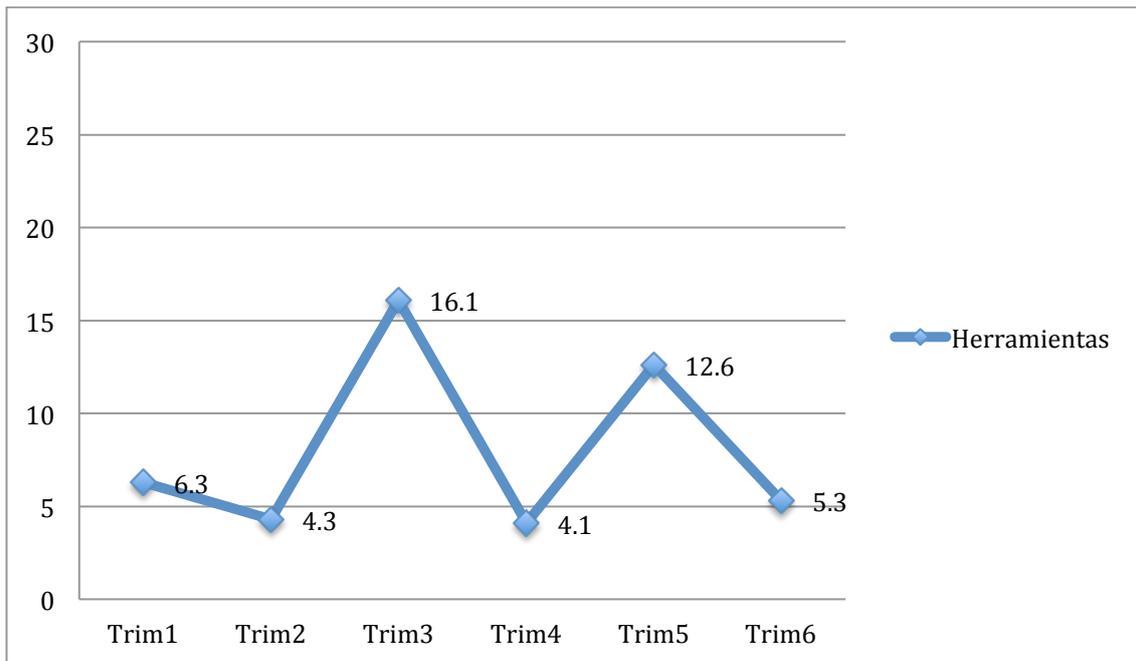


Figura 6.4. Acciones Apoyo con herramientas.

6.4.1.8.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-herramienta-escritas y trimestre

En la Tabla 6.23 se muestra el número de familias que reciben alguna Acción de Apoyo en la que los profesionales aportan a las familias algún tipo de documentación escrita y el total de Acciones de Apoyo que se han llevado a cabo con este tipo de herramienta en cada uno de los trimestres analizados.

Tabla 6.23

Familias y Acciones de Apoyo con Orientaciones escritas según trimestre

TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES	
	N	%	N	%
Trimestre 1	3	2.2	3	1.7
Trimestre 2	6	4	6	3.2
Trimestre 3	29	18.7	30	13.4
Trimestre 4	6	4.5	6	3.5
Trimestre 5	13	8.4	13	9.6
Trimestre 6	6	3.7	6	2.9
TOTAL	63	27.5	64	5.8

En la Tabla 6.23 podemos apreciar que, a lo largo de los 6 trimestres analizados un total de 63 familias reciben alguna Acción de Apoyo en la que los profesionales utilizan algún documento escrito para llevarla a cabo, ello significa que reciben este tipo de Acción de Apoyo el 27.5% de las 229 familias que forman parte de la muestra participante en este estudio. Ahora bien, si tenemos en cuenta el total de Acciones de Apoyo desarrolladas a lo largo de los 6 trimestres, se puede observar que sólo un 5.8% de las 1096 Acciones de Apoyo ordinarias se realizan como una tutoría en la que se le facilita a los padres algún tipo de documentación escrita, es decir de las 1096 Acciones de Apoyo ordinarias sólo 64 se realizan bajo la modalidad de Acciones de Apoyo con orientaciones escritas.

Por otra parte, si analizamos el número de familias y el número total de Acciones de Apoyo con orientaciones escritas que se realizan durante los dos cursos, podemos ver que hay una diferencia de tan sólo 1 Acción de Apoyo de este tipo con

respecto al total de familias que las reciben, lo que significa que todas las familias reciben 1 Acción de Apoyo con orientaciones escritas, excepto una familia que habrá recibido 2, y vemos que esta familia se encuentra en el trimestre 3, cuando hay 29 familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo y se registran 30 Acciones de Apoyo con orientaciones escritas, lo que supone un 18.7% de las 155 familias que se registran en ese trimestre y un 13.4% de las 223 Acciones de Apoyo realizadas en ese espacio de tiempo.

Es importante destacar que, el trimestre 3 es el que coincide con el inicio del Plan de Formación en Acción tutorial para Terapeutas de Atención Temprana y, a partir de ese trimestre, el porcentaje de familias con Acciones de Apoyo recibidas con la utilización de alguna herramienta escrita vuelve a descender considerablemente, registrando un porcentaje bastante bajo incluso en el trimestre 6, después de concluir el Plan de Formación en Acción de Apoyo para Terapeutas de Atención Temprana.

Por tanto, vemos que el número y porcentaje de familias con este tipo de Acción de Apoyo no es demasiado elevado a lo largo de los 6 trimestres analizados, ya que tras el tercer trimestre, el que registra un mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo con orientaciones escritas es el trimestre 5, con 13 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que supone el 8.4% de las 155 familias que, al igual que el trimestre 3, también hacen uso del CDIAT en el trimestre 5.

6.4.1.9.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad-ordinaria-herramienta-videos y trimestre

En la Tabla 6.24 aparece el número de familias que reciben alguna Acción de Apoyo utilizando la herramienta videos por parte de los profesionales y el total de Acciones de apoyo que se realizan con la utilización de esta herramienta.

Tabla 6.24

Familias y Acciones de Apoyo con video según trimestre

TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES DE APOYO	
	N	%	N	%
Trimestre 1	8	5.9	8	4.6
Trimestre 2	2	1.3	2	1.1
Trimestre 3	6	3.9	6	2.7
Trimestre 4	1	0.8	1	0.6
Trimestre 5	4	2.6	4	3
Trimestre 6	5	3.1	5	2.4
TOTAL	26	11.4	26	2.4

En la Tabla 6.24 se observa que, a lo largo de los trimestres analizados, hay un bajo porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo en la que los profesionales utilizan la herramienta videos para el desarrollo de las mismas, así como también es muy bajo el porcentaje de Acciones de Apoyo totales que se realizan haciendo uso de esta modalidad. Ello se refleja en las 26 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 11.4% de las 229 familias registrados. Además, se puede observar que el número de Acciones de Apoyo realizadas bajo esta modalidad es el mismo que el número de familias que la

reciben, lo que supone el 2.4% de las 1096 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan durante los 6 trimestres.

Por otra parte, el que el número de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con la herramienta vídeos sea igual al número total de Acciones de Apoyo que se realizan con la utilización de esta herramienta, significa que ninguna familia de los que han recibido este tipo de Acciones de Apoyo han recibido más de una Acción de Apoyo en el mismo trimestre utilizando la herramienta vídeos.

Así, vemos que el trimestre que registra el mayor porcentaje de familias con este tipo de Acciones de Apoyo es el trimestre 1, con 8 familias registradas que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 5.9% de los 135 que hacen uso del CDIAT en este trimestre. A continuación, se sitúa el trimestre 3, con 6 familias que suponen el 3.9% de las 155 registradas en el CDIAT en ese trimestre.

Destacar el trimestre 4, por registrar tan sólo 1 familia con una Acción de Apoyo con vídeo, lo que supone el 0.8% de los 133 que hacen uso del CDIAT en ese momento, cuando el Plan de Formación en Acción de Apoyo para Terapeutas de Atención Temprana ya lleva un trimestre en marcha. Además, tras el trimestre 3 el porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo utilizando la herramienta vídeos ya no vuelve a superar el 3.9% que alcanzaba en dicho trimestre.

Y los mismos comentarios que se han realizado hasta ahora, nos pueden servir para aclarar lo que ocurre con el total de Acciones de Apoyo que se realizan utilizando algún vídeo. Aunque los porcentajes son algo menores aquí, debido a que están calculados tomando el total de Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en cada uno de los trimestres, vemos que la evolución que siguen dichos porcentajes es la misma que si nos centramos en el total de familias que reciben estas Acciones de Apoyo con vídeo. Es decir, el trimestre 1 es el que registra el mayor porcentaje de Acciones de Apoyo con vídeo, con un total de 8 Acciones de Apoyo de este tipo, que suponen el 4.6% de las 175 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en el trimestre 1. Y es el trimestre 4, el que registra el menor porcentaje de estas Acciones de Apoyo, con un 0.6% del total de Acciones de Apoyo ordinarias que se llevan a cabo en dicho trimestre, cuando el Plan de Formación en Acción Tutorial para los Terapeutas de Atención Temprana ya lleva un trimestre de rodaje. Es cierto que, tras el trimestre 4, el porcentaje de Acciones de Apoyo que se realizan bajo esta modalidad vuelve a subir, pero ya no alcanzará los porcentajes registrados en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación.

6.4.1.10.- Familias y Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-compartida según trimestre

La Tabla 6.25 muestra las familias que reciben alguna Acción de Apoyo compartidas por parte de dos o más profesionales.

Tabla 6.25

Familias y Acciones de Apoyo compartidas según trimestre

TRIMESTRE	FAMILIAS		ACCIONES	
	N	%	N	%
Trimestre 1	11	8.2	12	22.2
Trimestre 2	9	6	10	18.5
Trimestre 3	4	2.6	4	7.4
Trimestre 4	16	12	17	31.5
Trimestre 5	7	4.5	7	13
Trimestre 6	3	1.9	4	7.4
TOTAL	50	21.8	54	4.9

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.25, de las 229 familias que forman parte de nuestra muestra de estudio, 50 reciben alguna Acción Apoyo que ha sido realizada de forma compartida entre dos o más profesionales, lo que supone el 21.8% del total de la muestra. En cuanto al total de Acciones de Apoyo que se realizan de esta forma, no dista mucho del número de familias que las reciben, siendo el total de Acciones de Apoyo 54, lo que supone el 4.9% de las 1096 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan durante los 6 trimestres analizados.

Por otra parte, el trimestre que registra el mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo compartidas por varios profesionales es el trimestre 4, con 16 familias que reciben este tipo de Acción Apoyo y que suponen el 12% de las 155 familias registrados en el CDIAT en dicho trimestre.

En cuanto al trimestre que registra el menor porcentaje de familias con este tipo de Acción de Apoyo es el trimestre 6, con 3 familias que suponen el 1.9% de las 162 familias que hacen uso del CDIAT en el último trimestre analizado.

Ahora bien, si algo podemos destacar de este forma de proceder a la hora de realizar una Acción de Apoyo compartida es que la evolución que sufre el porcentaje de familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo no difiere mucho si comparamos los trimestres correspondientes en cada uno de los dos cursos analizados, es decir vemos que, a partir del segundo trimestre de ambos cursos se registra un descenso de familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y ese descenso es mayor en el último trimestre de ambos cursos.

Lo mismo ocurre con el total de Acciones de Apoyo que se realizan en cada uno de los 6 trimestres, tal y como se observa en la Tabla 6.25, en el primer trimestre de cada curso analizado existe un mayor porcentaje de este tipo de Acciones de Apoyo, que va disminuyendo a medida que se va avanzando en el desarrollo del curso. Ahora bien, es a partir del trimestre 3, momento en que se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, cuando existe un menor porcentaje de familias que reciben una Acción de Apoyo compartida, dándose el caso, en los trimestres 1, 2, 4 y 6 de una familia, en cada uno de esos trimestres en los que se realizan 2 Acciones de Apoyo compartidas con varios profesionales, lo que lleva a registrar 54 Acciones de Apoyo compartidas frente a 50 familias con este tipo de Acción de Apoyo.

6.4.1.11.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad en cada trimestre

6.4.1.11.1-. Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad según trimestre

A modo de resumen, en la Tabla 6.26 se indica el total de familias registradas para cada modalidad de Acciones de Apoyo en cada trimestre.

Tabla 6.26

Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad en cada trimestre

	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Ordinarias	96	108	149	99	88	138
Sin observación	93	107	149	98	87	138
Con observación	8	3	1	2	1	0
Demandadas	14	31	2	21	12	24
Orales	59	49	19	34	28	22
Herramientas	10	8	34	7	16	9
Escritas	3	6	29	6	13	6
Videos	8	2	6	1	4	5
Compartidas	11	9	4	16	7	3
Integradas	7	16	15	9	13	29

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.26, existe un porcentaje mayor de niños que reciben Acciones de Apoyo ordinarias, para todos los trimestres. Además, se puede concretar más, ya que, según refleja la Tabla 6.26, a lo largo de los 6 trimestres analizados, dentro de esas Acciones de Apoyo ordinarias, se registra un porcentaje mayor de niños que reciben Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación y realizadas de forma oral.

Es a partir del trimestre 3 donde existe un punto de inflexión para todas las modalidades de Acciones de Apoyo, ya que el porcentaje de familias que reciben

cada una de las modalidades de Acciones de Apoyo tiende a aumentar cuando en los trimestres anteriores era bajo y al contrario, cuando en los trimestres 1 y 2 se registraba un porcentaje alto de alguna modalidad de Acción de Apoyo, en el trimestre 3 dicha modalidad disminuye el porcentaje de familias que la reciben.

Destacar que el porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo ordinarias y orales sigue una evolución similar a lo largo de los 6 trimestres y es mayor que el registrado para el resto de modalidades de Acciones de Apoyo en todos los trimestres analizados.

6.4.1.11.2.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad tras el Programa de Formación

En la Tabla 6.27 se refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo que reciben las familias previo a la puesta en marcha del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana (t1-t2) y una vez que dicho programa ha dado comienzo y ha finalizado (t3-t6).

Tabla 6.27

Evolución de las Acciones de Apoyo-modalidad tras el Programa de Formación

	t1-t2	t3-t6
Ordinarias	102	118.5
Sin observación	100	118
Con observación	5.5	1
Demandadas	22.5	14.7
Orales	54	26.7
Herramientas	9	16.5
Escritas	4.5	13.5
Vídeos	5	4
Compartidas	10	7.5
Integradas	11.5	16.5

Como se observa en la Tabla 6.27, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, existe un cambio en las Acciones de Apoyo que reciben las familias. Así, hay un aumento del volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias y sin observación. De la misma manera, disminuye el volumen medio de las Acciones de Apoyo demandadas por los padres y aumenta el volumen medio de las que se realizan con la utilización de alguna herramienta adicional, reflejándose este aumento en las Acciones de Apoyo que se realizan con la ayuda de documentos escritos. Finalmente, existe un aumento de las Acciones de Apoyo integradas.

6.4.2.- Número de familias, acciones de apoyo-modalidad, diagnóstico médico y trimestre

En este apartado vamos a mostrar los resultados relacionados con el número de familias y de Acciones de Apoyo realizadas, atendiendo a la modalidad de Acción de Apoyo. Recordemos que estas Acciones de Apoyo pueden ser ordinarias, integradas, sin observación, con observación, a demanda, orales (sin otras herramientas), con herramientas (escritas o vídeos) o compartidas. Para cada una de estas posibles modalidades de Acciones de Apoyo veremos, para cada diagnóstico médico considerado y cada trimestre registrado, el número de familias que reciben la Acción de Apoyo, el volumen o número total de Acciones de Apoyo realizadas y el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas por la familia.

6.4.2.1.- Familias y Acciones de Apoyo ordinario según diagnósticos médicos y trimestre

6.4.2.1.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinario según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.28 se refleja las familias que, en función del diagnóstico médico, reciben una o varias Acciones de Apoyo ordinarias. El porcentaje de familias con un determinado diagnóstico médico que reciben Acción de Apoyo ordinaria en cada uno de los trimestres, están calculados teniendo en cuenta el número de

familias con ese diagnóstico concreto que hacen uso del CDIAT en el trimestre al que se refiere la columna.

Tabla 6.28

Familias con Acción de Apoyo ordinaria según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	17	70.8	16	69.6	22	100	13	68.4	12	52.2	19	82.6
Síndrome	11	64.7	16	88.9	20	100	15	71.4	12	48	20	83.3
Psicomotor	40	76.9	43	75.4	58	96.7	35	77.8	30	55.6	52	88.1
TGD/TEA	10	66.7	19	100	20	100	17	89.5	19	82.6	24	96
Encefalopatía	18	66.7	14	43.7	29	87.9	19	65.5	15	50	23	74.2
TOTAL	96	100	108	100	149	100	99	100	88	100	138	100

Como se observa en la Tabla 6.28, de forma general, en ambos cursos hay un aumento en el porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo ordinarias a medida que se va avanzando en los tres trimestres que forman parte de cada curso, sin embargo, no se llega al 100% de los casos en ningún curso, si bien, sí existe algún trimestre en el que algún diagnóstico registra el 100% de familias con este tipo de Acciones de Apoyo.

Por otra parte, en el primer trimestre, de todas las familias que asisten al CDIAT, existe un mayor porcentaje de familias con el diagnóstico retraso psicomotor con Acciones de Apoyo ordinaria, exactamente el 76.9% de las 52 familias que tienen este diagnóstico y que asisten al CDIAT en el primer trimestre del curso 2011/2012, lo que significa que 40 familias de niños con este diagnóstico han

recibido, al menos, una Acción de Apoyo ordinaria en este trimestre. Sin embargo, en el segundo trimestre del mismo curso, el diagnóstico que recibe el mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias es el de las familias de niños con el diagnóstico TGD/TEA, alcanzando al 100% de las familias con este diagnóstico registrados en el CDIAT en ese trimestre y que en este caso eran 19 familias. En el tercer trimestre de este mismo curso, cuando da comienzo el programa de formación en Acción de Apoyo para terapeutas de Atención Temprana, vemos que aumenta el porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias realizadas, de forma general, alcanzando, nuevamente, al 100% de las familias de niños con TGD/TEA, que en este trimestre son 20 familias, además de las 22 familias de niños con riesgo biológico y social y las 20 familias de niños con síndrome o enfermedad genética/cromosómica, lo que supone, también, el 100% de familias de niños con estos diagnósticos en el trimestre 3 y seguidas por las 96.7%, es decir, 58 de las 60 familias de niños con retraso psicomotor que reciben una Acción de Apoyo ordinaria en el trimestre 3.

Si nos fijamos en los tres últimos trimestres, sigue siendo el diagnóstico TGD/TEA el que tiene un mayor porcentaje de familias que reciben Acción de Apoyo ordinaria en los 3 trimestres que forman este curso, suponiendo el 89.5% de las familias en el trimestre 4, el 82.6% en el trimestre 5 y el 96% en el trimestre 6.

Cabe destacar, también, que un diagnóstico que recibe menos porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias es el de Encefalopatía.

6.4.2.1.2.- Acciones de Apoyo ordinario según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.29 se refleja el número total de Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en cada trimestre en función del diagnóstico médico que se atiende.

Tabla 6.29

Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	25	14.3	23	12.4	33	14.8	22	12.9	17	12.6	24	11.6
Síndrome	26	14.9	27	14.6	31	13.9	29	16.9	17	12.6	28	13.5
Psicomotor	73	41.7	75	40.5	76	34.1	58	33.9	45	33.3	81	39.1
TGD/TEA	21	12	40	21.6	38	17	40	23.4	35	25.9	45	21.7
Encefalopatía	30	17.1	20	10.8	45	20.2	22	12.9	21	15.6	29	14
TOTAL	175	100	185	100	223	100	171	100	135	100	207	100

Tal y como se observa en la Tabla 6.29, a lo largo de los 6 trimestres, es el diagnóstico retraso psicomotor el que tiene un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias, dándose el mayor porcentaje de las mismas en el trimestre 1 para este diagnóstico, con un 41.7% de las 175 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en total en este trimestre, lo que se refleja en un total de 73 Acciones de Apoyo ordinarias. Por otra parte, el trimestre con un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias para el diagnóstico Riesgo biológico y social es el trimestre 3, con un 14.8% del total de las 223 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en ese trimestre, 33 Acciones de Apoyo ordinarias en este trimestre. También en este trimestre se registra el mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias que se

realizan con las familias diagnosticados con Encefalopatía, para este diagnóstico se realizan 45 Acciones de Apoyo ordinarias en este trimestre, lo que supone un 20,2% del total que se realizan en todo el trimestre. El diagnóstico Síndrome o Enfermedad genética/cromosómica recibe un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias en el trimestre 4, con 29 Acciones de Apoyo, lo que supone el 16.9% de las 171 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en este trimestre. Y, finalmente, las familias de niños con el diagnóstico TGD/TEA reciben un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias en el trimestre 5, con un 29.5% de las 135 Acciones de Apoyo ordinarias que se realizan en total en este trimestre, es decir de las 135 Acciones de Apoyo ordinarias realizadas en el trimestre 5, 35 se realizan con las familias de los niños diagnosticados con TGD.

Llama la atención el hecho de que en el trimestre 6, aunque se siguen realizando Acciones de Apoyo ordinarias, ningún diagnóstico destaca en este trimestre por haber recibido el mayor porcentaje de estas Acciones de Apoyo.

6.4.2.1.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinario según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.30 se refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo ordinario que ha recibido cada uno de los diagnósticos médicos a lo largo de los 6 trimestres.

Tabla 6.30

Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-diagnóstico médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1.5	1.4	1.5	1.7	1.4	1.3
Síndrome	2.4	1.7	1.6	1.9	1.4	1.4
Psicomotor	1.8	1.7	1.3	1.7	1.5	1.6
TGD/TEA	2.1	2.1	1.9	2.4	1.8	1.9
Encefalopatía	1.7	1.4	1.6	1.2	1.4	1.3

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.30, para todos los diagnósticos el volumen medio de Acciones de Apoyo que se realizan va disminuyendo a lo largo de los trimestres, siendo esta disminución más notoria en el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía. Este diagnóstico registra una media de 2.4 Acciones de Apoyo ordinarias en el trimestre 1, y acaba con 1.4 Acciones de Apoyo ordinarias en el trimestre 6, dándose una disminución paulatina a lo largo de los 6 trimestres, aunque entre el trimestre 3 y 4 se observa un pequeño aumento, sin embargo la media de este tipo de Acciones de Apoyo ordinarias en este trimestre no llega a alcanzar la media registrada en el trimestre 1, con lo cual el descenso de este tipo de Acciones de Apoyo es evidente.

Aún así, se puede ver, también, que este diagnóstico, Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, es uno de los que registran un mayor volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias, aunque el diagnóstico que cuenta con una media mayor de este tipo de Acciones de Apoyo es el TGD/TEA, este diagnóstico registra, además, un descenso menor de Acciones de Apoyo ordinarias, comenzando a

registrar un volumen medio de estas Acciones de Apoyo de 2.1 en el trimestre 1 y 1.9 en el trimestre 6, por lo que ese descenso es menos evidente que en el resto de diagnósticos.

Por otra parte, vemos que ese aumento de la media de Acciones de Apoyo ordinarias que se da entre el trimestre 3 y 4, para el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, no sólo se da para este diagnóstico, sino que se ve reflejado en todos los diagnósticos analizados, a excepción del diagnóstico Encefalopatía, cuyo volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias sigue disminuyendo en el trimestre 4 y sufre un pequeño aumento en el 5, para volver a disminuir ligeramente en el trimestre 6.

Ahora bien, si lo que queremos es saber qué trimestres y qué diagnósticos registran un menor volumen de este tipo de Acciones de Apoyo, vemos que el diagnóstico Encefalopatía es el que registra un menor volumen de Acciones de Apoyo ordinarias a lo largo de los dos cursos. En este caso la media de Acciones de Apoyo ordinarias empieza siendo de 1.7 en el primer trimestre y si seguimos avanzando a lo largo de los trimestres, vemos que en el trimestre 6 el volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias es de 1.3.

6.4.2.2.- Familias con Acciones de Apoyo integradas según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.31, se muestra el volumen de familias con Acción de Apoyo integrada en cada uno de los trimestres analizados atendiendo al diagnóstico médico. Se calculan los porcentajes teniendo en cuenta el total de familias que hay en cada trimestre con cada uno de los diagnósticos analizados.

Tabla 6.31

Familias con Acciones de apoyo integradas según diagnóstico médico

DAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	2	8.3	3	13	3	13.6	2	10.5	2	8.7	4	17.4
Síndrome	1	5.9	1	5.6	2	10	1	4.8	2	8	5	20.8
Psicomotor	0	0	4	7	3	5	0	0	4	7.4	7	11.9
TGD/TEA	2	3.8	2	10.5	3	15	1	5.3	2	8.7	3	12
Encefalopatía	2	7.4	6	18.7	4	13.8	5	17.2	3	10	10	32.3
TOTAL	7	100	16	100	15	100	9	100	13	100	29	100

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.31, a partir del trimestre 2 el diagnóstico que registra un mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo integradas es la Encefalopatía, registrando un mayor volumen de estas Acciones de apoyo en el trimestre 6, cuando se registran 10 familias con Acciones de apoyo integradas, lo que supone un 32.3% de las 31 familias de niños con este diagnóstico que están haciendo uso del CDIAT en el último trimestre del curso

2012/2013. Sin embargo, en el trimestre 1, el diagnóstico que registra un mayor volumen de familias con Acciones de apoyo integradas es el Riesgo Biológico o Social, con 2 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 8.3% de las 24 familias con este diagnóstico en el trimestre 1.

Por otra parte, si analizamos cada uno de los diagnósticos en los distintos trimestres, se aprecia que, a excepción del diagnóstico TGD/TEA, los demás diagnósticos registran el mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo integradas en el trimestre 6. Sin embargo, el diagnóstico TGD/TEA registra el mayor volumen de familias con Acciones de apoyo integradas en el trimestre 3, registrando un total de 3 familias con este tipo de Acción de Apoyo, lo que supone el 15% de las 20 familias con este diagnóstico que hacen uso del CDIAT en el trimestre 3.

Recordar que el total de Acciones de Apoyo integradas no se pueden contabilizar por ser una Acción continua en el tiempo y, por tanto, tampoco podemos calcular el volumen medio de las mismas.

6.4.2.3.- Familias con Acciones de Apoyo ordinaria e integrada según diagnóstico médico y trimestre

La Tabla 6.32 recoge el total de familias que reciben Acciones de Apoyo ordinarias e integradas, según diagnóstico médico y trimestre.

Tabla 6.32

Familias Apoyo ordinarias (Or) e integradas (In) según diagn. médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	Or	In										
Riesgo	17	2	16	3	22	3	13	2	12	2	19	4
Síndrome	11	1	16	1	20	2	15	1	12	2	20	5
Psicomotor	40	0	43	4	58	3	35	0	30	4	52	7
TGD/TEA	10	2	19	2	20	3	17	1	19	2	24	3
Encefalopatía	18	2	14	6	29	4	19	5	15	3	23	10

Tal y como se puede observar, en la Tabla 6.32 destaca el diagnóstico Retraso Psicomotor por no registrar ninguna familia que reciba Acciones de Apoyo integradas en los trimestres 1 y 4, mientras sí que se registran 40 y 35 familias, respectivamente, que reciben Acciones de Apoyo ordinarias.

Por otra parte, se puede ver que el número de familias con Acciones de Apoyo integradas está muy por debajo del número de familias con Acciones de Apoyo ordinarias para todos los diagnósticos y trimestres.

6.4.2.4.- Familias y Acciones de Apoyo ordinario sin observación según diagnóstico médico y trimestre

6.4.2.4.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias sin observación directa según diagnóstico médico y trimestre

La Tabla 6.33 muestra el total de niños con Acciones de apoyo sin observación directa en cada uno de los trimestres, teniendo en cuenta el diagnóstico médico de sus hijos.

Tabla 6.33

Familias con Acciones de Apoyo sin observación directa según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	16	66.7	16	69.6	22	100	13	68.4	12	52.2	19	82.6
Síndrome	11	64.7	16	88.9	20	100	14	66.7	12	48	20	83.3
Psicomotor	39	75	42	73.7	58	96.7	35	77.8	30	55.6	52	88.1
TGD/TEA	10	66.7	19	100	20	100	17	89.5	19	82.6	24	96
Encefalopatía	17	63	14	43.8	29	87.9	19	65.5	14	46.7	23	74.2
TOTAL	93	100	107	100	149	100	98	100	87	100	138	100

En la Tabla 6.33 destaca que el 100% de familias de niños con el diagnóstico TGD/TEA reciben alguna Acción de Apoyo sin observación en los trimestres 2 y 3. Otros diagnósticos que registran alguna Acción de Apoyo sin observación en el 100% de familias es el diagnóstico Riesgo biológico o social y Síndrome o

enfermedad genética/cromosomopatía, ambos en el trimestre 3. Con lo cual, es el trimestre 3 el que registra alguna Acción de Apoyo sin observación para el 100% de familias atendidas en el CDIAT, en la mayoría de los diagnósticos presentes, siendo el diagnóstico Encefalopatía el que registra un porcentaje de niños menor con familias que han recibido este tipo de Acción de Apoyo en este trimestre, concretamente el 87.9% de las 29 familias de niños con dicho diagnóstico que hacen uso del CDIAT en el trimestre 3. Por otra parte, en este mismo trimestre, el diagnóstico Retraso psicomotor no alcanza al 100% de familias con Acción de Apoyo sin observación, pero se queda muy cerca de alcanzarlo, con un 96.7% que se corresponde a 58 familias de las 60 registradas en el CDIAT con niños con dicho diagnóstico en ese momento.

Por otra parte, si observamos la tabla teniendo en cuenta qué diagnóstico registra un mayor porcentaje de Acciones de apoyo sin observación en cada uno de los trimestres, vemos que en el trimestre 1 es el diagnóstico Retraso Psicomotor el que registra un mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo sin observación, con 39 familias que suponen el 75% de las 52 registradas en el CDIAT con este diagnóstico en el primer trimestre. A partir del segundo trimestre, es el diagnóstico TGD/TEA el que registra un mayor porcentaje de familias con Acción de Apoyo sin observación.

6.4.2.4.2.- Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.34, se presenta el porcentaje de Acciones de apoyo sin observación directa que existe en cada trimestre, atendiendo al diagnóstico médico.

Tabla 6.34

Acciones de Apoyo sin observación directa según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	24	14.4	23	12.6	33	15.1	22	13	17	12.7	24	11.6
Síndrome	24	14.4	26	14.3	31	14.1	28	16,6	17	12.7	28	13.5
Psicomotor	69	42.1	73	40.1	75	34.2	57	33,7	45	33.6	81	39.1
TGD/TEA	21	12.6	40	22	35	16	40	23,7	35	26.1	45	21.7
Encefalopatía	29	17.4	20	11	45	20.5	22	13	20	14.9	29	14
TOTAL	167	100	182	100	219	100	169	100	134	100	207	100

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.34, las familias de niños con el diagnóstico Retraso psicomotor son las que tienen un mayor porcentaje de Acciones de apoyo sin observación a lo largo de los 6 trimestres analizados, dándose un mayor porcentaje de las mismas en el trimestre 1 para este diagnóstico, con un 42.1% de las 167 Acciones de apoyo que tienen lugar en este trimestre y que suponen, concretamente, 69 Acciones de apoyo sin observación. Por otra parte, si observamos las Acciones de apoyo sin observación que recibe cada diagnóstico en cada uno de los trimestres analizados, vemos que las familias de niños con el

diagnóstico Riesgo biológico o social reciben un mayor porcentaje de Acciones de apoyo de este tipo en el trimestre 3 con 33 Acciones de apoyo sin observación, lo que supone el 15.1% de las 219 Acciones de apoyo sin observación que se realizan en este trimestre. También en el trimestre 3, reciben un mayor porcentaje de Acciones de apoyo sin observación las familias de los niños con Encefalopatía, estas reciben en el tercer trimestre un total de 45 Acciones de apoyo sin observación, lo que supone un 20.5% del total de Acciones de apoyo que se dan en este trimestre bajo esta modalidad. Si nos fijamos en el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosómica, las familias de niños con este diagnóstico reciben un mayor porcentaje de Acciones de apoyo sin observación en el trimestre 4, con un total de 28 Acciones de apoyo de este tipo, lo que supone el 16.6% de las 169 Acciones de apoyo sin observación que se dan en el trimestre 4. Finalmente, las familias de los niños con TGD/TEA reciben el mayor porcentaje de Acciones de apoyo sin observación en el trimestre 5, con un 26.1% del total de las 134 Acciones de Apoyo sin observación realizadas en este trimestre y que reflejan las 35 Acciones de Apoyo sin observación realizadas para este diagnóstico en dicho trimestre.

6.4.2.4.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.35 se muestra el volumen medio de Acciones de Apoyo sin observación directa que reciben cada uno de los diagnóstico en los diferentes trimestres.

Tabla 6.35

Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación diagn. médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1.8	1.4	1.5	1.7	1.4	1.4
Síndrome	2.2	1.6	1.6	2	1.4	1.4
Psicomotor	1.8	1.7	1.3	1.6	1.5	1.6
TGD/TEA	2.1	2.1	1.8	2.4	1.8	1.9
Encefalopatía	1.7	1.4	1.6	1.2	1.4	1.3

Tal y como se observa en la Tabla 6.35, el volumen medio de Acciones de apoyo sin observación disminuye a medida que se va avanzando a lo largo de los 6 trimestres analizados. En el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía es donde se aprecia un mayor descenso del volumen medio de estas Acciones de apoyo, en el que se registra una media de 2.2 Acciones de apoyo sin observación en el trimestre 1 y 1.4 en el trimestre 6. En cuanto a los diagnósticos en los que se aprecia un descenso menos elevado del volumen medio de Acciones de apoyo sin observación, estos son el diagnóstico Retraso psicomotor y TGD/TEA. En el primer caso se empieza registrando una media de 1.8 Acciones de apoyo sin observación en el trimestre 1 y se finaliza con un volumen medio de 1.6 en el trimestre 6. En el caso del diagnóstico TGD/TEA se registra una media de 2,1 en el trimestre 1 y se finaliza con una media de 1.9 Acciones de apoyo de este tipo en el trimestre 6.

Por otra parte, el diagnóstico que registra un mayor volumen medio de Acciones de apoyo sin observación es el diagnóstico TGD/TEA en el trimestre 4. Este diagnóstico, en dicho trimestre tiene un volumen medio de 2.4 Acciones de apoyo

sin observación. Las familias de niños con el diagnóstico Encefalopatía son las que registran una media de Acciones de apoyo sin observación menor, concretamente en el trimestre 4.

6.4.2.5.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias con observación según diagnóstico médico y trimestre

6.4.2.5.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias con observación según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.36 se incluye el número y porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con observación, en cada uno de los diagnósticos y trimestres. Los porcentajes se calculan sobre el número de familias que se registran en el CDIAT de niños con dicho diagnóstico en cada uno de los trimestres analizados. Es importante señalar, en este punto que una misma familia puede haber recibido alguna Acción de Apoyo con observación por parte de un profesional y alguna Acción de Apoyo sin observación por parte de otro profesional en el mismo trimestre.

Tabla 6.36

Familias con Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	1	4.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome	2	11.8	1	4.3	0	0	1	4.8	0	0	0	0
Psicomotor	4	7.7	2	3.5	1	1.7	1	2.2	0	0	0	0
TGD/TEA	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0
Encefalopatía	1	3.7	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0
TOTAL	8	100	3	100	4	100	2	100	1	100	0	0

En la Tabla 6.36 destaca el número elevado de diagnósticos cuyas familias no reciben ninguna Acción de Apoyo con observación. La mayoría reciben alguna de estas Acciones de apoyo en el primer trimestre y, a partir del segundo, empiezan a no registrarse ninguna, a excepción del diagnóstico TGD/TEA que solo registra 1 familia con Acción de Apoyo con observación en el trimestre 3, lo que supone un 5% de las familias de niños con dicho diagnóstico que hacen uso del CDIAT en el trimestre 3, cuando también se registra 1 familia de un niño con el diagnóstico Retraso psicomotor que recibe este tipo de Acción de Apoyo, suponiendo el 1.7% de las 60 familias de niños con dicho diagnóstico en ese momento.

En el trimestre 5 tan solo se registra 1 familia con alguna Acción de Apoyo con observación, su hijo niño está diagnosticado con Encefalopatía y supone el 3.3% de familias con este diagnóstico en dicho trimestre. Y, en el trimestre 6, no se registra ninguna Acción de Apoyo de este tipo con ninguna familia.

Por otra parte, en el trimestre que se registra un mayor número de familias con Acciones de apoyo con observación, el trimestre 1, vemos que el mayor porcentaje de familias con este tipo de Acción de Apoyo lo registran las familias de niños con el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, con 2 familias con Acciones de apoyo sin observación que suponen el 11.8% de los 17 familias de niños con ese diagnóstico que hacen uso del CDIAT en dicho momento. Sin embargo, el diagnóstico con un mayor número de familias con Acciones de apoyo con observación en este trimestre, lo registra el diagnóstico Retraso psicomotor, con 4 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 7.7% de las 52 familias de niños que se registran en el CDIAT con este diagnóstico en el primer trimestre.

6.4.2.5.2.- Acciones de Apoyo ordinarias-con observación según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.37, se muestran las Acciones de Apoyo con observación directa en cada uno de los trimestres, en función del diagnóstico médico analizado.

Tabla 6.37

Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome	2	25	1	33.3	0	0	1	50	0	0	0	0
Psicomotor	4	50	2	66.7	1	25	1	50	0	0	0	0
TGD/TEA	0	0	0	0	3	75	0	0	0	0	0	0
Encefalopatía	1	12.5	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
TOTAL	8	100	3	100	4	100	2	100	1	100	0	0

En la Tabla 6.37 destaca el hecho de que en el primer trimestre todos los diagnósticos hayan recibido alguna Acción de Apoyo con observación, aunque el número de estas Acciones de apoyo haya sido mínimo para cada uno de los trimestres, a excepción del diagnóstico TGD/TEA, con el que no se realiza ninguna Acción de Apoyo de este tipo, salvo en el tercer trimestre. Sin embargo, en los trimestres 2, y 4 sólo reciben una o dos Acciones de apoyo con observación directa los diagnósticos Síndrome o enfermedad genética/cromosómica y Retraso psicomotor. En el trimestre 3 el diagnóstico Retraso psicomotor recibe 1 Acción de Apoyo con observación y el diagnóstico TGD recibe 3. Finalmente en el trimestre 5, sólo se realiza 1 Acción de Apoyo bajo esta modalidad y la recibe el diagnóstico Encefalopatía, mientras que en el último trimestre ningún diagnóstico recibe Acciones de apoyo con observación.

6.4.2.5.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinario con observación atendiendo al diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.38 se refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo con observación que reciben los distintos diagnósticos médicos a lo largo de los 6 trimestres analizados.

Tabla 6.38

Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-con observación-diagn. médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1.8	1.4	1.5	1.7	1,4	1.4
Síndrome	2.2	1.6	1.6	2	1,4	1.4
Psicomotor	1.8	1.7	1.3	1.6	1,5	1.6
TGD/TEA	2.1	2.1	1.8	2.4	1,8	1.9
Encefalopatía	1.7	1.4	1.6	1.2	1,4	1.3

En la Tabla 6.38 se aprecia cómo la mayoría de diagnósticos empiezan registrando alguna Acción de Apoyo con observación en el trimestre 1 y, a medida que se avanza en el tiempo, estas Acciones de apoyo van disminuyendo en cada uno de los diagnósticos, siendo nulas en el último trimestre analizado en cada uno de los diagnósticos. Así, en el trimestre 1, sólo hay un diagnóstico que no recibe ninguna Acción de Apoyo de este tipo, del trimestre 2 al 4, sólo dos diagnósticos reciben 1 Acción de Apoyo con observación y en el trimestre 5, sólo 1 familia recibe 1 Acción de Apoyo con observación, registrándose en el diagnóstico Encefalopatía.

Por otra parte, vemos que el volumen medio de este tipo de Acciones de apoyo es de 1 para todos y cada uno de los diagnósticos que reciben alguna Acción de Apoyo con observación.

6.4.2.6.- Familias y Acciones de Apoyo ordinario con demanda según diagnóstico médico y trimestre

6.4.2.6.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinario con demanda según diagnóstico y trimestre

En la Tabla 6.39, se muestra el número y porcentaje de familias con Acciones de Apoyo demandadas por los padres en cada trimestre, en función del diagnóstico médico analizado.

Tabla 6.39

Familias con Acciones de Apoyo demandadas por padres según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	1	4.2	2	8.7	0	0	3	15.8	1	4.4	1	4.4
Síndrome	1	5.9	4	22.2	0	0	3	14.3	2	8	2	8.3
Psicomotor	7	13.5	9	15.8	1	1,7	6	13.3	2	3.7	12	20.3
TGD/TEA	1	6.7	10	5.3	1	5	8	42.1	4	17.4	6	24
Encefalopatía	4	14.8	6	18.8	0	0	1	3.5	3	10	3	9.7
TOTAL	14	100	31	100	2	100	21	100	12	100	24	100

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.39, el mayor número de familias con Acciones de apoyo demandadas por los padres se dan en el trimestre 2, sin embargo el mayor o menor número de familias que reciben alguna Acción de Apoyo de este tipo no sigue una constante a lo largo de los 6 trimestres que forman parte de esta investigación. Así, en el trimestre 6, último trimestre del curso 2012/2013, se registran un total de 24 Acciones de apoyo demandadas, mientras que en el último trimestre del curso 2011/2012, sólo 2 padres demandan una Acción de Apoyo, y corresponde a una familia de un niño con retraso psicomotor y otra de un niño diagnosticado con TGD/TEA. Esto significa que, en el caso de los niños con Retraso psicomotor, sólo un 1.7% de sus familias reciben alguna Acción de Apoyo demandada por los padres. En el caso del diagnóstico TGD/TEA, sólo recibe este tipo de Acciones de Apoyo el 5% de familias que hacen uso del CDIAT en ese trimestre y que sus hijos presentan dicho diagnóstico. Además, este diagnóstico, en el trimestre 4 registra el mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo demandadas, con 8 Acciones de Apoyo de este tipo que suponen en 42.1% de familias de niños con dicho diagnóstico en ese trimestre.

Seguido del diagnóstico TGD/TEA en el trimestre 4, el diagnóstico que registra un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas es el de las familias de niños con Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, en el trimestre 2, con 4 Acciones de Apoyo que suponen el 22,2% de las 18 familias registradas con este diagnóstico en el CDIAT en dicho trimestre.

6.4.2.6.2.- Acciones de Apoyo ordinarias con demanda según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.40 se refleja el porcentaje total de Acciones de apoyo demandadas que recibe cada uno de los diagnósticos médicos analizados, en los distintos trimestres incluidos en la presente investigación.

Tabla 6.40

Acciones de Apoyo demandadas por los padres según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	1	5.9	2	5	0	0	3	10.3	1	6.7	1	3.5
Síndrome	1	5.9	5	12.5	0	0	4	13.8	3	20	3	10.3
Psicomotor	10	58.8	14	35	1	50	9	31	2	13.3	12	41.4
TGD/TEA	1	5.9	11	27.5	1	50	12	41.4	6	40	10	34.5
Encefalopatía	4	23.5	8	20	0	0	1	3.5	3	20	3	10.3
TOTAL	17	100	40	100	2	100	29	100	15	100	29	100

Como se puede ver en la Tabla 6.40, el trimestre que registra un mayor número de Acciones de Apoyo demandadas es el trimestre 2, con 40 Acciones de apoyo demandadas en total, mientras que el trimestre 3 tan sólo registra 2 Acciones de apoyo demandadas. Si nos fijamos en cada uno de los diagnósticos presentes en los diferentes trimestres analizados en esta investigación, vemos que en el trimestre 1, el diagnóstico Retraso psicomotor recibe un mayor porcentaje de Acciones de apoyo demandadas, este diagnóstico registra 10 Acciones de apoyo demandadas en este trimestre, lo que supone el 58.8% de las 17 Acciones de apoyo de este tipo

que se realizan en total. A continuación, se sitúa el diagnóstico Encefalopatía, con 4 Acciones de apoyo demandadas que suponen el 23.5% del total de las mismas para este trimestre.

En el trimestre 2, vemos que hay una disminución de las Acciones de apoyo demandadas en estos dos diagnósticos, pero hay un aumento de las mismas en el resto de diagnósticos, así el diagnóstico Retraso psicomotor sigue registrando el mayor porcentaje de estas Acciones de apoyo, con el 35% de las mismas que suponen las 14 Acciones de apoyo demandadas que se realizan para este diagnóstico sobre un total de 40 en dicho trimestre. Sin embargo, tras el Retraso psicomotor, el diagnóstico que ahora tiene registradas un mayor porcentaje de Acciones de apoyo demandadas es el TGD/TEA con 11 Acciones de apoyo de este tipo que suponen el 27.5% del total de las mismas. Y, a continuación se sitúa el diagnóstico Encefalopatía, que registra el 20% de las Acciones de apoyo demandadas que se realizan en este trimestre.

El trimestre 3 es el que tiene un menor porcentaje de Acciones de apoyo demandadas, para todos los diagnósticos, tan sólo 1 Acción de Apoyo de este tipo para el diagnóstico Retraso psicomotor y 1 para el diagnóstico TGD, mientras que para el resto de diagnósticos no se realiza ninguna Acción de Apoyo de este tipo con ninguna familia. En el trimestre 4 y 5, es el diagnóstico TGD/TEA el que registra un mayor porcentaje de estas Acciones de apoyo, con el 41.4% del total de estas en el trimestre 4 y el 40% en el trimestre 5, lo que se ve reflejado en 12 de las 29 y 6 de las 15 Acciones de apoyo demandadas para cada trimestre,

respectivamente. Ahora bien, en el trimestre 4, tras el TGD/TEA, el diagnóstico que registra un mayor porcentaje de Acciones de apoyo demandadas es el Retraso psicomotor con el 31% del total de las mismas, mientras que en el trimestre 5 son el diagnóstico Encefalopatía y Síndrome o enfermedad genética cromosómica, los que registran un mayor porcentaje de estas Acciones de apoyo, concretamente un 20% de las mismas para ambos casos.

Finalmente, en el trimestre 6, vuelve a ser el diagnóstico Retraso psicomotor el que registra un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas, con un 41.4% del total de las mismas en este trimestre, es decir 12 de las 29 Acciones de apoyo que se realizan bajo esta modalidad en este trimestre, seguido del diagnóstico TGD/TEA que registra el 34.5% de estas Acciones de Apoyo.

Destacar el hecho de que el diagnóstico Riesgo biológico y social es el que menos Acciones de apoyo demandadas registra en todos los trimestres analizados.

6.4.2.6.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias con demanda atendiendo al diagnóstico médico y trimestre

La Tabla 6.41 muestra el volumen medio de Acciones de apoyo que demandan los padres en cada uno los trimestres para cada uno de los diagnósticos analizados.

Tabla 6.41

Volumen de Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas-diagn. médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1	1	0	1	1	1
Síndrome	1	1.3	0	1.3	1.5	1.5
Psicomotor	1.4	1.6	1	1.5	1	1
TGD/TEA	1	1,1	1	1,5	1	1.7
Encefalopatía	1	1,3	0	1	1,5	1

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.41, el volumen medio de Acciones de apoyo demandadas suele ser de 1 para la mayoría de diagnósticos y trimestres, incluso hay diagnósticos que, en el trimestre 3, no han registrado ninguna Acción de Apoyo demandada, por lo que el volumen medio es 0 para esos diagnósticos en dicho trimestre, a saber el diagnóstico Riesgo biológico y social, Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía y Encefalopatía. Los otros dos diagnósticos, Retraso psicomotor y TGD/TEA, registran una media de 1 Acción de Apoyo demandada por los padres en cada caso, un 1.7% de las 60 familias de niños registrados con el diagnóstico Retraso psicomotor en el trimestre 3 y un 5% de las 20 con niños con TGD/TEA.

Por otra parte, se puede ver que el diagnóstico y trimestre que registra un mayor volumen medio de Acciones de apoyo demandadas por los padres es el diagnóstico TGD/TEA en el trimestre 6, con una media de 1.7 Acciones de apoyo de este tipo que se realizan con 6 familias de las 25 que se registran con niños con ese diagnóstico en ese trimestre, lo que supone el 24% de las 25 familias registradas.

Destacar el hecho de que el volumen medio de las familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo, aunque disminuya en algún diagnóstico a lo largo de los 6 trimestres analizados, la tendencia predominante en la mayoría de ellos es permanecer estable o, incluso, aumentar ligeramente. Así, vemos que permanece más o menos estable para los diagnósticos Riesgo biológico o social y Encefalopatía, mientras que disminuye en el diagnóstico Retraso psicomotor.

6.4.2.7.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias-orales atendiendo al diagnóstico médico y trimestre

6.4.2.7.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico médico y trimestre

La Tabla 6.42 refleja el total de familias que reciben alguna Acción de Apoyo oral, en función del diagnóstico médico de su hijo y el trimestre analizado.

Tabla 6.42

Familias con Acciones de Apoyo orales según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	9	37.5	8	34.8	3	13.6	5	26.4	2	8.7	3	13
Síndrome	9	52.9	8	44.4	2	10	5	23.8	4	16	3	12.5
Psicomotor	25	48.1	20	35.1	4	6.7	12	26.7	13	24.1	8	13.6
TGD/TEA	5	33.3	7	36.8	3	15	7	36.8	8	34.8	6	24
Encefalopatía	11	40.7	6	18.8	7	21.2	5	17.2	1	3.3	2	6.5
TOTAL	59	100	49	100	19	100	34	100	28	100	22	100

Como se puede observar en la Tabla 6.42, el trimestre con un mayor número de familias con Acciones de apoyo orales es el trimestre 1, que registra 59 familias con Acciones de apoyo orales, seguido del trimestre 2 con 49 familias con Acciones de apoyo de este tipo, a continuación se sitúan los trimestres 4 , 5 y 6, por ese orden, con 34, 28 y 22 familias con Acciones de apoyo orales, respectivamente. Y, por último, se sitúa el trimestre 3 con 19 familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo.

Si nos fijamos en el porcentaje de Acciones de apoyo orales que recibe cada diagnóstico en cada uno de los trimestres analizados, vemos que en el trimestre 1 es el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía el que recibe un mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo sin utilizar ningún tipo de herramienta para llevarla a cabo, con 9 familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo y que suponen el 52.9% de las 17 que registradas con hijos con este diagnóstico en dicho trimestre. Mientras, es el diagnóstico Retraso psicomotor el

que registra el menor porcentaje de familias con Acciones de apoyo orales, registrando 4 familias que suponen el 6.7% de las 45 que están presentes en el trimestre 3 con este diagnóstico.

Por otra parte, si nos centramos en la evolución que ha sufrido cada uno de estos diagnósticos a lo largo de los 6 trimestres analizados a la hora de recibir las Acciones de apoyo sin herramientas, es decir de forma oral y sin ningún documento o herramienta añadida, vemos que la evolución es similar para todos los diagnósticos. Así, durante los dos primeros trimestres todos los diagnósticos registran el mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo orales. En el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, el porcentaje de familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo desciende considerablemente en todos los diagnósticos y, aunque sube ligeramente a partir del trimestre 4, ese aumento ya no superará los porcentajes registrados durante los dos primeros trimestres, además los porcentajes registrados en el último trimestre son muy similares a los del trimestre 3.

Ahora bien, estos resultados son idénticos para todos los diagnósticos excepto para las familias de niños con TGD/TEA, pues en el trimestre 4 se registra un porcentaje de familias de niños con este tipo de Acciones de apoyo igual al registrado en el trimestre 2, 7 familias con este tipo de Acciones de Apoyo que suponen el 36.7% cuyos hijos están diagnosticados con TGD/TEA en ambos trimestres. Además, el porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo

oral descende en el trimestre 3, cuando se da comienzo al Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, a unos porcentajes similares a los registrados para el resto de diagnósticos. Sin embargo, tras el aumento registrado en el trimestre 4, el descenso que sufre el porcentaje de estas familias es menor que el registrado para el resto de diagnósticos, estando muy cerca, en este caso, de los porcentajes registrados en los dos primeros trimestres. Esta información está representada en la Figura 6.5.

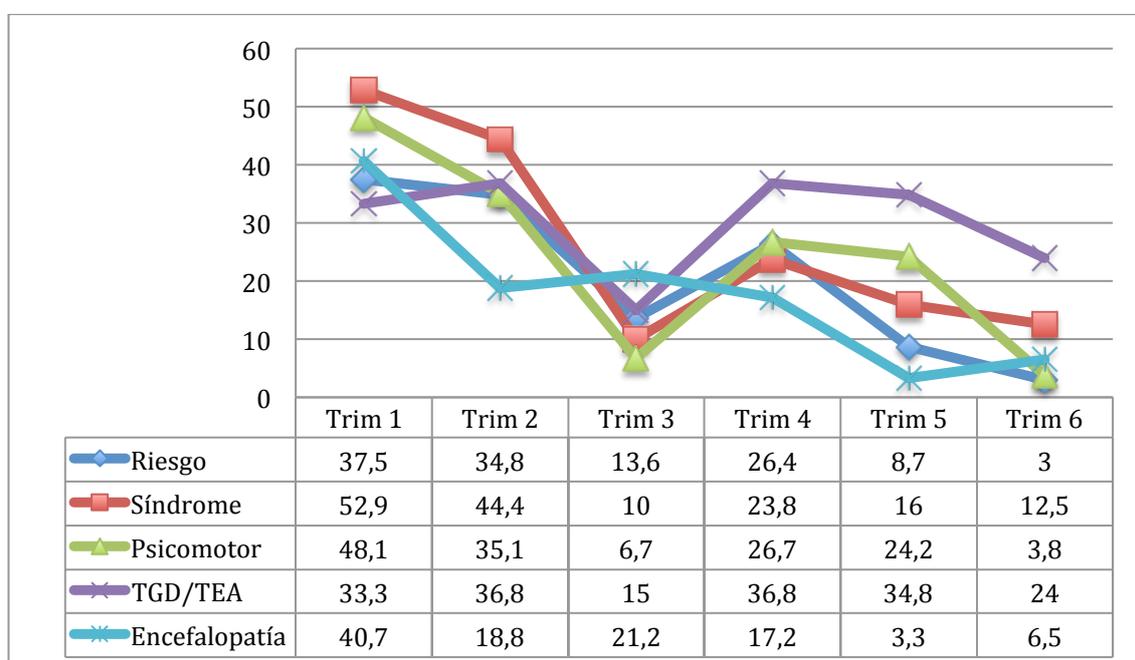


Figura 6.5. Familias con Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico médico.

6.4.2.7.2.- Acciones de Apoyo ordinarias orales según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.43 se muestra el número y porcentaje de Acciones de apoyo orales totales registradas en cada trimestre para cada uno de los diagnósticos médicos.

Tabla 6.43

Acciones de Apoyo orales según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	CURSO 2011/2012						CURSO 2012/2013					
	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	9	13.4	8	16.3	3	5.3	6	16.7	2	7.1	3	13
Síndrome	12	18	8	16.3	2	5.3	6	16.7	4	14.3	4	17.4
Psicomotor	28	41.8	20	40.8	4	7.9	12	33.3	13	46.4	8	34.8
TGD/TEA	5	7.5	7	14.3	3	7.9	7	19.4	8	28.6	6	26.1
Encefalopatía	13	15	6	12.2	8	26.3	5	13.9	1	3.6	2	8.7
TOTAL	67	100	49	100	20	100	36	100	28	100	23	100

Tal y como se refleja en la Tabla 6.43, a excepción del trimestre 3, en el que se realizan un mayor porcentaje de Acciones de apoyo orales para el diagnóstico Encefalopatía, que registra un total de 8 Acciones de apoyo de este tipo y que suponen el 40% de las 20 que se realizan en ese trimestre, en el resto de trimestre es el diagnóstico Retraso psicomotor el que recibe un mayor porcentaje de Acciones de apoyo orales, registrando el mayor porcentaje de este tipo de Acciones de apoyo en el trimestre 5, con un total de 13 que suponen el 46.4% de las 28 realizadas en este trimestre sin utilizar ningún tipo de herramienta para el desarrollo de las mismas. Por otra parte, el menor porcentaje de Acciones de apoyo orales se registra en el trimestre 5 para el diagnóstico Riesgo biológico o social, con 1 Acción de Apoyo que supone el 3.6% del total realizado en dicho trimestre.

En Figura 6.6 se puede ver, de una manera más clara, la evolución que han seguido estas Acciones de apoyo a lo largo de los 6 trimestres analizados en cada uno de los diagnósticos presentes en el CDIAT.

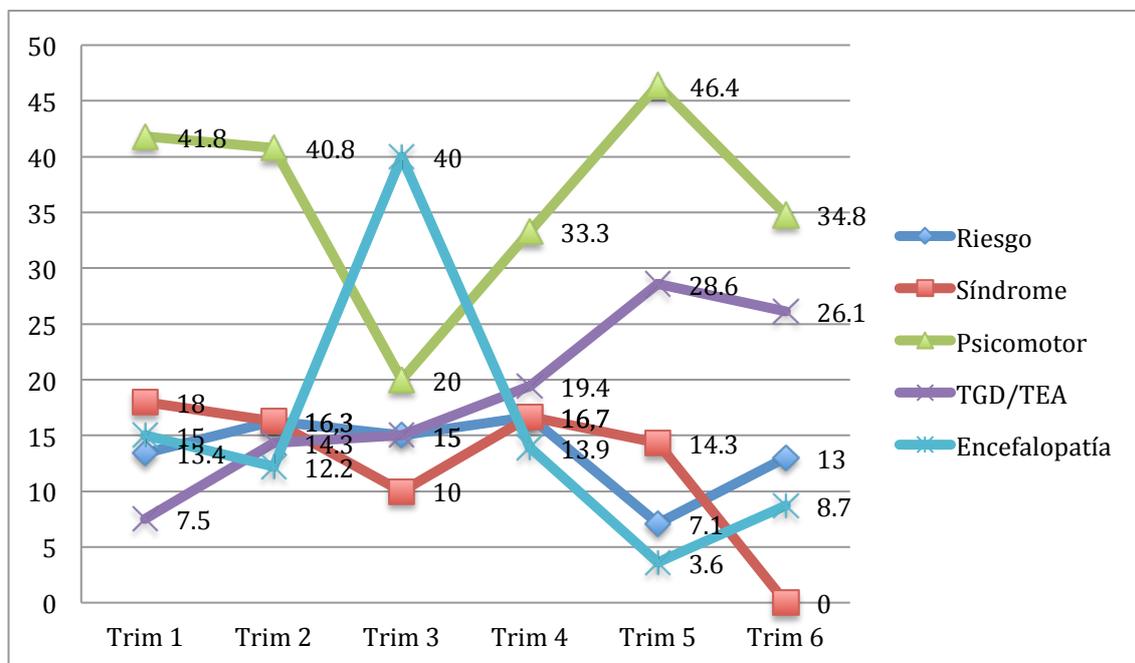


Figura 6.6. Acciones de Apoyo orales según diagnóstico médico.

Tal y como se refleja en la 6.6, el diagnóstico médico Retraso psicomotor es el que registra un porcentaje de Acciones de apoyo orales mayor en todos los trimestres. Ahora bien, si nos fijamos en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, vemos que en dicho trimestre todos los diagnósticos registran unas diferencias mayores con respecto a los dos trimestres anteriores, siendo estas diferencias más notorias en los diagnósticos Encefalopatía y Retraso psicomotor. En el primer caso, se aprecia una subida importante de los porcentajes registrados en este trimestre con respecto al resto de trimestres, para volver a bajar a partir del trimestre 4 incluso por debajo

del porcentaje de Acciones de apoyo orales registrados en los dos primeros trimestres. En el caso del diagnósticos Encefalopatía, se aprecia un descenso del porcentaje de Acciones de apoyo orales que se registran en el trimestre 3 en comparación con el resto de trimestres, sin embargo a partir del trimestre 4 vuelven a subir considerablemente, aunque sólo se superarán los porcentajes registrados en los dos primeros trimestres, en el trimestre 5. En cuanto al resto de diagnósticos, también en el trimestre 3 se ve un punto de inflexión con respecto a los demás trimestres, a partir del cual ya no se superan los porcentajes de los dos primeros trimestres, excepto en el caso de las Acciones de apoyo orales llevadas a cabo para el diagnóstico TGD/TEA que, tras un ligero descenso en el trimestre 3, vuelve a subir y superar los porcentajes de los dos primeros trimestres con bastante diferencia.

6.4.2.7.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-oraes atendiendo al diagnóstico médico y trimestre

Tabla 6.44

Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-oraes-diagn. médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1	1	1.5	1.2	1	1
Síndrome	1.3	1	1	1.2	1	1.3
Psicomotor	1.1	1	1	1	1	1
TGD/TEA	1	1	1	1	1	1
Encefalopatía	1.2	1	1.1	1	1	1

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.44, el volumen medio de Acciones de apoyo orales que recibe cada uno de los diagnósticos en cada trimestre analizado, vemos que no se aprecian diferencias entre un trimestre y otro, ni entre los distintos diagnósticos. Así, destacamos el hecho de que la mayoría de diagnósticos reciben una media de 1 Acción de Apoyo oral en gran parte de los trimestres analizados. Ahora bien, tan sólo el diagnóstico TGD/TEA recibe este volumen medio de Acciones de apoyo orales en todos los trimestres, en el resto de casos, se registra una media de 1 Acción de Apoyo oral, sin embargo se da algún trimestre en la que esa media es mayor.

De esta manera, el diagnóstico Riesgo biológico o social registra un volumen medio de 1.5 Acciones de apoyo orales en el trimestre 3, con 3 Acciones de apoyo de este tipo que se realizan para las 2 familias de niños con este diagnóstico que hacen uso del CDIAT en dicho trimestre y que suponen el 9.1% de las 22 familias de niños registrados en ese momento con dicho diagnóstico. El diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, registra un volumen medio de 1.3 Acciones de apoyo orales en el trimestre 1 y 6 y 1,2 Acciones de apoyo de este tipo para el trimestre 4, mientras que para el resto de trimestres la media de estas Acciones de apoyo es de 1. Sin embargo, vemos que, a pesar de que el volumen medio es idéntico para el primer y último trimestres, el porcentaje de familias que reciben estas Acciones de apoyo disminuye de uno al otro, siendo en el primer trimestre de 52.9%, lo que se refleja en las 9 familias de las 17 registradas con dicho diagnóstico en ese trimestres, mientras que en el trimestre 6 el porcentaje de familias de niños con este diagnóstico que reciben este tipo de Acciones de Apoyo

es de 12.5, o lo que es lo mismo, de las 24 familias que hacen uso del CDIAT en el trimestre 6 y que tienen el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, sólo 3 reciben este tipo de Acciones de Apoyo.

6.4.2.8.- Familias y Acciones de Apoyo-herramientas atendiendo al diagnóstico médico y trimestre

6.4.2.8.1.- Familias con Acciones de Apoyo-herramientas según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.45, se refleja el porcentaje de familias que reciben una o varias Acciones de apoyo en las que los profesionales que realizan dichas Acciones de apoyo utilizan alguna herramienta, tal como documentos escritos o vídeos.

Tabla 6.45

Familias con Acciones de Apoyo con herramientas según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	CURSO 2011/2012						CURSO 2012/2013					
	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	1	4.2	1	4.3	5	22.7	1	5.3	3	13	0	0
Síndrome	0	0	1	5.6	6	30	1	4.8	2	8	0	0
Psicomotor	5	9.6	3	5.3	9	15	0	0	4	7.4	6	10.2
TGD/TEA	2	13.4	2	10.5	4	20	2	10.5	5	21.7	2	8
Encefalopatía	2	7.4	1	3.1	10	30.3	3	10.3	2	6.7	1	3.2
TOTAL	10	100	8	100	34	100	7	100	16	100	9	100

Si observamos la Tabla 6.45 vemos que, en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, se registra un mayor número de familias con Acciones de Apoyo en las que se utilizan videos o documentos escritos, en este trimestre 34 familias reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas, seguido del trimestre 5, en el que se registran 16 familias en las que se realiza este tipo de Acciones de apoyo.

En cuanto al porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas a lo largo de los distintos trimestres, en función del diagnóstico analizado, vemos que el diagnóstico Riesgo biológico o social no recibe ninguna Acción de Apoyo con herramientas en el trimestre 6, lo mismo ocurre con el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosómica, pero en este caso no se registran Acciones de apoyo con herramientas ni en el trimestre 6 ni en el 1. Además estos dos diagnósticos registran el mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo con herramientas en el trimestre 3 con 5 y 6 familias, respectivamente, con Acciones de apoyo con herramientas, que suponen el 22.7% y el 30%, respectivamente, del total de familias con cada uno de esos diagnósticos registrado en cada trimestre.

Si nos fijamos en el diagnóstico Retraso psicomotor, el mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo utilizando herramientas lo registra el trimestre 3, con 9 familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas y que suponen el 15% de las 60 familias de niños registrados con este diagnóstico en dicho trimestre. Por otra parte, el diagnóstico TGD/TEA registra el mayor

porcentaje en el trimestre 5, con 5 familias con Acciones de apoyo con herramientas que suponen el 21.7% de las 20 que se registran en este trimestre con dicho diagnóstico.

Finalmente, el diagnóstico Encefalopatía, registra el mayor porcentaje de familias con Acciones de Apoyo con herramientas en el trimestre 3, con 10 familias registradas, que suponen el 30.3% del total registrado en dicho trimestre con niños con este diagnóstico y que son 30 familias.

En cuanto al total de Acciones de apoyo con herramientas, las frecuencias son muy similares al total de familias que reciben esta Acción de Apoyo, ello se debe a que casi todas las familias que han recibido alguna Acción de Apoyo con herramientas, tan sólo han recibido 1, aunque es cierto que en cada trimestre hay alguna familia cuyos hijos tienen diagnósticos diferentes que recibe 2 Acciones de apoyo con herramientas. Estas familias son la de 1 niño con TGD/TEA en el trimestre 1, un niño con el diagnóstico Riesgo Biológico o Social y otro con el diagnóstico Encefalopatía en el trimestre 3, un niño con el diagnóstico Síndrome/enfermedad genética cromosómica y otro con Encefalopatía en el trimestre 5 y un niño con Retraso Psicomotor y otro con TGD/TEA en el trimestre 6. Además se puede observar que, ni el trimestre 2 ni el trimestre 4, registran ninguna familia con más de una Acción de Apoyo en la que se haya utilizado algún tipo de herramienta adicional.

Por otra parte, viendo la evolución que siguen este tipo de Acciones de apoyo a lo largo de los 6 trimestres analizados, se puede observar que todos los diagnósticos siguen la misma evolución, apreciándose un considerable aumento del porcentaje de familias que reciben Acciones de apoyo con herramientas en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, para volver a disminuir a partir del cuarto trimestre y, aunque posteriormente se vuelva a registrar un ligero ascenso de dicho porcentaje para cada uno de los trimestres, estos porcentajes ya no alcanzarán los registrados en el trimestre 3, a excepción de las familias de niños diagnosticados con TGD/TEA. Todos estos movimientos quedan reflejados en la Figura 6.7.

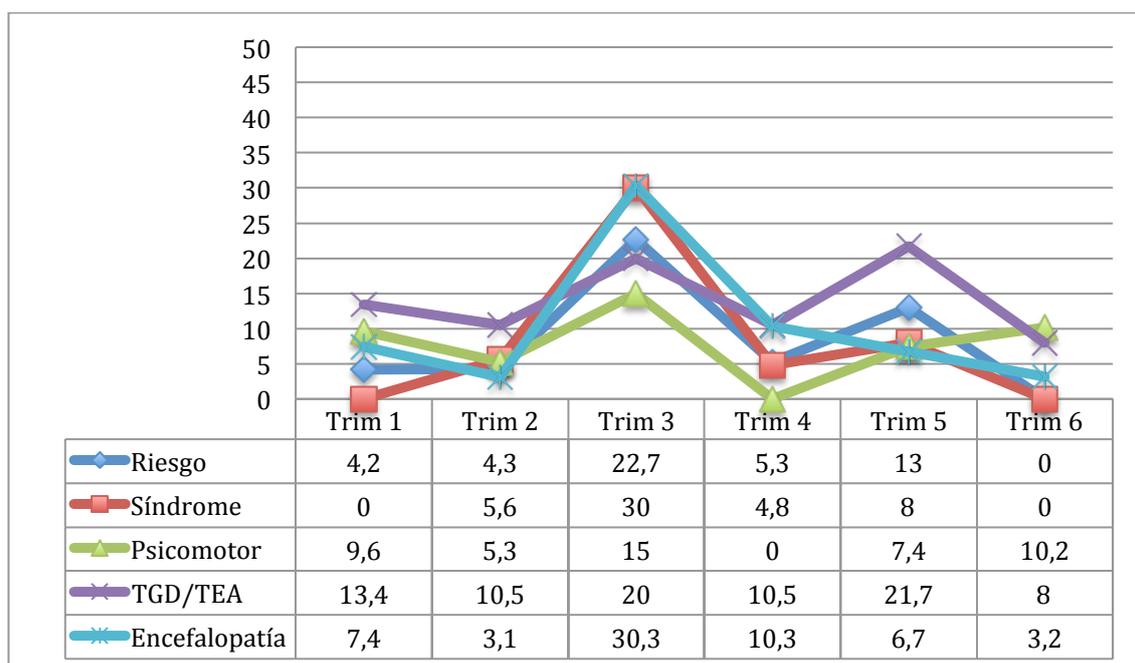


Figura 6.7. Familias_Acciones de Apoyo con herramientas según diagn. médico.

Tal y como se aprecia en la Figura 6.7, si nos fijamos en el trimestre 3 por ser el trimestre en el que se pone en marcha el Plan de Formación en Acción Tutorial

para Terapeutas de Atención Temprana, y lo comparamos con el resto de trimestres, vemos que entre el trimestre 3 y 4 se registran los movimientos más notorios para todos los diagnósticos, destacando el aumento del porcentaje de familias de niños con Encefalopatía y el descenso, a partir del trimestre 3, de las Acciones de apoyo que se realizan de esta manera con las familias de niños con Retraso Psicomotor.

6.4.2.8.2. Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-escritas según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.46 se presenta el volumen medio de Acciones de apoyo realizadas con la utilización de orientaciones o documentos escritos, para cada uno de los diagnóstico y trimestres,

Tabla 6.46

Volumen medio de Acciones de Apoyo-escritas según diagnóstico médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	0	1	1,2	1	1	0
Síndrome	0	1	1	1	1	0
Psicomotor	1	1	1	0	1	1
TGD/TEA	1	1	1	1	1	1
Encefalopatía	1	1	1.2	1	1	1

Tal y como se ve en la Tabla 6.46, todos los diagnósticos presentan un volumen medio de Acciones de apoyo con orientaciones escritas estable a lo largo de los 6

trimestres analizados, registrando una media de 1 Acción de Apoyo con orientaciones escritas en cada uno de los casos, excepto en el trimestre 3 para el diagnóstico Riesgo biológico o social, que registra un volumen medio de 1.2 Acciones de apoyo de este tipo.

En cualquier caso, vemos que todos los diagnósticos acaban registrando en el trimestre 6 el mismo volumen medio de Acciones de apoyo que en el trimestre 1, independientemente de que entre uno y otro trimestres haya habido alguna ligera variación en dicho volumen registrado. La mayoría de diagnósticos empiezan registrando una media de 1 Acción de Apoyo con orientaciones escritas en el trimestre 1 y acaban registrando la misma media en el trimestre 6. De la misma manera, los diagnósticos que no registran ninguna Acción de Apoyo de este tipo en el trimestre 1 tampoco reciben ninguna en el trimestre 6, a pesar de registrar una media de 1 Acción de Apoyo con documentos escritos en el resto de trimestres.

6.4.2.8.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-vídeos según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.47 se muestra el volumen de familias que reciben alguna Acción de Apoyo utilizando la herramienta vídeos, en cada diagnóstico y trimestre.

Tabla 6.47

Volumen medio de Acciones de Apoyo-vídeos diagnóstico médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1	0	0	0	0	0
Síndrome	0	0	1	0	1	0
Psicomotor	1	1	0	0	0	1
TGD/TEA	1	1	1	1	1	1
Encefalopatía	1	0	1	0	1	0

Según se puede apreciar en la Tabla 6.47, la mayoría de diagnósticos registran un volumen medio de Acciones de apoyo con vídeos similar a lo largo de los 6 trimestres analizados. Tan sólo, las familias de niños con el diagnóstico TGD/TEA reciben alguna Acción de Apoyo con esta herramienta en todos los trimestres analizados, registrando, incluso, 2 familias que reciben este apoyo con dicha herramienta en los trimestres 1, 3, 5 y 6, ahora bien, el volumen medio de estas Acciones de apoyo es de 1 a lo largo de los 6 trimestres, es decir, aunque sí se registra más de un niño cuyas familias reciben alguna Acción de Apoyo utilizando algún vídeo, ninguna familia de los niños registrados reciben más de 1 Acción de Apoyo con esta herramienta.

Por otra parte, vemos que, las familias de niños con diagnóstico Riesgo biológico o social, son los que registran menos Acciones de apoyo con la utilización de la herramienta vídeos, de hecho tan sólo se registra 1 familia con una Acción de Apoyo de este tipo, concretamente en el trimestre 1.

6.4.2.9.- Familias y Acciones de Apoyo-compartidas atendiendo al diagnóstico médico y trimestre

6.4.2.9.1.- Familias con Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico médico y trimestre

A continuación, en la Tabla 6.48, se muestra el número de familias que reciben una misma Acción de Apoyo de forma compartida por 2 o más profesionales, en función del diagnóstico en cada uno de los trimestres analizados, así como también se refleja el porcentaje de estas familias calculándolo, una vez más, a partir del número total de familias que se registran, atendiendo al diagnóstico de su hijo y trimestre.

Tabla 6.48

Familias con Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico médico

DIAGN. MÉDICO	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	2	8.3	2	8.7	1	4.5	3	15.8	0	0	0	0
Síndrome	0	0	0	0	2	10	0	0	1	4	3	12.5
Psicomotor	4	7.7	7	12.3	0	0	5	11,1	4	7.4	0	0
TGD/TEA	0	0	0	0	0	0	1	5.3	0	0	0	0
Encefalopatía	5	18.5	0	0	1	3	7	24.1	2	6.7	0	0
TOTAL	11	100	9	100	4	100	16	100	7	100	3	100

En la Tabla 6.48 se puede ver que en el trimestre 1, los diagnósticos Síndrome o enfermedad genética/cromosómica y TGD/TEA no reciben ninguna Acción de

Apoyo compartida por varios profesionales. Lo mismo ocurre en el trimestre 2 con los dos diagnósticos mencionados, además del diagnóstico Encefalopatía. En el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, los dos diagnósticos que no reciben ninguna Acción de Apoyo compartida son Retraso psicomotor y TGD/TEA. En el Trimestre 4 sólo hay un diagnóstico que no recibe ninguna Acción de Apoyo compartida y nuevamente es el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosómica. En el trimestre 5, son los diagnósticos Riesgo biológico o social y TGD/TEA los que no reciben ninguna Acción de Apoyo compartida y, finalmente, llama la atención que en el trimestre 6, cuando ya ha concluido la acción formativa, tan sólo el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosómica recibe alguna Acción de Apoyo compartida, registrando 3 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 12.5% de las 24 que hacen uso del CDIAT en este trimestre y diagnóstico.

6.4.2.9.2.- Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico médico

En la Tabla 6.49 se muestra el total de Acciones de Apoyo compartidas que recibe cada diagnóstico médico según trimestre.

Tabla 6.49

Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	CURSO 2011/2012						CURSO 2012/2013					
	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Riesgo	2	16.7	2	20	1	25	3	17.6	0	0	0	0
Síndrome	0	0	0	0	2	50	0	0	1	14.3	4	100
Psicomotor	4	33.3	8	80	0	0	5	29.4	4	57	0	0
TGD/TEA	0	0	0	0	0	0	1	5.9	0	0	0	0
Encefalopatía	6	50	0	0	1	25	8	47.1	2	28.6	0	0
TOTAL	12	100	10	100	4	100	17	100	7	100	4	100

Tal y como se observa en la Tabla 6.49, el número de familias que reciben Acciones de Apoyo compartidas a lo largo de los 6 trimestres es muy bajo para todos los diagnósticos médicos. Si nos fijamos en el total de Acciones de Apoyo que se realizan en cada uno de los 6 trimestres analizados, el trimestre 4, cuando ya se ha iniciado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana es el que registra un número mayor de estas Acciones de Apoyo. Además en este trimestre se registra el mayor porcentaje de Acciones de Apoyo para todos los diagnósticos médicos, excepto para el diagnóstico Riesgo biológico o social y el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosómica. El diagnóstico médico Encefalopatía es el que registra un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo compartidas en el trimestre 4.

Destacar que en el trimestre 6, cuando ya han pasado 3 meses desde que concluyó el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención

Temprana, tan sólo el diagnóstico médico Síndrome o enfermedad genética/cromosómica registra el 100% de las Acciones de Apoyo realizadas en dicho trimestre.

En la Figura 6.8, se puede apreciar de forma más visual la evolución de este tipo de Acciones de Apoyo.

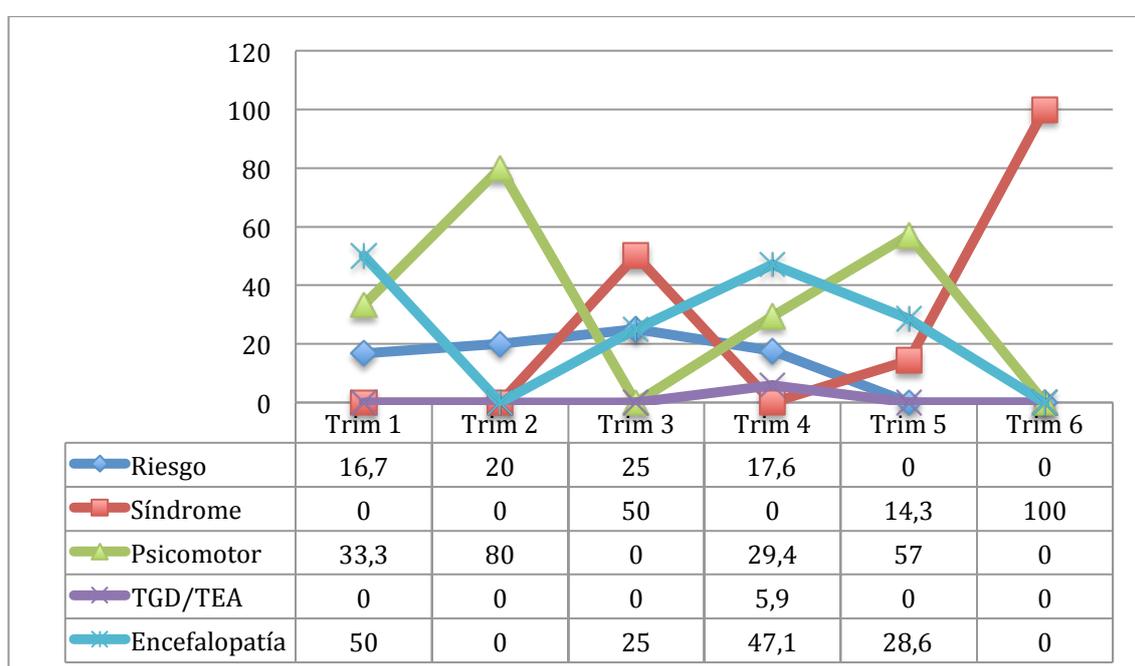


Figura 6.8. Acciones de Apoyo compartidas-diagnóstico médico y trimestre.

Tal y como se observa en la Figura 6.8, realmente no existe una gran diferencia del porcentaje de Acciones de apoyo compartidas que se realizan entre un trimestre y otro, sin embargo, a excepción de las Acciones de Apoyo realizadas con las familias de niños cuyo diagnóstico es TGD/TEA y Encefalopatía, para el resto de diagnósticos el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, supone un punto de inflexión en

el porcentaje de las Acciones de apoyo realizadas, bien sea para disminuir dicho porcentaje, tal y como ocurre con los diagnósticos Riesgo biológico o social y Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, o para aumentar, como ocurre con el diagnóstico Retraso psicomotor. De la misma manera, es evidente que, cuando ya ha concluido la acción formativa, los terapeutas ven innecesario, como ya se ha dicho anteriormente, el hecho de realizar una Acción de Apoyo conjuntamente con otro terapeuta, a excepción del diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, que recibe 4 Acciones de Apoyo compartidas en el trimestre 6, el 100% de todas las realizadas en dicho trimestre.

6.4.2.9.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.50, se representa el volumen medio de Acciones de apoyo compartidas que recibe cada familia en función del diagnóstico médico de su hijo y del trimestre.

Tabla 6.50

Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-compartidas-diagn. médico y trimestre

DIAGN. MÉDICO	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
Riesgo	1	1	1	1	0	0
Síndrome	0	0	1	0	1	1.3
Psicomotor	1	1,1	0	1	1	0
TGD/TEA	0	0	0	1	0	0
Encefalopatía	1.2	0	1	1.1	1	0

En la Tabla 6.50, se observa que el diagnóstico con un mayor volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas es el diagnóstico Encefalopatía, que registra una media de 1 Acción de Apoyo compartida en los trimestres 3 y 5, además registra 1,2 y 1,1 de Acciones de apoyo de este tipo en los trimestres 1 y 4, respectivamente, y ninguna en los trimestres 2 y 6. Por otra parte, el diagnóstico con un menor volumen de Acciones de Apoyo compartidas es el diagnóstico TGD/TEA que no registra ninguna Acción De Apoyo compartida en ninguno de los trimestres, excepto en el trimestre 4, después de haberse iniciado el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. En este trimestre, dicho diagnóstico registra un volumen medio de 1 Acción de Apoyo compartida en este caso.

Destacar que todos los diagnósticos acaban registrando cero Acciones de apoyo compartidas en el trimestre 6, cuando ya ha finalizado el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, excepto el diagnóstico Síndrome o enfermedad genética/cromosomopatía, que aumenta este volumen medio, pasando de una media de 1 Acción de Apoyo compartida en el trimestre 5 a una media de 1.3 en el trimestre 6, con 4 Acciones de apoyo de este tipo que se realizan con 3 familias que suponen el 12.5% de las 24 registradas en ese trimestre y para ese diagnóstico.

6.4.2.10.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo-modalidad, según diagnóstico médico

6.4.2.10.1.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.51 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias, según el diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.51

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Ordinarias	Riesgo	16.5	16.5
	Síndrome	13.5	16.75
	Psicomotor	41.5	43.75
	TGD/TEA	14.5	20
	Encefalopatía	16	21.5

Tal y como se observa en la Tabla 6.51, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo ordinarias, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos aumentan el volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias recibidas, excepto el diagnóstico médico Riesgo biológico o social que se mantiene igual. Los diagnósticos TGD/TEA y

Encefalopatía son los que sufren un aumento mayor del volumen medio de estas Acciones de Apoyo.

6.4.2.10.2.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-sin observación, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.52 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo sin observación, según el diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.52

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Sin observación	Riesgo	16	16.5
	Síndrome	13.5	16.5
	Psicomotor	40.5	43.75
	TGD/TEA	14.5	20
	Encefalopatía	15.5	21.5

Tal y como se observa en la Tabla 6.52, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo sin observación, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos aumentan el volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias recibidas, excepto el diagnóstico médico Riesgo biológico o social que se mantiene igual. Los diagnósticos TGD/TEA y Encefalopatía son los que sufren un aumento mayor del volumen medio de estas acciones de apoyo.

6.4.2.10.3.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-con observación, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.53 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo con observación, según diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.53

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-con observación según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Con observación	Riesgo	0.5	0
	Síndrome	1.5	0.5
	Psicomotor	3	0.5
	TGD/TEA	0	0.75
	Encefalopatía	0,5	0.25

Tal y como se observa en la Tabla 6.53, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo con observación, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad, observándose un ligero descenso de las mismas en el diagnóstico médico Retraso psicomotor.

6.4.2.10.4.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-demandadas, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.54 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo demandadas por los padres, según diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.54

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Demandadas	Riesgo	1,5	1.25
	Síndrome	3	1.75
	Psicomotor	12	6
	TGD/TEA	6	7.25
	Encefalopatía	6	1.25

Tal y como se observa en la Tabla 6.54, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo demandadas por los padres, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, los diagnósticos médicos Síndrome, Retraso Psicomotor y Encefalopatía disminuyen el volumen medio de Acciones de Apoyo demandadas, mientras que los diagnósticos Riesgo biológico o social y TGD/TEA se mantienen igual.

6.4.2.10.5. Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria- orales, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.55 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo orales por los padres, según diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.55

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Orales	Riesgo	8.5	3.25
	Síndrome	8.5	3.5
	Psicomotor	22.5	9.25
	TGD/TEA	6	6
	Encefalopatía	2	1.75

Tal y como se observa en la Tabla 6.55, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo orales, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos disminuyen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad, excepto el diagnóstico TGD/TEA que registra el mismo volumen en ambos momentos. El diagnóstico médico que registra un mayor descenso del volumen medio de estas Acciones de Apoyo es Retraso psicomotor.

6.4.2.10.6.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-con herramientas, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.56 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo realizadas con la utilización de herramientas como los documentos escritos o los vídeos, según diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.56

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias con herramientas según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Herramientas	Riesgo	1	5.5
	Síndrome	0.5	4.25
	Psicomotor	4	4.75
	TGD/TEA	2	6.5
	Encefalopatía	1.5	4

Tal y como se observa en la Tabla 6.56, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo con herramientas, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos sufren un aumento del volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad.

6.4.2.10.7.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-compartidas según diagnóstico médico

En la Tabla 6.57 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas por varios profesionales, según diagnóstico médico, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.57

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias compartidas según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Compartidas	Riesgo	2	1
	Síndrome	0	1.5
	Psicomotor	5.5	2.25
	TGD/TEA	0	0.25
	Encefalopatía	2.5	2.5

Tal y como se observa en la Tabla 6.57, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo compartidas, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad.

6.4.2.10.8.- Evolución total de familias con Acciones de Apoyo modalidad integrada, según diagnóstico médico

En la Tabla 6.58 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo integradas, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.58

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias integradas según diagnóstico médico

Acciones de Apoyo	Diagnóstico médico	t1-t2	t3-t6
Integradas	Riesgo	2.5	2.75
	Síndrome	1	2.5
	Psicomotor	2	3.5
	TGD/TEA	2	2.25
	Encefalopatía	4	5.5

Tal y como se observa en la Tabla 6.58, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo integradas, según el diagnóstico médico, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, los diagnósticos médicos Riesgo biológico o social y TGD/TEA mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad. Los diagnósticos Síndrome, Retraso Psicomotor y Encefalopatía tienden a aumentar el volumen medio de Acciones de Apoyo integradas, recibidas tras el Programa de Formación.

6.4.3.- Número de familias, Acciones de Apoyo-modalidad, diagnóstico funcional y trimestre

En este apartado vamos a mostrar los resultados relacionados con el número de familias y de Acciones de Apoyo realizadas, atendiendo a la modalidad de Acción de Apoyo. Recordemos que estas Acciones de Apoyo pueden ser ordinarias, integradas, sin observación, con observación, a demanda, orales (sin otras herramientas), con herramientas (escritas o vídeos) o compartidas. Para cada una de estas posibles modalidades de Acciones de Apoyo veremos, para cada diagnóstico funcional considerado y cada trimestre registrado, el número de familias que reciben la Acción de Apoyo, el volumen o número total de Acciones de Apoyo realizadas y el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas por la familia.

6.4.3.1.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional trimestre

6.4.3.1.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.59 se recoge el número de familias que reciben alguna Acción de Apoyo ordinaria en cada trimestre, atendiendo al diagnóstico funcional.

Tabla 6.59

Familias con Acción de Apoyo ordinaria según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	27	71.1	28	71.8	39	95.1	31	68.9	28	50	47	84
DI	52	75.4	61	80.3	79	100	49	86	42	64.7	61	87.1
DM	3	42.9	7	77.8	9	90	8	100	4	50	7	87.5
DS	0	0	0	0	1	100	0	0	1	50	2	100
DI+DM	10	66.7	10	55.6	16	88.9	8	57.1	10	62.5	14	77.8
DI+DM+DS	4	80	2	33.3	5	62.5	3	37.5	3	37.5	7	87.5
TOTAL	96	100	108	100	149	100	99	100	88	100	138	100

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.59, los diagnósticos funcionales Discapacidad Intelectual, Discapacidad Motora y Discapacidad Sensorial alcanzan el 100% de familias que reciben Acción de Apoyo ordinaria. Estos porcentajes se dan en el trimestre 3 para el caso de Discapacidad Intelectual, que registra 79 familias con este diagnóstico. En el caso de la Discapacidad Motora, el 100% de familias con este tipo de Acciones de Apoyo se registran en el trimestre 4, con 8 de niños registrados en el CDIAT con ese diagnóstico funcional en dicho trimestre y que reciben alguna Acción de Apoyo ordinaria. En cuanto a la Discapacidad Sensorial, vemos que alcanza el 100% de las familias en los trimestres 3 y 6, con 1 familia registrada en el primer caso y 2 en el segundo. Destaca para este diagnóstico que, durante los trimestres 1, 2 y 4, ninguna familia ha recibido este tipo de Acciones de Apoyo, a pesar de haber registrados en el CDIAT 1 niño en cada trimestre.

Si observamos los resultados atendiendo a la clasificación realizada atendiendo al diagnóstico funcional, vemos que el mayor porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo sin tener un diagnóstico funcional se encuentra en el trimestre 3, con 39 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo y que suponen el 95.1% de las familias de los 41 niños que no presentan diagnóstico funcional en dicho trimestre. En cuanto a las familias cuyos hijos presentan la combinación de Discapacidad Intelectual y Discapacidad Motora y reciben Acciones de Apoyo ordinaria, el mayor porcentaje se registra, también, en el trimestre 3 pero, en este caso, se registran 16 familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo y que suponen el 88.9% de las 18 que hacen uso del CDIAT en ese trimestre y con ese diagnóstico funcional.

Finalmente, las familias de los niños cuyo diagnóstico funcional es Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial, registran el mayor porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias en el trimestre 6, con 7 familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo y que suponen el 87.5% de las 8 con niños que se registran en el CDIAT en dicho trimestre con dicho diagnóstico.

6.4.3.1.2.- Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.60 se puede ver el porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias que recibe cada uno de los diagnósticos funcionales en cada trimestre analizado.

Tabla 6.60

Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	47	26.9	42	22.7	57	25.6	55	32.2	44	32.6	65	31.4
DI	101	57.7	114	61.6	120	53.8	91	53.2	68	50.4	102	49.3
DM	5	2.9	9	4.9	11	4.9	10	5.8	5	3.7	9	4.3
DS	0	0	0	0	2	0.9	0	0	1	0.7	3	1.5
DI+DM	18	10.3	18	9.7	26	11.7	12	7	13	9.6	21	10.2
DI+DM+DS	4	2.3	2	1.1	7	3.1	3	1.8	4	3	7	3.4
TOTAL	175	100	185	100	223	100	171	100	135	100	207	100

Como se puede ver en la Tabla 6.60, el mayor porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias se da en el trimestre 2 para el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, registrando 114 Acciones de apoyo de este tipo que suponen el 61.6% de las 185 totales que se realizan en dicho trimestre.

Por otra parte las familias de niños que no tienen un diagnóstico funcional establecido, reciben el mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias en el trimestre 5, en este caso se registran 55 Acciones de Apoyo de este tipo y que suponen el 32.2% de las 135 que se realizan en dicho trimestre.

En cuanto al diagnóstico Discapacidad Motora, el mayor porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias registrado es un 5.8% que representan las 10 Acciones de Apoyo de este tipo que se realizan en el trimestre 4, sobre un total de 171.

En el diagnóstico funcional Discapacidad Sensorial, vemos que no se registra ninguna Acción de Apoyo ordinaria ni en el trimestre 1, ni en el 2, ni en el 4, trimestres en los que sólo existe 1 niño con este diagnóstico. Sin embargo, sí se realizan 3 Acciones de apoyo ordinarias en el trimestre 6, lo que supone el mayor porcentaje de este tipo de Acciones de apoyo para este trimestre y diagnósticos, con un 1.5% de las 207 que se realizan en este trimestre.

Además, las familias de niños con Discapacidad Intelectual y Motora a la vez, registran el mayor porcentaje de Acciones de apoyo en el trimestre 3, con 26 Acciones de Apoyo ordinarias que suponen el 11.7% de las 223 que se realizan.

Finalmente, las familias de niños con Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial, registran el mayor porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias en el trimestre 6, con 7 Acciones de Apoyo de este tipo que suponen el 3.4% de las 207 que se registran en dicho trimestre.

6.4.3.1.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.61 se recoge el volumen medio de Acciones de apoyo que se realizan en cada trimestre por cada uno de los diagnósticos funcionales.

Tabla 6.61

Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1.7	1.5	1.5	1.8	1.6	1.4
Intelectual	1.9	1.9	1.5	1.9	1.6	1.7
Motora	1.7	1.3	1.2	1.3	1.3	1.3
Sensorial	0	0	2	0	1	1.5
Intel+Mot.	1.8	1.8	1.6	1.5	1.3	1.5
Intel.+Mot.+Sens	1	1	1.4	1	1.3	1

Si observamos la Tabla 6.61, vemos que la evolución que sigue la media de Acciones de apoyo ordinarias llevadas a cabo desde el trimestre 1 hasta el 6, vemos que en todos los diagnósticos funcionales dicha media tiende a disminuir, sobre todo si se compara el primer trimestre con el último.

Así vemos que, el diagnóstico funcional en el que se aprecia una descenso mayor de este volumen medio, es la discapacidad sensorial. Este diagnóstico no presenta ninguna Acción de Apoyo ordinaria en los trimestres 1, 2 y 4, aunque en el trimestre 3 registra un volumen medio de 2 Acciones de apoyo ordinarias. En el trimestre 5 el volumen medio de Acciones de apoyo ordinarias se reduce a 1. Sin embargo, en el trimestre 6, el volumen medio aumenta con respecto al registrado en el trimestre 5, aunque con 1.5 de media no llega a superar la media del tercer trimestre.

6.4.3.2.- Familias con Acciones de Apoyo integradas según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.62 se muestra el número de familias que reciben Acciones de apoyo integradas en los distintos trimestres analizados y según el diagnóstico funcional de sus hijos.

Tabla 6.62

Familias con Acción de Apoyo integrada según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	2	5.3	3	7.7	6	14.6	4	8.9	5	8.9	12	21.4
DI	2	2.9	8	10.5	5	6.4	2	3.5	5	7.7	7	10
DM	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	2	25
DS	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
DI+DM	2	13.3	2	11.1	2	11.1	2	14.3	2	12.5	6	33.4
DI+DM+DS	1	20	2	33.4	2	33.4	1	12.5	0	0	2	25
TOTAL	7	100	16	100	15	100	9	100	13	100	29	100

Como se puede ver en la Tabla 6.62, las familias de niños con Discapacidad Motora sólo reciben alguna Acción de Apoyo integrada en el trimestre 5 y 6, registrando el 12.5% y el 25%, respectivamente, de las familias de los 8 niños con dicho diagnóstico funcional que hacen uso del CDIAT en ambos casos.

Por otra parte, en el trimestre 2 reciben alguna Acción de Apoyo integrada el 100% de las familias de niños con Discapacidad Sensorial, registrándose en este trimestre tan sólo 1 familia que recibe este tipo de Acción de Apoyo con este diagnóstico, el único que hace uso del CDIAT en dicho trimestre con una Discapacidad Sensorial.

En cuanto al resto de diagnósticos, vemos que el mayor porcentaje de niños que no tienen ningún diagnóstico funcional y cuyas familias reciben una Acción de Apoyo integrada se registra en el trimestre 6, con el 21.4% de las 56 familias de niños que no tienen un diagnóstico funcional en este trimestre. De la misma manera, las familias de niños con el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual y Motora, también registra el mayor porcentaje con este tipo de Acciones de Apoyo en el trimestre 6, con 33.4% de las 18 familias de niños que se registran en el CDIAT con este diagnóstico en dicho trimestre.

El diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, registra el mayor porcentaje de familias con Acciones de apoyo integradas en el trimestre 2, con el 10.5% de las 76 familias de niños que hacen uso del CDIAT en este trimestre con dicho diagnóstico. Sin embargo, el trimestre 6 también registra un porcentaje de niños con Discapacidad Intelectual cuyas familias reciben Acciones de Apoyo integrada, muy similar al trimestre 2, registrando un 10% de las 70 familias de niños que hacen uso del CDIAT en este trimestre con dicho diagnóstico funcional.

6.4.3.3.- Familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria e integrada según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.63 recoge el total de familias que reciben Acciones de Apoyo ordinarias e integradas, según diagnóstico funcional de su hijo y trimestre.

Tabla 6.63

Familias Apoyo ordinarias (Or) e integradas (In) según diagn. funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	Or	In										
NO HAY	27	2	28	3	39	6	31	4	28	5	47	12
DI	52	2	61	8	79	5	49	2	42	5	61	7
DM	3	0	7	0	9	0	8	0	4	1	7	2
DS	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	2	0
DI+DM	10	2	10	2	16	2	8	2	10	2	14	6
DI+DM+DS	4	1	2	2	5	2	3	1	3	0	7	2

Tal y como se puede observar, en la Tabla 6.63 destaca el diagnóstico funcional Discapacidad Sensorial por no registrar ninguna familia con Acciones de Apoyo ni ordinarias ni integradas, en los trimestres 1 y 4.

Cabe mencionar que el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual y Motora es el que se mantiene más estable si tenemos en cuenta las familias que registra con Acciones de Apoyo integradas, registrándose 2 familias que reciben estas Acciones de Apoyo en los cinco primeros trimestres y aumentando a 6 familias en el trimestre 6. Sin embargo, las familias que reciben estas Acciones de Apoyo bajo la

modalidad ordinaria registran una evolución con más fluctuaciones a lo largo de los 6 trimestres analizados.

En cualquier caso, tanto para las Acciones de Apoyo ordinarias como para las integradas, se registra un mayor porcentaje de familias cuyos niños no tienen un diagnóstico funcional establecido o que tienen el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual.

6.4.3.4.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias sin observación directa según diagnóstico funcional y trimestre

6.4.3.4.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias sin observación directa según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.64, aparece recogida la información referida al total de familias que reciben alguna Acción de Apoyo sin observación, a lo largo de los 6 trimestres analizados, atendiendo al diagnóstico funcional de su hijo.

Tabla 6.64

Familias con Acciones de Apoyo sin observación directa según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	26	68.4	28	71.8	39	95.1	30	66.7	28	50	47	72.3
DI	51	74	60	78.9	79	100	8	14	42	64.6	61	87.1
DM	3	43	7	77.8	9	90	8	100	3	37.5	7	87.5
DS	0	0	0	0	1	100	0	0	1	50	2	100
DI+DM	10	66.7	10	55.6	16	88.9	8	57.1	10	62.5	14	77.8
DI+DM+DS	3	60	2	33.3	5	83.3	3	37.5	3	37.5	7	87.5
TOTAL	93	100	107	100	149	100	57	100	87	100	138	100

Según se observa en la Tabla 6.64, el trimestre que cuenta con un mayor porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo sin observación directa por su parte es el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. Como se puede ver, en este trimestre, la mayoría de diagnósticos funcionales superan el 90% de familias que registran alguna Acción de Apoyo de este tipo y los diagnósticos que no llegan a ese porcentaje están próximos al mismo.

Por otra parte, destacar el diagnóstico funcional Discapacidad Sensorial, que en los primeros trimestres no registra ninguna familia que reciba una Acción de Apoyo sin observación directa. Sin embargo, vemos que el primer trimestre en el que se registra alguna familia con Acciones de Apoyo sin observación para este diagnóstico es el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción

Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, con el 100% de niños registrados con este diagnóstico cuyas familias reciben Acciones de Apoyo sin observación.

6.4.3.4.2.- Acciones de Apoyo-ordinarias sin observación directa según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.65, vemos el porcentaje de Acciones de apoyo totales que se realizan sin una observación directa, a cada uno de los diagnósticos funcionales, en cada uno de los trimestres analizados.

Tabla 6.65

Acciones de apoyo sin observación directa según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	CURSO 2011/2012						CURSO 2012/2013					
	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	45	26.9	42	2.3	56	25.6	53	60.2	44	25.9	65	31.4
DI	96	57.5	111	61	117	53.4	10	11.4	68	40	102	49.3
DM	5	3	9	4.9	11	5	10	11.4	4	2.3	9	4.3
DS	0	0	0	0	2	0.9	0	0	1	0.6	3	1.4
DI+DM	18	10.8	18	9.9	26	11.9	12	13.6	13	7.6	21	10.1
DI+DM+DS	3	1.8	2	1.1	7	3.2	3	3.4	4	2.3	7	3.4
TOTAL	167	100	182	100	219	100	88	100	170	100	207	100

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.65, el mayor número total de Acciones de apoyo sin observación directa, se registra en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

Por otra parte, si observamos cada uno de los trimestres analizados, se aprecia que la mayoría de diagnósticos registran el mayor porcentaje de Acciones de apoyo sin observación directa, en el trimestre 4, cuando ya se ha iniciado el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, siendo la excepción las Acciones de Apoyo sin observación directa que se realizan con la familias de niños cuyo diagnóstico funcional es la Discapacidad Intelectual, cuyo porcentaje más alto se registra en el segundo trimestre, con un 61% de las 182 Acciones de apoyo totales que se realizan bajo esta modalidad y que suponen un total de 111 para ese trimestre y diagnóstico.

6.4.3.4.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.66 se refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo que se realizan sin observación directa, según diagnóstico funcional y trimestre.

Tabla 6.66

Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación diagn. funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1.7	1.5	1.4	1.8	1.6	1.4
Intelectual	1.9	1.9	1.5	1.2	1.6	1.7
Motora	1.7	1.3	1.8	1.2	1.3	1.3
Sensorial	0	0	2	0	1	1.5
Intel+Mot.	1.8	1.8	1.6	1.5	1.3	1.5
Intel.+Mot.+Sens	1	1	1.4	1	1.3	1

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.66, el volumen medio de Acciones de apoyo sin observación directa que reciben las familias de hijos con cada uno de los diagnósticos funcionales es superior a 1 para los diagnósticos Discapacidad Intelectual, Discapacidad Motora y Discapacidad Intelectual y Motora, así como aquellas familias de niños que no tienen ningún diagnóstico establecido en el momento en que realizamos el presente estudio. Por su parte, las familias de niños con Discapacidad Sensorial no registran ninguna Acción de Apoyo de este tipo, excepto en los trimestres 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana y el trimestre 6. Por su parte, las familias de niños con el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial, reciben un volumen medio de 1 Acción de Apoyo sin observación directa en la mayoría de trimestres.

En cuanto al resto de diagnósticos funcionales, vemos que si bien no registran el mayor volumen de Acciones de apoyo sin observación en el trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, este trimestre sí supone un cambio en la tendencia habitual de dichas Acciones de apoyo con respecto al resto de trimestres, es decir para los casos en los que no hay un diagnóstico funcional establecido, así como para los niños con Discapacidad Intelectual, y Discapacidad Intelectual y Motora el trimestre 3 supone una bajada del volumen medio de Acciones de apoyo que reciben sus familias con respecto al resto de trimestres en los que dicho volumen va en aumento, aunque ese aumento sea muy ligero.

Ahora bien, aunque las diferencias entre trimestres son muy bajas para cada uno de los diagnósticos funcionales, es cierto que aquellos que tienen un menor registro de niños, presentan un mayor volumen de Acciones de apoyo sin observación en el tercer trimestre, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, este es el caso de los niños con Discapacidad Sensorial y Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial, con un volumen de 2 Acciones de Apoyo sin observación directa, para el primer caso, y 1.4 para el diagnóstico Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial. De la misma manera, las familias de los niños con el diagnóstico funcional Discapacidad Motora también registran un mayor volumen de Acciones de apoyo sin observación, en el trimestre 3, con un volumen medio de 1.4 Acciones de apoyo de este tipo.

6.4.3.5.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias con observación atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

6.4.3.5.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias con observación según diagnóstico médico y trimestre

En la Tabla 6.67 se refleja la frecuencia de familias que reciben alguna Acción de Apoyo ordinaria con observación, atendiendo al diagnóstico funcional de su hijo y el trimestre.

Tabla 6.67

Familias con Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
	N	N	N	N	N	N
NO HAY	2	0	1	2	0	0
DI	5	3	1	0	0	0
DM	0	0	0	0	1	0
DS	0	0	0	0	0	0
DI+DM	0	0	0	0	0	0
DI+DM+DS	1	0	0	0	0	0
TOTAL	8	3	2	2	1	0

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.67, a lo largo de los 6 trimestres existe una frecuencia bastante baja de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con observación. Destacar, también que, a medida que se avanza en los trimestres, se aprecia un descenso en el total de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con observación. De esta manera, en el trimestre 6, cuando ya ha finalizado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana ningún diagnóstico funcional recibe ninguna Acción de Apoyo de este tipo.

6.4.3.5.2.- Acciones de Apoyo-ordinarias con observación según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.68 se refleja el total de Acciones de Apoyo con observación que se realizan, atendiendo al diagnóstico funcional y el trimestre.

Tabla 6.68

Acciones de Apoyo con observación directa según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
	N	N	N	N	N	N
NO HAY	2	0	1	2	0	0
DI	5	3	3	0	0	0
DM	0	0	0	0	1	0
DS	0	0	0	0	0	0
DI+DM	0	0	0	0	0	0
DI+DM+DS	1	0	0	0	0	0
TOTAL	8	3	4	2	1	0

Tal y como se observa en la Tabla 6.68, el total de Acciones de Apoyo con observación que recibe cada uno de los diagnósticos funcionales a lo largo de los 6 trimestres analizados es muy bajo, al igual que ocurría con las familias que recibían este tipo de Acciones de Apoyo. En la mayoría de trimestres y diagnósticos, el total de Acciones de Apoyo con observación es igual a cero, excepto para las familias de niños que no tienen un diagnóstico funcional y que registran alguna Acción de Apoyo con observación en los trimestres 1, 3 y 4. Algo similar

ocurre para el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual que registra alguna Acción de Apoyo con observación en los tres primeros trimestres, además este diagnóstico es el que registra un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo bajo esta modalidad en los tres trimestres que se llevan a cabo. Así en el trimestre 1, el diagnóstico Discapacidad Intelectual registra un total de 62.5% de Acciones de Apoyo bajo esta modalidad, en el trimestre 2 registra el 100% y, en el trimestre 3, el 75% de estas Acciones de Apoyo.

Como también se puede observar, a partir del trimestre 4, cuando ya ha finalizado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana se da un descenso más acusado del total de las Acciones de Apoyo con observación, llegando a no registrarse ninguna en el trimestre 6.

6.4.3.5.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-ordinarias con observación atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.69 se recoge el volumen medio de Acciones de Apoyo que se realizan con observación directa en cada uno de los trimestres para cada diagnóstico funcional.

Tabla 6.69

Volumen Acciones de Apoyo ordinarias-con observación-diagn. funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1	0	1	1	0	0
Intelectual	1	1	3	0	0	0
Motora	0	0	0	0	1	0
Sensorial	0	0	0	0	0	0
Intel+Mot.	1	0	0	0	0	0
Intel.+Mot.+Sens	0	0	0	0	0	0

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.69, para aquellos diagnósticos funcionales y trimestres que se ha realizado alguna Acción de Apoyo con observación directa, el volumen medio de estas Acciones de Apoyo es igual a 1, excepto para el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual que recibe un volumen medio de 3 Acciones de Apoyo con observación en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana.

6.4.3.6.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias con demanda atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

6.4.3.6.1.- Familias con Acciones de Apoyo-ordinarias con demanda según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.70, se refleja el porcentaje de familias que demandan una Acción de Apoyo a los terapeutas de sus hijos, atendiendo al diagnóstico funcional y el trimestre.

Tabla 6.70

Familias con Acciones de Apoyo demandada por los padres según diagn. funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	2	5.3	5	12.8	1	2.4	6	13.3	3	5.4	7	12.5
DI	8	11.6	18	23.7	1	1.3	13	22.8	7	10.8	13	18.6
DM	1	14.3	2	22.2	0	0	2	25	0	0	1	12.5
DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DI+DM	3	20	6	33.3	0	0	0	0	1	6.2	3	16.7
DI+DM+DS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12.5	0	0
TOTAL	14	100	31	100	2	100	21	100	12	100	24	100

Tal y como se refleja en la Tabla 6.70, el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, disminuye considerablemente el número y porcentaje de familias que reciben

alguna Acción de Apoyo demandada por parte de los padres, registrando tan sólo un 2.4% de las 41 familias de niños que no tienen diagnóstico funcional y un 1.3% de las 70 con Discapacidad Intelectual. En cuanto al resto de diagnósticos no registran ninguna familia con este tipo de Acciones de Apoyo en dicho trimestre, aunque destaca el diagnóstico Discapacidad Intelectual y Motora, porque durante los trimestres 3 y 4, es decir en pleno Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, no se registra ninguna familia que reciba alguna Acción de Apoyo demandada por los padres, mientras que en el resto de trimestres sí se registran. Por otra parte, las familias de niños con el diagnóstico funcional Discapacidad Sensorial no reciben ninguna Acción de Apoyo de este tipo en ninguno de los trimestres analizados.

6.4.3.6.2.- Acciones de Apoyo ordinarias con demanda según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.71, muestra el porcentaje total de Acciones de Apoyo que son demandadas por los padres en cada uno de los trimestres, dependiendo del diagnóstico funcional de sus hijos.

Tabla 6.71

Acciones de Apoyo demandadas según diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	2	11.8	9	22.5	1	50	6	22.2	5	33.3	8	27.6
DI	11	64.7	20	50	1	50	19	70.4	8	53.3	17	58.6
DM	1	5.9	2	5	0	0	2	7.4	0	0	1	3.4
DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DI+DM	3	17.6	9	22.5	0	0	0	0	1	6.7	3	10.3
DI+DM+DS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.7	0	0
TOTAL	17	100	40	100	2	100	27	100	15	100	29	100

Según se aprecia en la Tabla 6.71, el porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas es mayor para las familias de niños que no tienen diagnóstico funcional, en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para los Terapeutas de Atención Temprana. En el caso de los niños con Discapacidad Intelectual y con Discapacidad Motora, el porcentaje de Acciones de Apoyo demandadas por los padres es mayor en el trimestre 4, cuando se registra el 70% y el 7.4% , respectivamente de las 27 Acciones de Apoyo demandadas en dicho trimestre.

6.4.3.6.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias con demanda atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.72, aparece el volumen de Acciones de Apoyo que demandan los familiares de los niños con diferentes diagnósticos funcionales a lo largo de los 6 trimestres analizados.

Tabla 6.72

Volumen de Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas-diagn. funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1	1.8	1	1	1.7	1.1
Intelectual	1.4	1.1	1	1.5	1.1	1.3
Motora	1	1	0	1	0	1
Sensorial	0	0	0	0	0	0
Intel+Mot.	1	1.5	0	0	1	1
Intel.+Mot.+Sens	0	0	0	0	1	0

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.72, el volumen medio de Acciones de apoyo demandadas por los padres de niños en cada uno de los trimestres analizados, en función del diagnóstico funcional, es menor en el trimestre 3. Además el trimestre que registra un mayor volumen de este tipo de Acciones de Apoyo se corresponde con el trimestre 2.

Concretamente, el volumen medio de Acciones de apoyo demandadas por los padres de niños que no tienen ningún diagnóstico funcional establecido en el trimestre 3 o cuyo diagnóstico funcional es la Discapacidad Intelectual, es de 1, mientras que el resto de familias no reciben ninguna Acción de Apoyo en este trimestre, independientemente del diagnóstico funcional que tengan sus hijos.

Además, es importante señalar, que si bien el trimestre 3 es el que registra el menor volumen de Acciones de apoyo demandadas por los padres en aquellos niños que reciben alguna de estas Acciones de apoyo en más de un trimestre, el volumen mayor de las mismas se registra antes del trimestre 3, es decir antes de ponerse en marcha el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. Después de este trimestre, las familias de estos niños siguen recibiendo alguna Acción de Apoyo que ha sido demandada por ellos, ahora bien el volumen medio de estas Acciones de Apoyo no llega a superar nunca el volumen registrado en cualquiera de los dos primeros trimestres de este estudio.

6.4.3.7.- Familias y Acciones de Apoyo ordinarias-orales atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

6.4.3.7.1.- Familias con Acciones de Apoyo ordinarias orales según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.73 se muestra la frecuencia y porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo oral, es decir sin utilizar ningún tipo de herramienta

adicional en función del diagnóstico funcional que presentan sus hijos y el trimestre.

Tabla 6.73

Familias con Acciones de Apoyo orales según diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	16	42.1	11	28.2	3	7.3	15	33.3	0	0	5	8.9
DI	33	47.8	28	36.8	10	12.7	14	24.6	16	24.6	13	18.6
DM	1	14.3	4	44.4	1	100	3	37.5	0	0	1	12.5
DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50
DI+DM	7	46.7	5	27.8	4	22.2	1	7.1	2	12.5	1	5.6
DI+DM+DS	2	40	1	16,7	1	16.7	1	12.5	0	0	1	12.5
TOTAL	59	100	49	100	19	100	34	100	18	100	22	100

Tal y como se observa en la Tabla 6.73, los trimestres con un mayor número de familias con Acciones de Apoyo en las que los profesionales no utilizan ningún tipo de herramienta adicional, se encuentran registradas en los primeros trimestres analizados, así el primer trimestre registra 59 familias que reciben este tipo de Acción de Apoyo, mientras que en el trimestre 3 se registran 49. A partir del trimestre 3, cuando se inicia el Plan de Formación en Acción Tutorial para profesionales de Atención Temprana, el número de familias que reciben este tipo de Acciones de Apoyo se reduce considerablemente, concretamente son 19 las familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas en dicho trimestre. En el cuarto trimestre volverá a aumentar el número de familias con este tipo de Acciones de Apoyo, aunque no superará los registrados en el trimestre 2, y los

trimestres 5 y 6 registran una frecuencia de familias que reciben Acciones de apoyo con herramientas, muy próxima al trimestre 3, con 18 y 22 familias respectivamente.

Si observamos la evolución de las familias registradas que reciben alguna Acción de Apoyo sin herramientas, a lo largo de los trimestres analizados, destacamos el hecho de que el diagnóstico funcional Discapacidad Sensorial no reciba ninguna Acción de Apoyo sin herramientas en ningún trimestre, excepto en el trimestre 6, que se corresponde con el último trimestre analizado, cuando ya han pasado más de 4 meses después de haber terminado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. En dicho trimestre se registra un solo niño cuya familia recibe este tipo de Acciones de Apoyo y que supone el 50% de las familias de los 2 niños registrados en ese trimestre y con ese diagnóstico.

Además, cuando el diagnóstico funcional registra alguna Acción de Apoyo sin herramientas, el menor porcentaje de estas familias se registra a partir del trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, para todos esos diagnósticos, excepto para los niños con Discapacidad Motora que registran el 100% de familias en dicho trimestre, aunque es cierto que este diagnóstico registra un único niño en ese trimestre.

6.4.3.7.2.- Acciones de Apoyo ordinarias orales según diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.74, se recoge el total de Acciones de Apoyo orales que recibe cada uno de los diagnósticos funcionales en cada trimestre analizado.

Tabla 6.74

Acciones de Apoyo orales según diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	16	23.9	11	22.4	4	20	16	45.7	0	0	5	21.7
DI	39	58.2	28	57.1	10	50	15	42.9	16	88.9	14	60.9
DM	1	1.5	4	8.2	1	5	3	8.6	0	0	1	4.3
DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.3
DI+DM	9	13.4	5	10.2	4	20	1	2.8	2	11.1	1	4.3
DI+DM+DS	2	3	1	2	1	5	1	2.8	0	0	1	4.3
TOTAL	67	100	49	100	20	100	35	100	18	100	23	100

Tal y como se observa en la Tabla 6.74, el diagnóstico funcional que registra un mayor número de Acciones de Apoyo orales en todos los trimestres es Discapacidad Intelectual.

Por otra parte, si observamos la evolución de este tipo de Acciones de Apoyo a lo largo de los 6 trimestres, vemos que a partir del trimestre 3, cuando empieza el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, es cuando se da un descenso mayor del porcentaje de Acciones de

Apoyo que registran cada uno de los diagnósticos funcionales analizados. De esta manera, el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, pasa de registrar el 58.2% de Acciones de Apoyo orales en el primer trimestre a un 42% de las mismas en el trimestre 4, una vez que ya se ha iniciado el Programa de Formación. A partir del trimestre 5 dicho porcentaje vuelve a aumentar, hasta alcanzar el 60% en el trimestre 6, en el caso del diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual.

6.4.3.7.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.75 muestra el volumen medio de Acciones de Apoyo orales que recibe cada diagnóstico funcional atendiendo al trimestre analizado.

Tabla 6.75

Volumen medio de Acciones de Apoyo orales-diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1	1	1.3	1.1	0	1
Intelectual	1.2	1	1	1.1	1	1.1
Motora	1	0	0	1	0	1
Sensorial	0	1	1	0	0	1
Intel+Mot.	1.3	1	1	1	1	1
Intel.+Mot.+Sens	1	1	1	1	0	1

Tal y como se refleja en la Tabla 6.75, la mayoría de familias que han recibido alguna Acción Tutorial oral, tan sólo han recibido una de ellas en cada uno de los

trimestres, a excepción de las familias de niños que no tienen ningún diagnóstico funcional en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, que registran un volumen medio de 1.3 Acciones de Apoyo orales. Lo mismo ocurre en el trimestre 4 para el mismo diagnóstico y en el trimestre 4 y 6 para el diagnósticos funcional Discapacidad Intelectual.

Por otra parte, todos los niños que tienen un diagnóstico funcional establecido y cuyas familias reciben más de una Acción de Apoyo oral, presentan el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, incluso si presentan la combinación de más de un diagnóstico funcional.

6.4.3.8.- Familias y Acciones de Apoyo-herramientas según diagnóstico funcional y trimestre

6.4.3.8.1.- Familias con Acciones de Apoyo-herramientas según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.76 refleja la frecuencia y porcentaje de familias que, en cada trimestre y según el diagnóstico funcional de su hijo, reciben alguna Acción de Apoyo en la que los profesionales utilizan algún tipo de herramienta adicional, como pueden ser videos o documentos escritos.

Tabla 6.76

Familias con Acciones de Apoyo con herramientas según diagnóstico funcional

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	3	2.6	1	2.6	8	19.5	1	2.2	6	10.7	2	3.6
DI	7	10.1	6	7.9	15	19	2	3.5	7	10.8	5	7.1
DM	0	0	0	0	0	0	1	12.5	0	0	0	0
DS	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0
DI+DM	0	0	1	5.6	9	50	3	21.4	2	12.5	1	5.6
DI+DM+DS	0	0	0	0	1	16.7	0	0	1	12.5	1	12.5
TOTAL	8	100	8	100	34	100	7	100	16	100	9	100

Según los resultados que se reflejan en la Tabla 6.76, vemos que existe un número muy bajo de familias que reciben alguna Acción de Apoyo con herramientas, independientemente del diagnóstico que presente su hijo y del trimestre analizado. Ahora bien, es el trimestre 3, cuando da comienzo el Programa de Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, el que registra un mayor número y porcentaje de familias que reciben Acciones de Apoyo con herramientas en todos los diagnósticos funcionales que registran alguna Acción de Apoyo de este tipo, ya que los niños con Discapacidad Motora y los niños con Discapacidad Sensorial, no registran ninguna familia con este tipo de Acciones de Apoyo, excepto en el trimestre 4 y 3, respectivamente.

6.4.3.8.2.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-escritas según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.77 refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo que recibe cada diagnóstico en cada uno de los 6 trimestres, haciendo uso de herramientas escritas.

Tabla 6.77

Volumen medio de Acciones de Apoyo escritas-diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1	1	1.1	1	1	1
Intelectual	1.1	1	1	1	1	1
Motora	0	0	0	1	0	0
Sensorial	0	0	1	0	0	0
Intel+Mot.	0	1	1	1	1	1
Intel.+Mot.+Sens	0	0	1	0	1	1

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.77, en los dos primeros trimestres la mayoría de diagnósticos funcionales no reciben ninguna Acción de Apoyo con la herramienta documentos escritos. Sin embargo, en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, aumenta el volumen medio de Acciones de Apoyo que se realizan con esta herramienta, esto ocurre para todos los diagnósticos funcionales, que reciben un volumen medio de 1 Acción de Apoyo con documentos escritos, excepto para el

diagnóstico funcional Discapacidad Motora, que sigue sin recibir ninguna Acción de Apoyo bajo esta modalidad desde el trimestre 1.

Por otra parte, destacar que en el trimestre 3, las familias cuyos niños no tienen ningún diagnóstico funcional establecido son los que reciben un volumen medio mayor de Acciones de Apoyo con herramientas escritas, registrando un volumen medio de 1.1 Acciones de Apoyo de este tipo en dicho trimestre.

6.4.3.8.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-herramientas-videos atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.78 refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo que cada diagnóstico funcional recibe haciendo uso de las herramientas videos en cada trimestre analizado.

Tabla 6.78

Volumen medio de Acciones de Apoyo-video-diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1	0	1	0	0	0
Intelectual	1	1	1	0	.5	.5
Motora	0	0	0	0	0	0
Sensorial	0	0	0	0	0	0
Intel+Mot.	0	0	1	0	0	0
Intel.+Mot.+Sens	0	0	0	0	0	0

Tal y como se puede observar en la Tabla 6.78, la mayoría de diagnósticos funcional no reciben ninguna Acción de Apoyo con la herramienta vídeos en ningún trimestres, aunque es en el trimestre 4, cuando ya se ha iniciado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, cuando ninguno de los diagnósticos funcionales recibe ninguna Acción de Apoyo con esta herramienta.

6.4.3.9.- Familias y Acciones de Apoyo-compartidas atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

6.4.3.9.1.- Familias con Acciones de Apoyo-compartidas atendiendo al diagnóstico funcional y trimestre

En la Tabla 6.79 se refleja el total de familias que reciben alguna Acción de Apoyo que ha sido compartida por varios profesionales, atendiendo al diagnóstico funcional de su hijo y el trimestre.

Tabla 6.79

Familias con Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	3	7.9	4	10.2	2	4.9	4	8.9	1	1.8	1	1.8
DI	4	5.8	4	5.3	1	1.3	6	10.5	4	6.1	2	2.9
DM	1	14.3	1	11.1	0	0	2	25	0	0	0	0
DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DI+DM	3	20	0	0	1	5.5	3	21.4	1	6.2	0	0
DI+DM+DS	0	0	0	0	0	0	1	12.5	1	12.5	0	0
TOTAL	11	100	9	100	4	100	16	100	7	100	3	100

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.79, el trimestre 4 es el que registra un mayor número de familias que reciben alguna Acción de Apoyo compartida. Además, en este trimestre, el diagnóstico funcional con un porcentaje mayor de Acciones de Apoyo es el diagnóstico funcional Discapacidad Motora, que registra el 25% de Acciones de Apoyo compartidas para dicho trimestre.

Destacar, además, que en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, se aprecia un descenso del porcentaje de familias que reciben alguna Acción de Apoyo compartida, aunque en el trimestre 4 dicho porcentaje vuelve a aumentar. Sin embargo, en el trimestre 6, cuando ya ha concluido el Programa de Formación, se registra el número y porcentaje más bajo de Acciones de Apoyo compartidas para todos los diagnósticos.

6.4.3.9.2.- Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.80 muestra el total de Acciones de Apoyo que se realiza para cada diagnóstico funcional y trimestre.

Tabla 6.80

Acciones de Apoyo compartidas según diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1		Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5		Trim 6	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NO HAY	2	18.2	4	40	2	50	4	23.5	1	14.3	1	25
DI	4	36.4	5	50	1	25	6	35.3	4	57.1	3	75
DM	1	9.1	1	10	0	0	2	11.8	0	0	0	0
DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DI+DM	4	36.4	0	0	1	25	4	23.5	1	14.3	0	0
DI+DM+DS	0	0	0	0	0	0	1	5.9	1	14.3	0	0
TOTAL	11	100	10	100	4	100	17	100	7	100	4	100

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.80, el trimestre 4, cuando ya se iniciado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, es el que registra un número mayor de Acciones de Apoyo compartidas por varios profesionales.

Por otra parte, el diagnóstico funcional que registra un porcentaje mayor de Acciones de Apoyo compartidas es el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, para todos los trimestres, excepto el trimestre 3, cuando el mayor porcentaje lo registran las familias de niños que no tienen ningún diagnóstico

funcional establecido, con el 50% de estas Acciones de Apoyo. Concretamente en el trimestre 5, es cuando las familias de niños con Discapacidad Intelectual registran el porcentaje mayor de Acciones de Apoyo compartidas, con 4 Acciones de Apoyo que reciben bajo esta modalidad y que supone el 57.1% de las 7 totales realizadas.

6.4.3.9.3.- Volumen medio de Acciones de Apoyo-compartidas según diagnóstico funcional y trimestre

La Tabla 6.81 refleja el volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas por distintos profesionales que reciben cada uno de los diagnósticos funcionales en cada trimestre.

Tabla 6.81

Volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas-diagnóstico funcional y trimestre

DIAGN. FUNCIONAL	Trim 1	Trim 2	Trim 3	Trim 4	Trim 5	Trim 6
No hay	1	1	1	1	1	1
Intelectual	1	1.2	1	1	1	1.5
Motora	1	1	0	1	0	0
Sensorial	0	0	0	0	0	0
Intel+Mot.	1.3	0	1	1.3	1	0
Intel.+Mot.+Sens	0	0	0	1	1	0

Tal y como se observa en la Tabla 6.81, el volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas oscila entre cero y 1 para la mayoría de diagnósticos funcionales y trimestres. Además, podemos apreciar que, en el trimestre 4, cuando ya se ha

iniciado el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana las familias de niños con el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual, Motora y Sensorial registran un volumen medio de 1 Acción de Apoyo compartida, y lo mismo ocurre en el trimestre 5, sin embargo en el resto de trimestres no registran ninguna Acción de Apoyo bajo esta modalidad. También el diagnóstico funcional Discapacidad Intelectual y Motora registra un pequeño aumento del volumen medio de estas Acciones de Apoyo en el trimestre 3, llegando a un volumen medio de 1.3 Acciones de Apoyo compartidas, cuando en los dos trimestres inmediatamente anteriores e inmediatamente posteriores el volumen medio de estas Acciones de Apoyo oscilaban entre cero y 1.

Destacar el diagnóstico Discapacidad Sensorial por no registrar ninguna Acción de Apoyo compartida en ninguno de los trimestres analizados.

6.4.3.10.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo-modalidad según diagnóstico funcional

6.4.3.10.1.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.82 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias, según el diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.82

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Ordinarias	No hay	44.5	55.25
	DI	107.5	95.25
	DM	7	8.75
	DS	0	1.5
	DI+DM	18	18
	DI+DM+DS	3	5.25

Tal y como se observa en la Tabla 6.82, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo ordinarias, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, aquellas familias de niños que todavía no tienen establecido un diagnóstico funcional, registran un aumento del volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo la modalidad ordinaria. El diagnóstico Discapacidad intelectual registra, a su vez, un descenso de dicho volumen, tras el programa de Formación.

6.4.3.10.2.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-sin observación según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.83 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo sin observación, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.83

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-sin observación según diagn. funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Sin observación	No hay	27	36
	DI	55.5	47.5
	DM	5	6.75
	DS	0	1
	DI+DM	10	12
	DI+DM+DS	2.5	4.5

Tal y como se observa en la Tabla 6.83, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo sin observación, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos funcionales registran algún cambio en el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad, así las familias de los niños que no tienen un diagnóstico funcional establecido registran un aumento de este volumen medio, mientras que las familias de niños con Discapacidad intelectual registran un descenso del mismo.

6.4.3.10.3.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-con observación según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.84 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo con observación, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.84

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-con observación según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Con observación	No hay	1	0.6
	DI	4	0.25
	DM	0	0.25
	DS	0	0
	DI+DM	0	0
	DI+DM+DS	0.5	0

Tal y como se observa en la Tabla 6.84, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo con observación, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos funcionales mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad, observándose un ligero descenso de las mismas en el diagnóstico funcional Discapacidad intelectual.

6.4.3.10.4.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-demandadas según diagnóstico funcional.

En la Tabla 6.85 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo demandadas por los padres, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.85

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-demandadas según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Demandada	No hay	3.5	4.25
	DI	13	8.5
	DM	1.5	0.75
	DS	0	0
	DI+DM	4.5	1
	DI+DM+DS	0	0.25

Tal y como se observa en la Tabla 6.85, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo demandadas por los padres, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos mantienen un volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad similar en ambos momentos registrados. Se observa un descenso de dicho volumen en el diagnóstico funcional Discapacidad intelectual.

6.4.3.10.5.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-orales según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.86 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo orales, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.86

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-orales según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Orales	No hay	13.5	5.75
	DI	30.5	13.25
	DM	2.5	1.25
	DS	0	0
	DI+DM	6	2
	DI+DM+DS	1.5	0.7

Tal y como se observa en la Tabla 6.86, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo orales, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos disminuyen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad, excepto el diagnóstico funcional Discapacidad sensorial, cuyo volumen medio es cero en ambos momentos. El diagnóstico Discapacidad intelectual es el que registra un mayor descenso del volumen de estas Acciones de Apoyo.

6.4.3.10.6.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria con herramientas según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.87 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo con herramientas, tales como documentos escritos o vídeos, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-82) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.87

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias-herramientas según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Herramientas	No hay	2	4.25
	DI	6	11.75
	DM	0	0.25
	DS	0	0.25
	DI+DM	0,5	3.75
	DI+DM+DS	0	0.75

Tal y como se observa en la Tabla 6.87, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo que se realizan con la utilización de alguna herramienta adicional, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos médicos mantienen un volumen medio similar de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad, observándose un aumento de dicho volumen en el diagnóstico Discapacidad Intelectual.

6.4.3.10.7.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad ordinaria-compartidas según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.88 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo compartidas por varios profesionales, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.88

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias compartidas según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Compartidas	No hay	3.5	2
	DI	4	3.25
	DM	1	0.5
	DS	0	0
	DI+DM	1.5	1.25
	DI+DM+DS	0	0.5

Tal y como se observa en la Tabla 6.88, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo compartidas por varios profesionales, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos funcionales mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad.

6.4.3.10.8.- Evolución total familias con Acciones de Apoyo modalidad integrada según diagnóstico funcional

En la Tabla 6.89 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias, según diagnóstico funcional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t1-t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t6).

Tabla 6.89

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias integradas según diagnóstico funcional

Acciones de Apoyo	Diagnóstico funcional	t1-t2	t3-t6
Integradas	No hay	2.5	6.75
	DI	5	4.75
	DM	0	0.7
	DS	0.5	0
	DI+DM	2	3
	DI+DM+DS	1.5	1.25

Tal y como se observa en la Tabla 6.89, teniendo en cuenta las Acciones de Apoyo integradas, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, todos los diagnósticos funcionales mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo recibidas bajo esta modalidad. Las familias de niños que no tienen un diagnóstico funcional establecido registran un aumento del volumen medio de Acciones de Apoyo integradas tras la puesta en marcha del Programa de Formación.

6.4.4.- Acciones de Apoyo-modalidad, perfil profesional y trimestre

6.4.4.1.- Acciones de Apoyo-ordinarias según perfil profesional y trimestre

En la Tabla 6.90 se refleja el número y porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias realizadas por cada uno de los perfiles profesionales en los trimestres en los que se pone en marcha el Programa de Formación en Acción Tutorial, así como el trimestre inmediatamente anterior e inmediatamente posterior al mismo (t2-t5).

Tabla 6.90

Acciones de apoyo ordinarias según perfil profesional y trimestre

PERFIL PROFESIONAL	Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Responsable	126	65.6	165	72.7	125	71	89	64.5
Estimulador	25	13	38	16.7	29	16.5	33	23.9
Fisioterapeuta	12	6.3	14	6.2	10	5.7	5	3.6
Logopeda	29	15.1	10	4.4	12	6.8	11	8
TOTAL	192	100	227	100	176	100	138	100

Tal y como se observa en la Tabla 6.90, los profesionales que actúan como responsables realizan un mayor porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias en cada uno de los trimestres analizados, realizando más del 60% del total de Acciones de apoyo ordinarias en cada uno de esos trimestres.

Por otra parte, vemos que en el trimestre 3, cuando se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial se registra un aumento del porcentaje de estas mismas Acciones de apoyo por parte de todos los profesionales, excepto por parte de los profesionales que actúan bajo el perfil de logopedas. En este caso, en el trimestre 2 se registra un 15.1% de las 192 Acciones de Apoyo ordinarias llevadas a cabo, mientras que en el trimestre 3, este porcentaje desciende hasta el 4.4% de las 227 realizadas en dicho trimestre, acabando en el trimestre 5 con un 8% de las 138 totales.

De la misma manera, los profesionales que realizan su labor como fisioterapeutas también ven disminuir el porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias que van

realizando desde el trimestre 2 al 5, empezando con un 6.3% de las 192 registradas en el trimestre 2 y acabando con un 3.6% de las 138 que se realizaron en el quinto trimestre.

En definitiva, se observa que el trimestre 3, cuando da comienzo el Programa de Formación en Acción Tutorial, existe un cambio en el porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias que realiza cada perfil profesional, en el caso de los responsables y estimuladores, el porcentaje de estas Acciones de apoyo aumenta a partir del trimestre 3, mientras que en el caso de los fisioterapeutas y los logopedas, este porcentaje disminuye a partir de dicho trimestre.

6.4.4.2.- Evolución Acciones de Apoyo-ordinarias según perfil profesional y trimestre

En la Tabla 6.91 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias, según el perfil profesional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t5).

Tabla 6.91

Evolución Acciones de Apoyo ordinarias según perfil

Acciones de Apoyo	Perfil profesional	t2	t3-t5
Ordinarias	Responsable	126	126.3
	Estimulador	25	33.3
	Fisioterapeuta	12	9.6
	Logopeda	29	11

Según se observa en la Tabla 6.91, el volumen medio de Acciones de Apoyo que realizan los distintos perfiles bajo la modalidad ordinarias, aumenta para los estimuladores. Los responsables mantienen el volumen medio de Acciones de Apoyo bajo esta modalidad, mientras que los fisioterapeutas y los logopedas disminuyen la media de estas Acciones de Apoyo, siendo estos últimos los que registran un descenso mayor de las mismas.

6.4.4.3.- Acciones de Apoyo-integradas según perfil profesional y trimestre

En la Tabla 6.92 se muestra el porcentaje de Acciones de apoyo integradas que se realizan en cada uno de los trimestres en función del perfil profesional que las lleva a cabo.

Tabla 6.92

Acciones de Apoyo integradas según perfil profesional y trimestre

PERFIL PROFESIONAL	Trim 2		Trim 3		Trim 4		Trim 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Responsable	0	0	0	0	0	0	0	0
Estimulador	14	77.8	9	53	5	50	6	46.1
Fisioterapeuta	4	22.2	8	47	3	30	2	15.4
Logopeda	0	0	0	0	2	20	5	38.5
TOTAL	18	100	17	100	10	100	13	100

Tal y como se observa en la Tabla 6.92, los profesionales que registran un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo integradas, de forma general a lo largo de todos

los trimestres analizados, son los estimuladores, que registran más del 45% del total de Acciones de Apoyo integradas que se realizan en cada trimestre. Les sigue en porcentaje, los fisioterapeutas, que sólo superan el 45% del total de Acciones de apoyo integradas en el trimestre 4, cuando realizan un 47% de las 17 registradas en dicho trimestre. Sin embargo, en el trimestre 5, tal y como se refleja en la Tabla 6.92, tras el 46.1% de las Acciones de apoyo integradas que realizan los estimuladores, se sitúan los logopedas, quienes realizan el 38.5% de las 13 registradas bajo esta modalidad, mientras que los fisioterapeutas sólo realizan el 15.4% de las mismas.

Por otra parte, si observamos la evolución que se da a lo largo de los 5 trimestres reflejados en la Tabla 6.92, con respecto a las Acciones de apoyo integradas que realiza cada perfil profesional, vemos que el trimestre 3, cuando empieza el Programa de Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, existe un descenso de este tipo de Acciones de apoyo por parte de los estimuladores, con respecto al trimestre anterior, pasando de un 77.8% de las 18 Acciones de apoyo integradas totales realizadas en el trimestre 2, a un 53% de la 17 que se realizan en el tercer trimestre. Además, a partir de este trimestre las Acciones de apoyo integradas que realizan los estimuladores seguirán disminuyendo hasta llegar a realizar el 46.1% de las totales que se realizan en el trimestre 5 y suponen un total de 13.

En cuanto a las Acciones de apoyo integradas que realizan los fisioterapeutas, si nos fijamos en el trimestre que da comienzo al Programa de Formación en Acción

Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, es decir el trimestre 3, estos profesionales realizan el 47% de las 17 realizadas en dicho trimestre, mientras que en el trimestre 2 sólo realizaron el 22.2% de todas las registradas bajo esta modalidad. Es decir, en el trimestre 3 los fisioterapeutas aumentan el porcentaje de Acciones de apoyo integradas realizadas, con respecto al trimestre anterior. Sin embargo, a partir del trimestre 4 el porcentaje de estas Acciones de apoyo vuelve a disminuir hasta el 15.4% registrado en el trimestre 5.

Destacar el hecho de que los logopedas no realizan ninguna Acción de Apoyo integrada durante los dos primeros trimestres reflejados en la Tabla 6.92, aunque sí realizan el 20% y el 38.5% de las 10 y las 13 que se registran en los trimestres 4 y 5, respectivamente.

6.4.4.4.- Evolución Acciones de Apoyo-integradas según perfil profesional y trimestre

En la Tabla 6.93 se muestra la evolución del volumen medio de Acciones de Apoyo integradas, según el perfil profesional, teniendo en cuenta dicho volumen medio antes de poner en marcha el programa de formación (t2) y tras la puesta en marcha del mismo (t3-t5).

Tabla 6.93

Evolución Acciones de Apoyo integradas según perfil

Acciones de Apoyo	Perfil profesional	t2	t3-t5
Integradas	Responsable	0	0
	Estimulador	14	6.7
	Fisioterapeuta	4	4.3
	Logopeda	0	2.3

Según se observa en la Tabla 6.93, el volumen medio de Acciones de Apoyo que realizan los distintos perfiles profesionales bajo la modalidad integradas, aumenta para los fisioterapeutas y los logopedas. Estos últimos destacan por no realizar ninguna Acción de Apoyo integrada en el trimestre 2, previamente a la puesta en marcha del Programa de Acción Tutorial, y pasar a realizar un volumen medio de 2.3 Acciones de Apoyo integradas tras la puesta en marcha del mismo.

6.4.5.- Acciones de Apoyo-modalidad y experiencia profesional

6.4.5.1.- Acciones de Apoyo-ordinarias según experiencia laboral

En la Tabla 6.94 se muestra el porcentaje de Acciones de apoyo ordinarias según el rango de experiencia de los profesionales

Tabla 6.94

Acciones de Apoyo-ordinarias según rango de experiencia

EXPERIENCIA LABORAL	Ordinarias	
	N	%
< 3 años	63	8.6
3-6 años	113	15.4
> 6 años	557	76
TOTAL	733	100

Según refleja la Tabla 6.94, los profesionales que tienen una experiencia mayor de 6 años son los que realizan un mayor número de Acciones de Apoyo ordinarias. Estos profesionales realizan de 557 Acciones de Apoyo ordinarias, lo que supone el 76% de las 733 totales que se registran.

Por otra parte, también se puede observar que a medida que aumenta la experiencia laboral, aumentan el número de Acciones de Apoyo ordinarias que realizan los profesionales.

6.4.5.2.- Volumen medio Acciones de Apoyo-ordinarias según experiencia laboral

En la Tabla 6.95 se muestra el volumen medio de Acciones de apoyo ordinarias según el rango de experiencia de los profesionales

Tabla 6.95

Volumen medio Acciones de apoyo-ordinarias por profesional y rango experiencia

EXPERIENCIA LABORAL	Ordinarias
	M
< 3 años	7.88
3-6 años	16.14
> 6 años	79.57

Según refleja la Tabla 6.95, los profesionales que tienen una experiencia mayor de 6 años son los que realizan un mayor volumen de Acciones de Apoyo ordinarias. Estos profesionales realizan un volumen medio de 79.57 Acciones de Apoyo ordinarias.

6.4.5.3.- Acciones de Apoyo-integradas según experiencia laboral

Tabla 6.96

Acciones de Apoyo-integradas según rango de experiencia

EXPERIENCIA LABORAL	Integradas	
	N	%
< 3 años	5	8.6
3-6 años	41	70.7
> 6 años	12	20.7
TOTAL	58	100

La Tabla 6.96 refleja que los profesionales con una experiencia laboral que oscila entre 3 y 6 años, son los que realizan unas prácticas de Apoyo más orientadas hacia el Modelo Centrado en la Familia, ya que registran un porcentaje más elevado de Acciones de Apoyo en las que se tiende a tener más en consideración, si cabe, el trabajo y la participación de las familias, como son las Acciones de Apoyo integradas. De las 58 Acciones de Apoyo integradas totales, los profesionales con una experiencia entre 3 y 6 años, realizan 70.7% de las mismas. Sin embargo, los profesionales que tienen una experiencia menor a 3 años, son los que registran un porcentaje menor de dichas Acciones de Apoyo, concretamente registran 5 Acciones de Apoyo integradas que suponen el 8.6% de las 58 realizadas en total bajo la misma modalidad.

6.4.5.4.- Volumen medio Acciones de Apoyo-integradas según experiencia laboral

En la Tabla 6.97 se muestra el volumen medio de Acciones de Apoyo integradas según el rango de experiencia de los profesionales.

Tabla 6.97

Volumen Medio Acciones de Apoyo-integradas por profesional y rango experiencia

EXPERIENCIA LABORAL	Ordinarias
	M
< 3 años	0.62
3-6 años	5.86
> 6 años	1.71

Tal y como se refleja en la Tabla 6.97, los profesionales que tienen una experiencia laboral entre 3 y 6 años son los que realizan un mayor volumen medio de Acciones de Apoyo integradas. Estos profesionales realizan una media de 5.86 Acciones de Apoyo integradas.

6.4.6.- Acciones de Apoyo-modalidad, cociente emocional y trimestres

6.4.6.1. Perfil inteligencia emocional

La Tabla 6.98 muestra la puntuación media que obtienen los profesionales en cada uno de los componentes de la inteligencia emocional que recoge el MSCEIT.

Tabla 6.98

Perfil inteligencia emocional

	COMPONENTES	M	DT
ÁREAS	Total	110.5	10.1
	Experiencial	107	10.1
	Estratégica	111.6	11.4
APTITUDES	Percepción	108.5	13.8
	Facilitación	102.5	7.6
	Comprensión	108.7	11
TAREAS	Manejo	111.8	11.2
	Caras	104.5	12.1
	Dibujos	109	15
	Facilitación	92.9	8.8
	Sensaciones	116.5	8
	Cambios	107.8	1.1
	Combinaciones	107.1	11.2
	Manejo	112.9	11.8
	Relaciones	108.4	13.2

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.98, todos los profesionales de Atención Temprana reciben una puntuación media superior a 90 e inferior a 117, en todas las áreas. Además, cabe destacar que la puntuación total alcanza una $M = 110.5$.

Por otra parte, reciben la puntuación más baja en la tarea de facilitación ($M = 92.9$), mientras que la puntuación más alta la reciben en la tarea sensaciones ($M = 116,5$). Si nos fijamos en las aptitudes, la puntuación media más alta la recibe el manejo ($M = 111.8$) y la más baja facilitación ($M = 102.5$), mientras que la percepción y la comprensión reciben una puntuación similar, ($M = 108.5$; $M = 108.7$), respectivamente. En cuanto al área de la inteligencia emocional que recibe una puntuación media mayor es la estratégica ($M = 111.6$).

6.4.6.2.- Acciones de Apoyo-modalidad según cociente emocional

En la Tabla 6.99 se reflejan los estadísticos descriptivos de las acciones de apoyo realizadas por los profesionales durante cuatro de los seis trimestres registrados (t2-t5) según el cociente emocional. La variable cociente emocional se ha tratado de modo dicotómico utilizando los valores situados en el primer (25) y tercer cuartil (75). En dicha variable el valor 1 acumula los casos que alcanzan una puntuación igual o inferior a 99 y el valor 2 a los que obtienen puntuaciones igual o superior a 118.

Tabla 6.99

Descriptivos de Acciones de Apoyo según cociente emocional

Acción de apoyo	Menor o igual a 99				Mayor o igual a 118			
	N	Míni	Máxi	Media	N	Míni	Máxi	Media
Integradas	3	0	4	2.67 (2.309)	5	1	5	3.20 (1.789)
Ordinarias	3	5	194	76.00 (102.893)	5	11	191	73.40 (81.813)
Con observación	3	0	1	.33 (.577)	5	0	0	.00 (.000)
Sin observación	3	5	194	75.67 (103.123)	5	11	191	73.40 (81.813)
Herramienta	3	1	20	8.00 (10.440)	5	0	13	6.60 (5.857)
Orales	3	3	8	5.33 (2.517)	5	1	12	4.40 (4,393)

Nota: la desviación típica aparece entre paréntesis.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.99, los profesionales que manifiestan un mayor cociente emocional realizan número superior de acciones de apoyo en la modalidad integrada. Sin embargo, son los profesionales que obtienen puntuaciones menos elevadas en cociente emocional los que consiguen mayor número de acciones de apoyo en el resto de modalidades.

En la Tabla 6.100 se presentan los resultados relacionados con la Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias. Tal y como se puede observar, no se

arrojan diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales que manifiestan mayor y menor nivel de cociente emocional según modalidad.

Tabla 6.100

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-cociente emocional

	U Mann-Whitney	W Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Ordinarias	7.000	22.000	-.149	.881
Integradas	6.000	12.000	-.453	.651
Con observación	5.000	20.000	-1,291	.197
Sin observación	7.000	22.000	-.149	.881
Herramientas	6.500	21.500	-.300	.764
Orales	4.500	19.500	-.900	.368

6.4.7.- Acciones de Apoyo-modalidad, empatía y trimestres

6.4.7.1.- Perfil nivel empatía

La Tabla 6.101 recoge los percentiles que obtienen los profesionales de Atención Temprana en cada una de las áreas que componen la empatía.

Tabla 6.101

Percentiles de nivel de empatía en los profesionales de la muestra participante

ÁREAS	M	DT
Comprensión emocional	59.7	31,5
Adopción de perspectivas	68.5	18.6
Estrés empático	39.2	25.9
Alegría empática	71.2	19.3
Total empatía	58.5	21.5

Tal como se observa en la Tabla 6.101, los profesionales de Atención Temprana puntúan con el percentil más alto en el área referida a la alegría empática ($M = 71.2$). En cuanto a la puntuación más baja la reciben en el área estrés empático ($M = 39.2$). En cuanto al total de empatía, puntúan con una $M = 58.5$.

6.4.7.2.- Acciones de Apoyo-modalidad según nivel de empatía

En la Tabla 6.102 se reflejan los estadísticos descriptivos de las Acciones de Apoyo realizadas por los profesionales durante cuatro de los seis trimestres registrados (t2-t5) según el nivel de empatía. La variable empatía se ha tratado de modo dicotómico utilizando los valores situados en el primer (25) y tercer cuartil (75). En dicha variable el valor 1 acumula los casos que alcanzan una puntuación igual o inferior a 40 y el valor 2 a los que obtienen puntuaciones igual o superior a 77.

Tabla 6.102

Descriptivos de acciones de Apoyo según percentiles de nivel de empatía profesional

Acción de apoyo	Menor o igual a 40				Mayor o igual a 77			
	N	Míni	Máxi	Media	N	Míni	Máxi	Media
Integradas	4	0	4	1.25 (1.893)	3	0	5	2.00 (2.646)
Ordinarias	4	3	12	7.50 (4.203)	3	14	194	77.00 (101.425)
Con observación	4	0	2	.50 (1.000)	3	0	0	.00 (.000)
Sin observación	4	3	10	7.00 (3.559)	3	14	194	77.00 (101.425)
Herramienta	4	0	3	.75 (1.500)	3	1	13	8.33 (6.429)
Orales	4	2	10	6.25 (4.349)	3	4	12	4.00 (4.359)

Nota: la desviación típica aparece entre paréntesis.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.102, los profesionales que manifiestan un mayor nivel de empatía alcanzan puntuaciones medias superiores en las modalidades integradas, ordinarias, sin observación y con herramientas. Sin embargo, en las demás modalidades las puntuaciones superiores las obtienen los profesionales con un nivel de empatía menor o igual a 40.

En la Tabla 6.103 se presentan los resultados relacionados con la Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias. Se aprecian diferencias estadísticamente

significativas entre los profesionales que manifiestan mayor y menor nivel de empatía en cuanto a medidas de apoyo ordinarias y sin observación.

Tabla 6.103

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-empatía

	U Mann-Whitney	W Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Integradas	4.500	14.500	-.556	.578
Ordinarias	.000	10.000	-2.121	.034
Con observación	4.500	10.500	-.866	.386
Sin observación	.000	10.000	-2.141	.032
Herramientas	1.000	11.000	-1.834	.067
Orales	4.000	14.000	-.714	.476

6.4.8.- Acciones de Apoyo-modalidad, personalidad y trimestre

6.4.8.1.- Perfil Personalidad

La Tabla 6.104 muestra la puntuación media en eneatis, que reciben los profesionales de Atención Temprana en cada una de las áreas utilizadas para describir la personalidad. Para obtener estos resultados se ha utilizado el test CUIDA.

Tabla 6.104

Personalidad

ÁREAS	M	DT
Asertividad	3.3	1.2
Sociabilidad	3.6	2.3
Vínculos afectivos	3.8	1.5
Altruismo	4.1	2.1
Resolución problemas	4.2	1
Apertura	4.3	1.4
Tolerancia	4.5	1
Flexibilidad	4.6	1.7
Resolución duelo	4.6	1.6
Empatía	4.8	1.7
Independencia	5	1.9
Autoestima	5.5	1.2
Equilibrio emocional	5.3	1

Tal y como se aprecia en la Tabla 6.104 la puntuación media, que reciben los profesionales de Atención Temprana se encuentra entre una $M = 3.3$, que recibe el área que hace referencia a la asertividad, y una $M = 5.5$, que recibe el área referida a la autoestima. En cuanto al equilibrio emocional, destacar que puntúa con una $M = 5.3$.

La Tabla 6.105 recoge la puntuación media, también en eneatis, que reciben los profesionales de Atención Temprana en cada una de las dimensiones de segundo nivel de la prueba CUIDA, utilizada para describir la personalidad.

Tabla 6.105

Personalidad. Dimensiones de segundo nivel

ÁREAS	M	DT
Cuidado responsable	4.6	.9
Cuidado afectivo	4.2	1.1
Sensibilidad	3.8	1.4
Agresividad	4.8	1.3

Como se puede observar en la Tabla 6.105, la puntuación media que reciben los profesionales de Atención Temprana en las dimensiones de segundo nivel se encuentran entre una $M = 3.8$ y una $M = 4.8$, puntuaciones obtenidas para la sensibilidad y la agresividad, respectivamente.

A continuación vamos a analizar más en detalle los resultados obtenidos para las dimensiones de segundo nivel del CUIDA.

6.4.8.2.- Acciones de Apoyo-modalidad según cuidado responsable

En la Tabla 6.106 se reflejan los estadísticos descriptivos de las Acciones de Apoyo realizadas por los profesionales durante cuatro de los seis trimestres registrados (t2-t5) según el nivel de cuidado responsable. La variable cociente emocional se ha tratado de modo dicotómico utilizando los valores situados en el primer (25) y tercer cuartil (75). En dicha variable el valor 1 acumula los casos que alcanzan una puntuación igual o inferior a 4 y el valor 2 a los que obtienen puntuaciones igual o superior a 5.

Tabla 6.106

Descriptivos de Acciones de Apoyo según cuidado responsable

Acción de apoyo	Menor o igual a 4				Mayor o igual a 5			
	N	Míni	Máxi	Media	N	Míni	Máxi	Media
Integradas	6	0	9	2.00 (3.521)	7	1	5	3.71 (1.380)
Ordinarias	6	3	194	60.00 (81.046)	7	5	191	43.43 (65.767)
Con observación	6	0	2	.33 (.816)	7	0	3	.57 (1.134)
Sin observación	6	3	194	59.67 (81.286)	7	5	191	42.86 (65.908)
Herramienta	6	0	5	1.17 (1.941)	7	0	20	8.29 (6.969)
Orales	6	2	10	6.17 (3.710)	7	1	25	8.00 (8.367)

Nota: la desviación típica aparece entre paréntesis.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.106, los profesionales que manifiestan un mayor cuidado responsable alcanzan puntuaciones medias superiores en la modalidad integrada, con observación, con herramientas y orales. Sin embargo, en las demás modalidades las puntuaciones superiores las obtienen los profesionales con un cuidado responsable menor o igual a 4.

En la Tabla 6.107 se reflejan los resultados tras aplicar la U de *Mann-Whitney* para el contraste de medias. Tal y como se observa, existen diferencias estadísticamente

significativas entre los profesionales que reflejan mayor y menor nivel de cuidado responsable en la Acción de Apoyo Herramientas.

Tabla 6.107

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-cuidado responsable

	U Mann-Whitney	W Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Integradas	8.500	29.500	-1.811	.070
Ordinarias	18.000	39.000	-.429	.668
Con observación	18.500	39.500	-.483	.629
Sin observación	17.000	38.000	-.573	.567
Herramientas	6.500	27.500	-2.106	.035
Orales	20.500	41.500	-.072	.943

6.4.8.3.- Acciones de Apoyo-modalidad según cuidado afectivo

En la Tabla 6.108 se reflejan los estadísticos descriptivos de las Acciones de Apoyo realizadas por los profesionales durante cuatro de los seis trimestres registrados (t2-t5) según el nivel de cuidado afectivo. La variable cociente emocional se ha tratado de modo dicotómico utilizando los valores situados en el primer (25) y tercer cuartil (75). En dicha variable el valor 1 acumula los casos que alcanzan una puntuación igual o inferior a 3 y el valor 2 a los que obtienen puntuaciones igual o superior a 5.

Tabla 6.108

Descriptivos de acciones de apoyo según cuidado afectivo

Acción de apoyo	Menor o igual a 3				Mayor o igual a 5			
	N	Míni	Máxi	Media	N	Míni	Máxi	Media
Integradas	3	0	0	.00 (.000)	5	1	5	3.40 (1.517)
Ordinarias	3	10	194	72.00 (105.660)	5	11	31	21.60 (8.877)
Con observación	3	0	2	.67 (1.155)	5	0	3	.80 (1.304)
Sin observación	3	10	194	71.33 (106.232)	5	11	28	20.80 (7.918)
Herramienta	3	0	1	.33 (.577)	5	3	20	11.00 (6.285)
Orales	3	5	10	8.33 (2.887)	5	3	25	10.40 (8.905)

Nota: la desviación típica aparece entre paréntesis.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.108 los profesionales que manifiestan un mayor cuidado afectivo alcanzan puntuaciones medias superiores en la modalidad integradas, con observación, con herramientas y orales. Sin embargo, en las demás modalidades las puntuaciones superiores las obtienen los profesionales con un cociente emocional menor o igual a 5.

Los resultados de la prueba U de Mann-Whitney indican diferencias estadísticamente significativas en las Acciones de Apoyo integrada y herramientas

(Tabla 6.109). Es decir, los diferentes niveles de cuidado afectivo repercuten significativamente en las Acciones de Apoyo integradas y las denominadas herramienta.

Tabla 6.109

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-cuidado afectivo

	U Mann-Whitney	W Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Integradas	.000	6.000	-2.306	.021
Ordinarias	6.000	12.000	-.447	.655
Con observación	7.000	13.000	-.171	.864
Sin observación	5.000	11.000	-.754	.451
Herramientas	.000	6.000	-2.249	.024
Orales	7.000	22.000	-.150	.881

6.4.8.4.- Acciones de Apoyo-modalidad según sensibilidad

En la Tabla 6.110 se reflejan los estadísticos descriptivos de las Acciones de Apoyo realizadas por los profesionales durante cuatro de los seis trimestres registrados (t2-t5) según el nivel de sensibilidad. La variable cociente emocional se ha tratado de modo dicotómico utilizando los valores situados en el primer (25) y tercer cuartil (75). En dicha variable el valor 1 acumula los casos que alcanzan una puntuación igual o inferior a 2 y el valor 2 a los que obtienen puntuaciones igual o superior a 5.

Tabla 6.110

Descriptivos de acciones de apoyo según sensibilidad

Acción de apoyo	Menor o igual a 3				Mayor o igual a 5			
	N	Míni	Máxi	Media	N	Míni	Máxi	Media
Integradas	3	0	9	3.00 (5.196)	5	1	5	3.40 (1.517)
Ordinarias	3	10	13	11.67 (1.528)	5	5	31	16.80 (10.257)
Con observación	3	0	2	.67 (1.155)	5	0	3	.60 (1.342)
Sin observación	3	10	13	11.00 (1.732)	5	5	28	16.20 (9.257)
Herramienta	3	0	5	1.67 (2.887)	5	3	13	760 (4.561)
Orales	3	8	10	9.33 (1.155)	5	3	25	9.40 (9.503)

Nota: la desviación típica aparece entre paréntesis.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.110, los profesionales que manifiestan una mayor sensibilidad alcanzan puntuaciones medias superiores en la modalidad integradas, ordinarias, sin observación, con herramientas y orales. Sin embargo, en las demás modalidades las puntuaciones superiores las obtienen los profesionales con un cociente emocional menor o igual a 5.

Tras aplicar la prueba U de Mann-Whitney para el contraste de medias se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6.111).

Tabla 6.111

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-sensibilidad

	U Mann-Whitney	W Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Integradas	5.000	11.000	-.754	.451
Ordinarias	5.000	11.000	-.745	.456
Con observación	7.000	22.000	-.195	.845
Sin observación	4.000	10.000	-1.050	.294
Herramientas	2.000	8.000	-1.660	.097
Orales	6.000	21.000	-.453	.651

6.4.8.5.- Acciones de Apoyo-ordinarias según agresividad

En la Tabla 6.112 se reflejan los estadísticos descriptivos de las Acciones de Apoyo realizadas por los profesionales durante cuatro de los seis trimestres registrados (t2-t5) según el nivel de agresividad. La variable cociente emocional se ha tratado de modo dicotómico utilizando los valores situados en el primer (25) y tercer cuartil (75). En dicha variable el valor 1 acumula los casos que alcanzan una puntuación igual o inferior a 3 y el valor 2 a los que obtienen puntuaciones igual o superior a 6.

Tabla 6.112

Descriptivos de Acciones de Apoyo según agresividad

Acción de apoyo	Menor o igual a 2				Mayor o igual a 5			
	N	Míni	Máxi	Media	N	Míni	Máxi	Media
Integradas	3	1	5	3.00 (2.000)	8	0	9	3.63 (2.774)
Ordinarias	3	11	191	72.00 (103.068)	8	3	128	30.50 (40.743)
Con observación	3	0	0	.00 (.000)	8	0	3	.75 (1.165)
Sin observación	3	11	191	72.00 (103.068)	8	3	128	29.75 (40.889)
Herramienta	3	0	11	6.33 (5.686)	8	0	20	5.63 (7.170)
Orales	3	1	4	2.67 (1.528)	8	2	25	8.75 (7.573)

Nota: la desviación típica aparece entre paréntesis.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.112, los profesionales que manifiestan una mayor agresividad alcanzan puntuaciones medias superiores en la modalidad integradas, con observación y orales. Sin embargo, en las demás modalidades las puntuaciones superiores las obtienen los profesionales con un cociente emocional menor o igual a 5.

Tras aplicar la prueba U de Mann-Whitney para el contraste de medias se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6.113).

Tabla 6.113

Prueba U de Mann-Whitney de contraste de medias-agresividad

	U Mann-Whitney	W Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Integradas	11.000	17.000	-.207	.836
Ordinarias	10.000	46.000	-.408	.683
Con observación	7.500	13.500	-1.168	.243
Sin observación	9.000	45.000	-.614	.539
Herramientas	11.000	47.000	-.206	.836
Orales	5.500	11.500	-1.336	.182

6.5.- DISCUSIÓN FASE II

Consideramos que la muestra utilizada es suficientemente amplia para ser representativa y permitir extraer conclusiones sobre el Programa de formación implementado. Se han podido analizar las Acciones Tutoriales desarrolladas por un total de 22 profesionales, a lo largo de dos años, sobre un total de 229 familias. Y gracias a la inestimable implicación de estos profesionales y de su Dirección Técnica, se han podido registrar pormenorizadamente todo un conjunto de Acciones de Apoyo que forman parte de un ejercicio continuado de Acción Tutorial sobre las familias.

Es de señalar que más de la mitad de las familias que han participado tenían niños con menos de dos años de edad. Estas edades tan tempranas reflejan el éxito del CDIAT y de los mecanismos previstos en su zona de influencia en la Región de Murcia para la detección y derivación de necesidades de AT al servicio (Arnaldos,

Casbas, Checa, et al., 2000; GAT, 2000, 2005; Mendieta & García-Sánchez, 1998). Posiblemente ello justifica que haya un porcentaje muy alto de niños aún sin diagnóstico médico (16,2% de riesgo biológico y/o socioambiental; 38,4% de retraso psicomotor) e incluso sin diagnóstico funcional (normalmente entre el 25 y 35% en cada trimestre) o con solo diagnóstico funcional de discapacidad intelectual (entre 42 y 51% en los diferentes trimestres). Aunque ASTRAPACE sea un centro especializado en trastornos neuromotores (Castellanos et al., 2000), cuando el niño es muy pequeño, el diagnóstico funcional aún no puede establecerse o solo podemos hablar de un problema a nivel cognitivo/intelectual. Solo cuando los niños alcancen más edad podrá hacerse un diagnóstico funcional más preciso al apreciarse la discapacidad motora que, en los niños de la muestra utilizada venían a suponer entre el 20 y 22% de cada uno de los trimestres (considerando el diagnóstico funcional de DM aislado o combinado con los de DI o DS).

6.5.1.- Objetivo1_Analizar el número de familias y Acciones de Apoyo según modalidad y trimestre

A la hora de interpretar los resultados obtenidos para este objetivo, y para los posteriores, se hace necesario aclarar que, si bien, hemos podido contabilizar el número de Acciones de Apoyo ordinarias que se desarrollan a lo largo de los seis trimestres analizados, no ocurre lo mismo con el número de Acciones de Apoyo integradas. Consideramos el aumento del número de Acciones de Apoyo Integradas como un paso previo o un acercamiento a la filosofía de unas prácticas

centradas en la familia. Sin embargo, se ha hecho patente la dificultad de contabilizar o cuantificar el número de éstas. Ello se debe a que las Acciones de Apoyo ordinarias, se desarrollan en una fecha determinada y así quedan registradas. Sin embargo, las Acciones de Apoyo integradas ocurren como algo inherente a la intervención con el niño y la familia, cuando el profesional asume que va a ser una tarea a realizar siempre que esté con la familia y provoca estar permanentemente con algún miembro de esa familia en todas las sesiones de intervención. Es decir, cada vez que el profesional establece un contacto con la familia se está dando una Acción de Apoyo integrada. En ellas, el profesional sirve de apoyo a las familias e intenta dar estabilidad y continuidad a los aprendizajes del niño, pero en un ambiente más cercano a éste. Intentando que las orientaciones dadas a la familia se puedan poner en práctica en su entorno natural, procurando transferir a los cuidadores principales el encargo de propiciar esa estabilidad y continuidad, a la vez que se sientan competentes en su labor. El profesional que desarrolla este tipo de Acciones de Apoyo integradas contabilizaba que las está haciendo con la familia, pero, evidentemente, no podía contabilizar todas las veces que lo hacía. Por todo ello, no hemos podido registrar el número total de Acciones de Apoyo realizadas bajo esta modalidad, aunque sí el número total de familias que las reciben.

Hemos constatado un aumento del número de familias que reciben Acciones de Apoyo integradas en el Trimestre 6. De acuerdo con ello, interpretamos que el Programa de formación sobre Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, que se inició en el Trimestre 3 y acabó en el Trimestre 5, ha podido

tener repercusión e influir en las Acciones de Apoyo que los profesionales de Atención Temprana venían realizando con las familias.

Pero lo cierto es que el análisis pormenorizado de los distintos tipos de Acciones de Apoyo, cuando las consideramos trimestre a trimestre, no termina de dejarnos bien el efecto que pudo haber tenido la acción formativa desarrollada. Sin embargo, si nos fijamos en el volumen medio de familias que tienen Acciones de Apoyo en las diferentes modalidades, pero comparando el promedio que se realizaba durante los dos primeros trimestres, que son anteriores a la acción formativa, con el promedio que se realizó durante los cuatro trimestres siguientes (que incluyen los tres de la acción formativa y el inmediatamente posterior), podemos concluir claramente que la acción formativa ha ejercido una influencia y se ha producido un cambio en la dirección deseada:

1. Aumenta el volumen medio de Acciones de Apoyo ordinarias y sin observación, es decir, los profesionales han pasado a hacer más Acciones de Apoyo de estas características, lo que debe interpretarse como una mayor preocupación del profesional por interactuar y orientar a las familias.
2. Disminuye el volumen medio de Acciones de Apoyo por demanda, lo que se puede interpretar como una consecuencia de que los padres, al verse mejor atendidos y apoyados, ven menos la necesidad de demandar información concreta al profesional.
3. Aumenta, hasta duplicarse, el volumen medio de Acciones de Apoyo con herramientas; y hasta triplicarse el volumen medio de Acciones de Apoyo

con documentación escrita. Lo que se puede interpretar que se ha mejorado la calidad de las Acciones de Apoyo realizadas. O, por lo menos, éstas están siendo acompañadas de documentación y otros recursos.

4. Aumenta claramente el volumen medio de Acciones de Apoyo integradas, las cuales, como ya hemos señalado, entendemos como un cierto paso previo, más decidido, hacia el desarrollo de unas prácticas totalmente centradas en la familia.

Como ya hemos explicado, las Acciones de Apoyo integradas no consisten solo en que la familia esté dentro de la sala de tratamiento con el profesional, para tenerla como mera observadora. Más allá de eso, el profesional se preocupa por implicar en la intervención a la familia y orientarla para que pueda ir ganando competencias y pueda generalizarlas en su hogar. Está haciendo con la familia una acción tutorial.

6.5.2.- Objetivo 2_Analizar el número de familias y Acciones de Apoyo según modalidad, diagnóstico médico y trimestre

En primer lugar hemos de decir que si miramos el volumen medio de Acciones de Apoyo que recibe cada diagnóstico médico, vemos que las familias con más Acciones de Apoyo catalogadas como ordinarias son las que tienen niños con diagnóstico de Retraso Psicomotor. Reciben casi el doble de Acciones de Apoyo de este tipo, en diferentes modalidades (sin observación, orales, con herramientas), que el resto de los diagnósticos médicos. También estas familias son los que

presentan mayor número de Acciones de Apoyo a demanda, seguidas por las que tienen niños con TGD/TEA y con Encefalopatía. Inicialmente estos dos últimos diagnósticos recibían casi la mitad de Acciones de Apoyo a demanda que las familias de los niños con Retraso Psicomotor, aunque después del Programa de Formación se reducen a la mitad esas demandas de Acción de Apoyo en las familias de los niños con Retraso Psicomotor, a una sexta parte en las familias de niños con encefalopatía, pero no se reducen e incluso se incrementan algo en los niños con TFG/TEA. Todo ello parece indicar que, efectivamente, hay diagnóstico médico, como el de Retraso Psicomotor, de TGD/TEA y de Encefalopatía, que llevan al profesional de Atención Temprana a realizar más Acciones de Apoyo con su familias.

A pesar de esta conclusión, al analizar la evolución de las Acciones de Apoyo, atendiendo al diagnóstico médico de los niños cuyas familias reciben dichas Acciones de Apoyo, debemos llegar a la conclusión de que dicho diagnóstico no es en sí el determinante fundamental de los cambios observados en la pauta de acciones de apoyo dadas a la familia. Se puede constatar que todos los diagnósticos médicos registran algún cambio en las Acciones de Apoyo que reciben tras la puesta en marcha del Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana. Por ejemplo, en todos los diagnósticos médicos, salvo quizá en los niños que solo presentan una situación de riesgo, se constata cierto aumento de las Acciones de Apoyo integradas, considerándose estas el paso previo y decidido hacia unas prácticas centradas en la familia; pero también, en esos mismo diagnósticos médicos, aumenta el número de acciones de apoyo ordinarias y sin

observación (especialmente si cabe en trastornos como TGD/TEA y Encefalopatías).

Hemos encontrado también, un descenso del volumen medio de las Acciones de Apoyo demandadas por los padres para los diagnósticos Síndrome, Retraso psicomotor y especialmente en Encefalopatías. Estos diagnósticos registran, al mismo tiempo, un aumento del volumen medio de Acciones de Apoyo que reciben bajo la modalidad integrada, lo que nos hace pensar que al aumentar las Acciones de Apoyo que las familias reciben de forma integrada, éstas familias encuentran en ellas satisfacción de sus necesidades y preocupaciones de una manera más constante y continua y no necesitan demandar ninguna nueva Acción de Apoyo por parte del profesional que los atiende. Entendemos que ello puede ser un indicador de que los profesionales, que han participado en el Programa de Formación, tras concluir el mismo, se encuentran más cercanos a unas prácticas centradas en la familia. Por tanto, podemos pensar que el Programa de Formación ha tenido la repercusión que esperábamos. Aunque también es cierto que cabría esperar este mismo efecto para el resto de diagnósticos médicos. Sin embargo, en los diagnósticos de Riesgo biológico o social y de TGD/TEA, no se ha encontrado diferencia en el volumen medio de acciones de apoyo demandadas.

Tal vez los diagnósticos Riesgo biológico o social y TGD/TEA no reflejen el efecto del Programa de Formación a través de las Acciones de Apoyo integradas, pero sí lo hacen registrando un mayor volumen medio de Acciones de Apoyo en las que se han utilizado de herramientas. Esto puede ser reflejo también de una mejora de

las Acciones de Apoyo que, además, se da en todos los diagnósticos médicos. Es decir, tras el Programa de Formación en Acción Tutorial, parece que los profesionales tienen una mayor preocupación por mejorar el ejercicio de su Acción Tutorial, por lo que pasan a utilizar más herramientas en todos los diagnósticos. Quizás porque sienten la necesidad de facilitar y asegurar a las familias el acceso a la información y a las orientaciones que les brindan. Con esto, el profesional puede sentir que asegura la comprensión y el recuerdo de sus orientaciones, así como la puesta en práctica de sus recomendaciones por parte de las familias. A cambio, en todos los diagnósticos médicos disminuye el volumen medio de Acciones de Apoyo solo orales, salvo en el diagnóstico de TGD/TEA que mantiene un volumen similar, posiblemente por los problemas de conducta que aparecen en los niños y que requieren un importante volumen de orientaciones a las familias.

6.5.3 Objetivo 3_Analizar el número de familias y Acciones de Apoyo según modalidad, diagnóstico funcional y trimestre

De nuevo, aunque hayamos hecho un análisis pormenorizado del comportamiento de los datos trimestre a trimestre, las conclusiones en torno a este objetivo las podemos obtener mejor del análisis realizado de los datos comparando el promedio de las Acciones de Apoyo que recibe cada diagnóstico funcional, antes de poner en marcha el Programa de Formación (trimestres 1 y 2) y el promedio de las Acciones de Apoyo durante la puesta en marcha del mismo y el trimestre inmediatamente después de su finalización (trimestres 3, 4, 5 y 6).

Los resultados obtenidos tras este análisis, reflejan que las familias de los niños en los que hay diagnóstico funcional de DI son las que, con diferencia, reciben más Acciones de Apoyo. Le siguen, con un volumen de prácticamente la mitad de Acciones de Apoyo, las familias de niños en los que no hay aún un diagnóstico funcional. Estos resultados son lógicos y se explican dado el alto porcentaje de niños menores de dos años encontrado en la muestra utilizada (el 52.4% de la muestra). Esta edad tan baja, como ya señalábamos al iniciar este apartado de discusión y conclusiones, habla claramente a favor de la eficacia de los mecanismos de detección y derivación de necesidades de Atención Temprana en la zona de influencia del CDIAT de ASTRAPACE. Pero a la vez, justifica que los diagnósticos médicos y funcionales sean aún imprecisos o incompletos. En nuestro caso, como ya indicamos, un porcentaje muy alto de niños están aún sin diagnóstico médico en el momento del estudio (16.2% de riesgo biológico y/o socioambiental; 38.4% de retraso psicomotor) e incluso sin diagnóstico funcional (normalmente entre el 25 y 35% en cada trimestre), o con solo diagnóstico funcional de DI (entre 42 y 51% en los diferentes trimestres).

Al analizar la evolución de las Acciones de Apoyo, vemos que los dos grupos más frecuentes (niños con diagnóstico funcional Discapacidad intelectual y niños sin diagnóstico funcional) presentan cambios evidentes, tras el Programa de Formación, en la mayoría de los tipos de Acciones de Apoyo registradas. Pero lo hacen de forma diferente.

Así, las familias de niños con diagnóstico funcional de DI, tras el Programa de Formación en el que participaron los profesionales de Atención Temprana que los atendían, registraron una disminución de las Acciones de Apoyo recibidas bajo las modalidades ordinaria (en un 11.4%), sin observación (en un 14.4%), con observación (en un 93,8%) y orales (en un 56.6%), así como las demandadas (en un 34,6%). Aunque se observa un aumento en las Acciones de Apoyo que recibieron con la utilización de herramientas adicionales (en un 48.9%).

Por su parte, las familias de niños que aún no tienen un diagnóstico funcional establecido, ven aumentar el promedio de Acciones de Apoyo que se realizan con ellas bajo la modalidad integrada (en un 63%), aumentan el volumen de Acciones de Apoyo demandadas (en un 17.6%), pero también aumentan el volumen de Acciones de Apoyo que reciben del tipo ordinario (en un 19.5%), sin observación (en un 25%) y con herramientas (en un 52.9%). Solo disminuyen de forma clara las Acciones de Apoyo meramente orales (en un 57.4%). Es decir, para las familias de niños que no tienen un diagnóstico establecido existe un aumento generalizado de las Acciones de Apoyo tras el Programa de Formación. Posiblemente, este hecho deba unirse a la baja edad de los niños y a la incertidumbre que puede suponer para la familia el no tener claro el diagnóstico de su hijo y no poder dar explicación a muchas de las conductas y dificultades que vayan surgiendo en su día a día.

6.5.4.- Objetivo 4_ Analizar las acciones de apoyo según modalidad, perfil profesional y trimestre

A lo largo de los diferentes trimestres analizados, observamos que los profesionales que actúan bajo el perfil de responsables realizan un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias, ello se debe a que el propio funcionamiento del CDIAT, lleva a los responsables a establecer un mayor contacto con las familias, ya que son ellos los encargados de orientar y asesorar a las familias en el momento inicial y final del tratamiento y/o del curso, así como en la toma de decisiones de las familias durante las transiciones, mientras que los tutores que llevan a cabo la intervención con el niño, utilizan las Acciones de Apoyo para hacer entender a las familias cómo se lleva a cabo el tratamiento de su hijo y, además, son menos el número de niños que tienen tutorizados.

Por otra parte, también se observa un mayor porcentaje de Acciones de Apoyo ordinarias de los estimuladores con respecto a los fisioterapeutas y los logopedas, lo que nos lleva a pensar que existe una mayor necesidad de interactuar con las familias por parte de aquellos profesionales que realizan una intervención más dirigida a una toma de decisiones, así como aquellas actuaciones que pretenden, de una forma más explícita, incorporar los objetivos trabajados con el niño en su día a día. Por ello, en el trimestre 3, cuando da comienzo el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, los responsables y los estimuladores, consideran que deben establecer un mayor contacto con las familias, y así lo hacen, para poder orientarlas mejor en su toma

de decisiones y a la hora de incorporar a su actividad diaria, los objetivos trabajados en el CDIAT. Sin embargo, aquellos que realizan su labor desde el ámbito de la fisioterapia y de la logopedia, tal vez consideren que pueden realizar otro tipo de actuaciones dentro del apoyo a las familias para conseguir sus objetivos, por ello disminuyen las Acciones de Apoyo ordinarias a partir del trimestre 3, cuando comienza el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, y han podido reflexionar sobre su labor como tutores.

En cuanto a las Acciones de Apoyo integradas, lo primero que puede llamar la atención es el hecho de que los responsables no registren ninguna Acción De Apoyo de este tipo en ningún trimestre, sin embargo este resultado es el esperado ya que los responsables no realizan ningún tipo de intervención y por tanto no tienen la oportunidad de llevar a cabo una Acción de Apoyo con las características de aquellas que hemos denominado integradas, sino que para realizar una Acción de Apoyo deben hacerlo periódicamente, previa cita con los padres.

Además, tal y como se puede ver en la Tabla 6.92(Acciones de Apoyo integradas según perfil profesional y trimestre), son los estimuladores los que realizan un mayor porcentaje de este tipo de Acciones De Apoyo, seguidos de los fisioterapeutas. Ello se debe a la necesidad que tienen estos profesionales de generalizar sus objetivos y conseguir un refuerzo externo al CDIAT para asegurar la consecución y generalización de dichos objetivos.

Sin embargo, cuando llegamos al trimestre en el que se inicia el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana, las reflexiones que cada profesional hace sobre sus Acciones de Apoyo a las familias, les lleva a plantearse un cambio en su labor diaria, por ello aquellos que realizan un alto porcentaje de Acciones de Apoyo integradas tienden a disminuir dichas Acciones De Apoyo y viceversa.

6.5.5.- Objetivo 5_Analizar las Acciones de Apoyo según modalidad, experiencia profesional y trimestre

Como se observa en la Tabla 6.96 (Acciones de Apoyo integradas según rango de experiencia), son los profesionales con una experiencia laboral que oscila entre los 3 y los 6 años, los que realizan un porcentaje de Acciones de Apoyo más cercanas al Modelo Centrado en la Familia, entendiendo que estas son las Acciones de Apoyo integradas, seguidos de los profesionales con mayor experiencia. Ello se debe a que los profesionales con menos experiencia profesional necesitan un mayor bagaje para entender la necesidad de implicar a la familia en la intervención de su hijo y, más aún, cómo conseguir dicha implicación. Por su parte, los profesionales con una mayor experiencia, son aquellos que recibieron su formación bajo un enfoque que concebía la intervención desde un modelo clínico y han realizado su labor durante muchos años bajo esta filosofía, por lo que se hace más difícil cambiar su mentalidad con respecto al papel que juegan las familias en la intervención de su hijo y hasta qué punto se debe implicar en la misma, con los pertinentes cambios de técnicas y de interacción con la familia, que ello conlleva.

Sin embargo, los profesionales que llevan dedicando su labor a la Atención Temprana durante más de 3 años, pero menos de 6, ya gozan de cierta experiencia dentro de la disciplina. Además, estos profesionales han recibido una formación en la que ya se les ha hecho reflexionar sobre el papel y la importancia de las familias en el desarrollo de su hijo y puede que durante sus estudios hayan recibido formación sobre el trabajo en equipo. Por todo ello, son profesionales que están más abiertos a realizar una labor de Acción de Apoyo marcando diferencias con respecto a lo que se ha venido realizando tradicionalmente, es decir son los profesionales más proclives a realizar una Acción de Apoyo integrada, así como también dejar abrir las puertas de su sala a los padres durante la intervención con su hijo e incluso utilizar algún tipo de ayuda, tipo documentos escritos o vídeos, para que los padres entiendan mejor sus orientaciones.

Además, el hecho de que sean los logopedas los que no realizan ninguna Acción de Apoyo integrada hasta el trimestre 5, nos hace suponer que son los profesionales con este perfil los que han sufrido una mayor acomodación en sus prácticas de Acciones de Apoyo tras la participación en el Programa de Formación. Estos profesionales son, también, los que ya no registran un descenso en estas Acciones de Apoyo una vez que las incorporan a su praxis diaria, sino que entre el trimestre 5 y 6, las Acciones de Apoyo que realizan bajo esta modalidad siguen aumentando. Esto refleja el necesario cambio de mentalidad que apuntaban Giné et al. (2009) y McWilliam (2016) para adoptar un nuevo modelo de Atención Temprana como es el Modelo Centrado en la Familia, pues aunque aquí todavía no hablemos de un

cambio radical en las prácticas de nuestros profesionales y sólo pretendamos dar un pequeño paso que nos acerque algo más hacia esas Prácticas Centradas en la Familia, ya se hace evidente una voluntad y resistencia al cambio de forma simultánea. Voluntad porque los profesionales sienten la necesidad de hacer algo diferente para conseguir la colaboración e implicación de las familias en la intervención con sus hijos. Resistencia porque se adentran en unas prácticas desconocidas para ellos, donde las familias empiezan a cobrar mayor protagonismo y los profesionales sienten cierto miedo a la hora de perder ese protagonismo y abandonar su zona de confort en la que están acostumbrados a desempeñar su función aplicando sus conocimientos técnicos y en la que nadie cuestiona su labor.

6.5.6.- Objetivo 6_Analizar las Acciones de Apoyo según modalidad, cociente emocional y personalidad

Atendiendo al perfil de inteligencia emocional, las puntuaciones que reciben los profesionales son altas, demostrando un gran dominio para el manejo de dichas emociones y en el uso de estrategias que ayudan a utilizar emociones de forma positiva y para conseguir sus propias metas. Es decir, los profesionales de Atención Temprana están muy acostumbrados a utilizar la información que contienen las emociones para generar nuevas estrategias y así conseguir los objetivos marcados con las familias. Todo ello indica, que estos profesionales están abiertos a cualquier sentimiento y aprenden a utilizarlos para la toma de decisiones, aunque

las Acciones de Apoyo que suelen utilizar para ello son las realizadas bajo la modalidad ordinaria.

Según el nivel de empatía, los profesionales de Atención Temprana de ASTRAPACE puntúan con un percentil medio en todas las áreas que valoran este aspecto, excepto en la alegría empática que reciben un percentil alto. Por otra parte dentro de los percentiles medios, el que recibe una puntuación más baja es el referido al estrés empático. Todo ello significa que estos profesionales son capaces de compartir las emociones positivas de otras personas y alegrarse de sus éxitos y acontecimientos positivos. Sin embargo, ante los acontecimientos negativos, los profesionales guardan la compostura y contienen sus emociones. Ello se debe a que son profesionales que están en un contacto directo y continuo con niños con discapacidad y sus familias, si se dejan llevar por las emociones negativas que estas familias puedan llegar a experimentar, podría interferir en la consecución de objetivos y búsqueda de estrategias para conseguirlos, además de que su actitud podría llevar a las familias a una visión todavía más negativa, si cabe, de su realidad, impidiendo la adaptación y satisfacción de sus necesidades. Por tanto, la mejor opción que tienen los profesionales es mostrarse más empáticos para las emociones positivas y menos empáticos para las emociones negativas, aunque el hecho de no mostrar dicha empatía en las emociones negativas no significa que estos profesionales sean personas poco emotivas o que no se conmuevan, sino que presentan un mayor grado de control a la hora de mostrar esas emociones negativas. Recordemos que esta empatía se considera fundamental y necesaria para el trabajo con las familias y será una de las características emocionales que

posean los profesionales y que les permita hacer efectivas las prácticas relacionales que forman parte de la labor dentro de nuestra disciplina (Dunst, 2002; Escorcia, 2016). Por este mismo motivo, como era de esperar, las Acciones de Apoyo integradas se encuentran entre aquellos que realizan los profesionales con altos niveles de empatía.

En cuanto a la personalidad de los profesionales, cabe destacar que, entre las áreas de personalidad analizadas con el CUIDA, destaca la autoestima por ser la escala que puntúa con una media más alta entre los profesionales de Atención Temprana participantes en esta investigación.

Ahora bien, ya que nos interesa hacer un mayor uso de las Acciones de Apoyo integradas por entenderlas como el paso previo a unas Prácticas Centradas en la Familia, podemos destacar que los profesionales que realizan estas Acciones de Apoyo, puntúan con una media elevada en las distintas áreas de personalidad analizadas, como pueden ser el cuidado responsable, el cuidado afectivo, la sensibilidad o la agresividad.

Esto es un indicador del dominio que tienen los profesionales de Atención Temprana de las competencias sociomocionales, algo que pueden haber ido perfeccionando a lo largo de su experiencia dentro de este ámbito y que corrobora la posibilidad de aprendizaje de las mismas y que proponen Mayer y Salovey (1997), Goleman (1998), Extremera y Fernández-Berrocal (2003) y Salmurri (2012).

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una vez llegados al final de la presente investigación y teniendo en cuenta los resultados obtenidos tanto en la primera como en la segunda fase de la misma, podemos extraer algunas conclusiones con respecto a la idoneidad y el efecto del Programa de Formación en Acción Tutorial puesto en marcha.

En primer lugar, aunque ya se mencionó anteriormente, debemos resaltar la escasa bibliografía que existe sobre estudios similares al nuestro, en el que hemos analizado la influencia directa de una acción formativa en la implementación de acciones de apoyo del profesional con la familia. Tampoco hemos encontrado una bibliografía específica sobre el ajuste de acciones de apoyo a la familia bajo el concepto de Acción Tutorial en Atención Temprana. Ahora bien, si no existe una documentación sobre el tema en concreto, sí es cierto que si hacemos un análisis de aquellas prácticas que se realizan dentro de Atención Temprana, muchas de ellas bien podrían incluirse dentro de la Acción Tutorial, sólo que son actuaciones que los distintos profesionales de Atención Temprana realizan de manera espontánea, no están sistematizadas, ni se encuentran respaldadas por ningún programa específico de Acción Tutorial.

Sin embargo, a pesar de esta carencia, el día a día del equipo de profesionales cuyas actuaciones hemos analizado y los distintos registros sobre las Acciones de Apoyo a la familia facilitados para la presente investigación, nos llevan a destacar la importante labor que estos profesionales realizan con las familias y la gran

concienciación que tienen sobre la importancia que estas juegan en el desarrollo de sus hijos. Estos aspectos se ponen de manifiesto en la segunda fase de la presente investigación, cuando se analizan los registros aportados, pero ya se ven reflejados en la primera fase de la misma. En esta primera fase, a través de los cuestionarios inicial y final, estos profesionales ya dejan constancia de la importancia que otorgan a la labor con las familias y su deseo de mejorar su práctica en materia de Acciones de Apoyo dirigidas a ellas, con el fin de conseguir una mayor implicación por parte de las familias y una mayor evolución, si cabe, de los niños que tienen a su cargo. Por tanto, concluimos, en este sentido, que el Programa de Formación en Acción Tutorial puesto en marcha era necesario para conseguir una mayor seguridad en aquello que los profesionales de Atención Temprana de ASTRAPACE venían ya realizando en su quehacer laboral.

Por otra parte, y puesto que el Programa de Formación parte de las necesidades detectadas previamente, destacan las altas puntuaciones que el juicio de expertos otorga al diseño del mismo, teniendo en cuenta aspectos como el punto de partida, la utilidad del Programa, su viabilidad, coherencia y evaluabilidad.

En esta primera fase, también hay que destacar la valoración positiva que los profesionales realizan sobre cada seminario que forma parte del programa de formación realizado. En cada uno de estos seminarios se preguntó a los profesionales sobre los contenidos impartidos, la metodología utilizada, los objetivos establecidos, la temporización, los materiales utilizados, los docentes y la utilidad de cada seminario. De forma general, todos estos aspectos valorados

recibieron puntuaciones altas en todos los seminarios, aunque en el último seminario las puntuaciones tendían a subir. Por ello, concluimos que la implementación del Programa de Formación ha sido la adecuada y se ha ajustado al máximo a la realidad de los profesionales de Atención Temprana a los que iba dirigido, adecuándose a sus necesidades y expectativas en todo momento.

Finalmente, dentro de esta primera fase de la investigación, es importante señalar, aunque ya ha quedado constancia, al hacer la descripción de la muestra participante en la investigación y en el apartado correspondiente a la discusión de la Fase 1, que estamos ante una realidad cambiante en todo momento. Así, vemos que el momento elegido para realizar el estudio, con una importante crisis socioeconómica en nuestro país, hizo que los profesionales que formaban parte de la plantilla profesional del CDIAT participante en el estudio vieran alteradas sus funciones, teniendo que adoptar simultáneamente más de un rol y desempeñar funciones de más de un perfil profesional, sobre todo en el segundo curso que forma parte de nuestro estudio, a consecuencia de recortes y ajustes de la plantilla. En este sentido vemos que la plantilla de profesionales también se vio reducida en cuanto a número, debido a la situación económica del momento. Ello nos lleva a un cierto sesgo en cuanto a los resultados que surgen de la comparación entre la valoración de necesidades de formación inicial y la final, aunque creemos que no es suficientemente grave como para afectar a las conclusiones finales.

En cuanto al Programa de Formación desarrollado es cierto que no hemos encontrado un cambio radical, asociado al Programa de Acción Tutorial para

Terapeutas de Atención Temprana, sobre las Acciones de Apoyo que los profesionales de Astrapace realizan con sus usuarios. Pero seguramente ello se ha debido a que son profesionales que siempre han tenido muy en cuenta a las familias y, por tanto, su praxis diaria no distaba mucho de lo que se pretendía una vez aplicado el Programa de Formación. Además de ello, sabemos que una acción formativa necesita tiempo de reflexión constante y de repetición de contenidos para que sus participantes vayan asimilando y automatizando los aprendizajes. Tal vez la acción formativa llevada a cabo con esta investigación haya sido breve para conseguir mayores cambios. No obstante, sí es evidente que, a pesar de la corta duración de este Programa de Formación, hemos encontrado resultados que señalan claros cambios una vez que se inicia y desarrolla dicho programa.

Entre estos cambios, hay que decir que aumentan las Acciones de Apoyo integradas, que es uno de los efectos que esperábamos, aunque en promedio no descienden tanto como hubiésemos previsto las acciones de apoyo ordinarias; lo que significa que acaba habiendo más esfuerzo de apoyo.

Dicho esto, podemos afirmar que, a pesar de las dificultades ya mencionadas, en cuanto a cierta mortalidad experimental y quizá cierta brevedad del Programa de Formación, dicho Programa ha tenido un efecto positivo en las prácticas de Acciones de Apoyo que los profesionales de Atención Temprana brindan a sus usuarios. Ello se ve reflejado en el hecho de que todas las modalidades de esas Acciones de Apoyo han sufrido un cambio si tenemos en cuenta el volumen medio

que cada profesional ofrece a sus usuarios. Un cambio que se ve reflejado, sobre todo, en un aumento de las Acciones de Apoyo integradas.

Como ya se ha dicho en numerosas ocasiones, consideramos estas Acciones de Apoyo integradas como el paso previo a unas Prácticas Centradas en la Familia. Por tanto, al conseguir un aumento de estas Acciones de Apoyo integradas, concluimos que el Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de Atención Temprana ha tenido repercusión en la praxis diaria de los profesionales y ha servido para cumplir nuestras expectativas de cambio. Con todo, es difícil captar la intensidad del cambio conseguido en la mentalidad de los profesionales, que posiblemente sea mucho mayor del que hemos conseguido reflejar en los resultados numéricos obtenidos. En apoyo de esta conclusión, podemos señalar que en Mayo de 2014, apenas un año después de terminar nuestra acción formativa, ASTRAPACE inició un servicio de Atención Temprana centrada en la familia, con un grupo reducido de su equipo profesional. Servicio que en la actualidad lleva ya más de dos años y medio funcionando.

También hemos podido constatar que, al aumentar el volumen medio de Acciones de Apoyo integradas, disminuye el volumen medio de Acciones de Apoyo demandadas por los padres. Sabíamos que uno de los objetivos del proyecto anual de ASTRAPACE, como medida de mejora incluida en su sistema de garantía de calidad, era conseguir que sean las propias familias demandas determinadas Acciones de Apoyo. Podría entenderse, aparentemente en una primera lectura de este resultado, que los cambios ejercidos por nuestro Programa de Formación en

los profesionales, ha repercutido negativamente en esta propuesta de mejora de la dirección técnica del CDIAT. Sin embargo, nada más lejos de la realidad. Recordemos que hacer a los padres competentes en la toma de decisiones informadas, es uno de los objetivos del Modelo Centrado en la Familia. Al aumentar las Acciones de Apoyo integradas y, en general, la tendencia del profesional a dar apoyos a la familia, lleva a que se les esté ofreciendo a los padres la oportunidad de tomar decisiones de manera informada y se sientan apoyados día a día. Por ello, al aumentar las Acciones de Apoyo integradas disminuye la necesidad de demandar una sesión con el profesional para que la familia resuelva sus dudas y preocupaciones, puesto que la familia está recibiendo información de forma continuada, ~~pero~~ siendo ésta una información que se centra en sus preocupaciones, dando respuesta siempre a sus demandas. Es decir, con el aumento de las Acciones de Apoyo integradas no estamos limitando la demanda de la familia, sino que estamos dando respuestas a la misma, con la única diferencia de que no se hace puntualmente, sino de una manera continuada, por ello disminuye el número Acciones de Apoyo demandadas por los padres.

Como otros resultados, hemos podido constatar que el diagnóstico médico y funcional no es un factor que influya en el efecto que tiene el Programa de Formación.

En cuanto al perfil profesional, tampoco se aprecia un influencia en el efecto que tiene el Programa de Formación, puesto que todos los perfiles profesionales

registran algún cambio evidente en sus Acciones de Apoyo tras iniciar el Programa de Formación.

Sin embargo, sí se observa una influencia clara de las características socioemocionales o de personalidad sobre el efecto que tiene el Programa de Formación. En este caso, los profesionales con altos niveles en el cuidado responsable, el cuidado afectivo, la sensibilidad y la agresividad, son los que registran un volumen medio mayor de Acciones de Apoyo integradas. Esto nos lleva a concluir que estas variables socioemocionales y de personalidad deberían ser exploradas en mayor profundidad en futuras investigaciones, así como también deben ser tenidas en cuenta en la formación de los profesionales de Atención Temprana.

Finalmente, podemos concluir que el Programa de Formación ha sido efectivo y ha tenido un efecto en la dirección deseada en los profesionales participantes. A través de dicho programa y el registro de las Acciones de Apoyo se pretendía promover un cambio de actitud y de praxis en los profesionales y eso se ha conseguido incluso en la junta directiva o gestores de la asociación, dando lugar a un Servicio Centrado en la Familia que viene funcionando desde que transcurrieron unos meses tras la finalización del Programa de Formación.

Ahora bien, haciendo uso de las palabras de McWilliam (2010a), a pesar de los avances, existe la necesidad de formar a los estudiantes en aquello que deben aprender, a la administración para organizar el servicio, a los profesionales para

llevar a cabo sus prácticas, a las familias para que tengan la capacidad de decidir. Como bien dice Díez (2008), el papel de los profesionales es fundamental en la interacción con el sistema familiar, ahora bien esta interacción va a estar condicionada por la estructura del equipo al que pertenecen, por su formación, por su experiencia y por su estilo profesional, así como por sus características más personales, sus emociones y su sistema de atribuciones sobre la discapacidad y la Atención Temprana.

En definitiva, con la presente investigación queda patente la necesidad de formación que poseen los profesionales de Atención Temprana en materia de Acciones de Apoyo a las familias. En el caso concreto de los profesionales que forman parte de la plantilla de ASTRAPACE, no tanto por la falta de formación que poseen en esta materia, puesto que hay constancia de su gran experiencia en la interacción con las familias, sino por la necesidad de sentirse más seguros cuando ponen en marcha alguna Acción de Apoyo a las familias y ser conscientes de que lo que hacen en su labor profesional forma parte de una Acción de Apoyo a las mismas. Por todo ello, es evidente que la labor de formar a los profesionales de Atención Temprana y de investigación en este campo, no ha terminado sino que, más bien, acaba de empezar. Estamos en el camino, pero no tenemos que desviar el paso. Una mejora siempre es posible y esta mejora viene de la mano de la formación. Hemos conseguido un cambio de actitud y de praxis en los profesionales de Atención Temprana que han participado en el Programa de Formación diseñado e implementado para tal fin, sin embargo este ha sido el primer paso hacia un Servicio Centrado en la Familia que estos profesionales ya

han adoptado como parte de su labor profesional. Es el momento de seguir investigando, seguir reflexionando, seguir ofreciendo y recibiendo formación. Esta praxis todavía es susceptible de mejoras en todos aquellos profesionales que apuestan por unas Prácticas Centradas en la Familia, aquellos que ya las han abrazado en su labor profesional y aquellos que las adoptarán en un futuro, esperamos no muy lejano. Por tanto es el momento de seguir compartiendo información y conocimiento y hacer el camino conjuntamente.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2005). *Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones. Informe resumen*. Bruselas: Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea.
- 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.
- Aguado, L. (2001). Aprendizaje y Memoria. *Revista de neurología*, 32(4), 373-381.
- Alisauskiene, S. (2009, Septiembre). To be a professional in early childhood intervention. Seminar presented at the meeting of EURLY AID-E.A.E.C.I., Kristiansand.
- Alisauskiene, S. (2010). Early childhood intervention in Lithuania: organisation and challenges. *INT-JECSE*, 2(2), 124-135.
- Alisauskiene, S. & Gevorgianiene, V. (2015). Exploring professional boundaries: a shift to inter-professional early childhood intervention practice in Lithuania. *Society. Integration. Education*, 3(2015), 15-30.
- Alonso Seco, J.M. (1997). Atención temprana. En VV.AA (Eds.), *Realizaciones sobre discapacidad en España*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías.
- American Occupational Therapy Association (2010). Standards of practice for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), S106-S111.
- American Occupational Therapy Association (2014). *AOTA practice advisory on the primary provider approach in early intervention*. Recuperado de <http://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/Practice/Children/AOTA-Advisory-on-Primary-Provider-in-EI.pdf>
- American Physical Therapy Association (2010). Team-based service delivery approaches in pediatric practices. *Section on Pediatrics*. Recuperado de <https://pediatricapta.org/includes/fact-sheets/pdfs/Service%20Delivery.pdf>

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- 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.I. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 196-216). USA: Cambridge University Press.
- Andrés, C. & Guinea, C.L. (2012). La atención a la familia en Atención Temprana: retos actuales. *Psicología educativa*, 18(2), 123-133.
- Ansermet, F. & Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*. Buenos Aires. Katz Editores. Recuperado de http://www.familiayadopcion.es/doc/resena_a_cada_cual_su_cerebro.pdf
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2007). *Neurociencias y psicoanálisis. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43/44, 5-16.
- Arizcun, J. & Arrabal, M.C. (2005). Deficiencias, discapacidades del desarrollo y los servicios de Neonatología. En M. G. Millá & F. Mulas (Eds.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 85-107). Valencia: Promolibro.
- Arizcun, J., Gútiérrez, P., & Ruiz-Veerman, E. (2005). La formación de los profesionales de Atención Temprana. En P. Gútiérrez-Cuevas (Ed.), *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 937-953). Madrid: Editorial Complutense.
- Arizcun, J., Gutiérrez, P. & Ruiz-Veerman, E. (2006). Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión. UCM-GENYSI. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/formacion_en_atencion_temprana_revision_historica_y_estado_de_la_cuestion.pdf
- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. & Woscoboinik, N. (2012). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*. Argentina. Fundación Kaleidós.
- Arnaldos, M.J., Casbas, M.I., Checa, F.J., Coloma, E., Funes, E., Galiana, R., García, D., García Sánchez, F.A. y cols. (2000). Informe técnico sobre el modelo de

intervención en Atención Temprana para la Región de Murcia. *Revista de Atención Temprana*, 3(1), 37-47.

Arnau, J. (2007). Estudios longitudinales de medidas repetidas. Modelos de diseño y de análisis. *Avances en Medición*, 5, 9-26.

Bailey, D.B., Aytch, L.S., Odom, S.L., Symons, F., & Wolery, M. (1999). Early intervention as we know it. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5, 11-20.

Bausela, E. (2006). Áreas, contextos y modelos de orientación en intervención psicopedagógica. *Revista electrónica diálogos educativos*, (12), 16-18. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2473883.pdf>

Belfort, M.B., Anderson, P.J., Nowak, V.A., Lee, K.J., Molesworth, C., Thompson, D.K. ... Inder, T.E. (2016). Breast Milk Feeding, Brain Development, and Neurocognitive Outcomes: A 7-Year Longitudinal Study in Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation. *The journal of Pediatrics*, 1-8. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.06.045.

Bergado, J. A. & Almaguer, W. (2000). Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. *Revista de neurología*, 31(11), 1074-1095.

Berger, K.S. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia Y adolescencia*. Madrid: Panamericana.

Bermejo F.A., Estévez, I., García, M.I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., Parra, J.C., Polo, A., Sueiro, M.J. & Velázquez, F. (2006). CUIDA. *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores*. Madrid: TEA Ediciones.

Bernardi, R., Díaz, J. L. & Schkolnik, F. (1982). Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/ritmos_y_sincronias_en_la_relacion_temprana_madre-hijo.pdf

Betancourt, L., Rodríguez, M. & Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas médica*, 48(3), 261-276.

Bhatnagar, S.C. & Andy, O.J. (1997). *Neurociencia para el estudio de las alteraciones de la comunicación*. Barcelona: Masson Williams & Wilkins.

- Bion, W. (1972). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Hormé.
- Bisquerra, R. (2006). Orientación psicopedagógica y educación emocional. *Estudios sobre educación, 11*, 9-25.
- Blackman, J.A. (2003). Early Intervention. En S. L. Odom, M.J. Hanson, J. A., Blackman, S. Khaul (Ed.), *Early Intervention Practices around the world* (pp. 1-23). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Boavida, J., Carvalho, L. & Espe-Sherwindt, M. (2009). Early childhood intervention in Portugal: interplay of family centered, community based and interdisciplinary factors. En B. Carpenter, J. Schloesser & J. Egerton, (Ed.), *European developments in Early Childhood intervention* (pp. 44-68). EURLY AID. Recuperado de http://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/eaei_eci_development_eng.pdf
- Botero, H. (2012). Relación Madre-Hijo. El amor en el desarrollo del cerebro del bebé. Separación temprana. Patrón de relaciones y salud mental. *Psicoanálisis, 24*(2), 133-175.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychology, 32*(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in: Gavain, M. & Cole, M. (Eds.), *Readings on the development of children*, 2nd Ed. (2008, pp. 37-43). NY: Freeman.
- Bruder, M.B. (2000). Family Centered Early Intervention: clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education, 20* (2), 105-115.
- Bruder, M.B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children, 76*, 339-355.
- Bruder, M.B. & Dunst, C.J. (2008). Factors related to the scope of Early Intervention service coordinator practices. *Infants and Young Children, 21*(2), 176-185.

- Bugié, C. (2002). Centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Rev. Neurología*, 34 (Supl 1), S143-S148.
- Campbell, P.H. & Ehret, C. (2013). Early Intervention Provider Use of Child Caregiver-Teaching Strategies. *Infants and Young Children*, 26(3), 235-248.
- Campbell, P.H., Sawyer, B., & Muhlenhaupt, M. (2009). The meaning of natural environments for parents and professionals. *Infants and Young Children*, 22, 264-278.
- Candel, I. (2004). *Atención Temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: Federación Española del Síndrome de Down.
- Carballo, S. (2006). Desarrollo humano y aprendizaje: prácticas de crianza de las madres jefas de hogar. *Revista electrónica actualidades investigativas en educación*, 6(2), 1-19. Recuperado de http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/madres.pdf
- Caruso, J.D., Mayer, D.R. & Salovey, P. (2011). MSCEIT. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso. Madrid: TEA ediciones.
- Casado, D. (2004, noviembre). *La Atención Temprana en España. Jalones en su desarrollo organizativo*. Ponencia presentada en XIV Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Madrid, España. Recuperado de: http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf
- Castaño, J. (2002). Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. *Revista de neurología*, 34.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F.A. & Mendieta, P. (2000). Funcionamiento de un Centro de Atención Temprana desde el marco de un Modelo Integral de Intervención (pp. 105-120). En Juan, M. J. & Mondéjar, P. (Coords.). *Integración familiar, escolar y social. Periodo infantil y escolar*. Alicante: APSA.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F.A., Mendieta, P., Gómez, L. & Rico, M.D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de Atención Temprana. *SigloCero*, 34(3), 5-18.
- Catalino, T., Chiarello, L.A., Long, T. & Weaver, P. (2015). Promoting professional development for physical therapist in Early Intervention. *Infant and Young Children*, 28(2), 133-149.

- Center to Inform Personnel Policy and Practice in Early Intervention and Preschool Education (2009). *Part C confidence and competence of practitioners working with children with disabilities*. Recuperado June 26, 2011, from http://www.uconnuceed.org/projects/per_prep/per_prep_resources.html
- Cobos, A. (2011). 1991-2011: veinte años de la especialidad de orientación educativa. II Jornadas Nacionales de Orientación APOCOVA .
- Colmenares, A.M. & Piñero, M.L. (2008). La investigación-acción. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*, 14(27), 96-114.
- Chang, W.T., & Greenoug, F. (1984). Transient and enduring morphological correlates of synaptic activity and efficacy change in the rat hippocampal slice. *Brain Research*, 309(1), 35-46.
- Chiarello, L., & Effgen, S.K. (2006). Updated competencies for physical therapists working in early intervention. *Pediatric Physical Therapy*, 18(2), 148-167.
- Children's Bureau (2013). *The Children's Bureau Legacy. Ensuring the right to childhood*. Washington: Children's Bureau, U.S. Department of Health & Human Services. Recuperado de https://cb100.acf.hhs.gov/CB_ebook
- Demey, I., Allegri, R. & Barrera-Valencia, M. (2014). Bases Neurobiológicas de la Rehabilitación. *CES Psicología*, 7 (1), 130-140.
- Detraux, J.J. & Thirion, A.F. (2010). Early Childhood Intervention in Belgium (French speaking community): Family needs, standards and challenges. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), 87-97.
- Díez, A. (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista Síndrome de Down*, 25, 46-55.
- Division for Early Childhood of the Council for Exceptional Children (DEC) (2014, April). *Recommended practices in early intervention/early childhood special education*. Recuperado de <http://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>
- Dunst, C.J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting "Rethinking Early Intervention." *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.

- Dunst, C.J. (2002). Family-Centered Practices: Birth through High School. *The Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.
- Dunst, C.J. (abril, 2011). Family-centered practices, parent engagement, and parent and family functioning. Comunicación presentada en *Head Start Advisory Committee Meeting of Parent, Family, and Community Engagement*. Washington, DC. Recuperado de <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/dunst.pdf>
- Dunst, C.J., Herter, S., & Shields, H. (2000). Interest-based natural learning opportunities. In S. Sandall & M. Ostrosky (Eds.), *Natural Environments and Inclusion* (Young Exceptional Children Monograph Series No. 2) (pp. 37-48). Longmont, CO: Sopris West.
- Dunst, C.J., Raab, M., Trivette, C.M., & Swanson, J. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no quotidiano da comunidade. En R. A Mc William, *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades Especiais*. Porto: Porto Editora.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. & Hamby, D.W. (2007). Meta-analysis of Family-Centered. Helping practices research. *Mental retardation and developmental disabilities resear review*, 13, 370-378.
- Dunst, C.J. & Swanson J. (2006). Parent-Mediated everyday child learning opportunities: II. Methods and procedures. *CASEinPoint*, 2(11), 1-7.
- Er-Sabuncuoglu, M. & Diken, I. (2010). Early Childhood Intervention in Turkey: current situation, challenges and suggestions. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), 149-160.
- Escorcía, C.T. (2014). Estilos y estrategias de interacción en Atención Temprana desde la perspectiva de padres y profesionales (Tesis Doctoral no publicada). Universidad Católica de Valencia, Valencia.
- Escorcía, C.T. (2016). Logopedia y prácticas centradas en la familia y en entornos naturales. Ejemplos de actuación. En M. T. Martín-Aragoneses & R. López-Higes (Coord.), *Claves de la logopedia en el siglo XXI* (pp. 157-173). Madrid:UNED.
- Escorcía, C.T., García-Sánchez, F.A., Sánchez-López, M.C. & Hernández-Pérez, E. (2016). Cuestionario de estilos de interacción entre padres y profesionales en Atención Temprana: validez de contenido. *Anales de Psicología*, 36(1), 148-157. doi: 10.6018/analesps.32.1.202601

- Espe-Scherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, 23(3), 136-144.
- Espinoza, G., Oruro, E., Carrión, D. & Aguilar, L. A. (2010, Agosto). *Aprendizaje, Memoria y Neuroplasticidad, ASEDH-CEREBRUM*. Conferencia presentada en el I Congreso Mundial de Neuroeducación, Lima, Perú. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/228709633_Aprendizaje_Memoria_y_Neuroplasticidad
- EURLY AID (2015). *Report and answers to an EURLY AID questionnaire. The implementation of Early Childhood Intervention (ECI) in 15 European Countries. 1984 to 2014*. Recuperado de http://eurlyaid.eu/docs/booklet_eurlyaid_25years_eng.pdf
- EURODYCE (2009). *Trackling social and cultural inequalities through early childhood education and care in Europe*. Bruselas: European Comission. doi: 10.2797/18055
- EURODYCE (2014). *Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe*. doi: 10.2797/75270
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación* (332), 97-116.
- FEAPS (2001). *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad*. Madrid: FEAPS.
- Ferrándiz, I.M. (2008). Elementos para analizar la situación de la Atención Temprana en Castilla-La Mancha. *Revista Educación Inclusiva*, 1(1), 21-34.
- Fettig, A. & Barton, E. (2013). Parent implementation of function-based intervention to reduce children's challenging behavior: a literatura review. *Topics in Early Childhood Special Education*, 34(1), 49-61. doi: 10.1177/0271121413513037.
- Fialka, J. (2001). The dance of partnership: Why do my feet hurt?. *Young Exceptional Children*, 4(2), 21-27.
- Fleming, J.A., Sawyer, L. B.& Campbell, P.H. (2011). Early intervention providers' perspectives about implementing participation based practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30, 233-244.
- Flores, E., Cicchetti, D. y Rogosch, F. (2005). Predictors of resilience in maltreated and nononmaltreated latino children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338-351.

- Forry, N.D, Moody, S., Simkin, S. & Rothenberg, L. (2011). *Family-provider relationships: a multidisciplinary review of high quality practices and associations with family, child and provider outcomes*. OPRE. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services
- Friedman, M., Woods, J. & Salisbury, C. (2012). Caregiver coaching strategies for Early Intervention Providers. Moving toward operational definitions. *Infants and Young Children*, 25(1), 62-82.
- Fuertes, J. & Palmero, O. (1998). Intervención temprana. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 925-970). Madrid: Siglo XXI.
- Fundación Ciudadanía (S.F.). Declaración de los Derechos del Niño. Extremadura: Fundación Ciudadanía.
- Galve, J.L. & Ayala, C.L. (2002). *Orientación y acción tutorial*. Madrid: CEPE.
- García-García, E. (2008). Neuropsicología y educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente. *Revista de Psicología y Educación*, 1(3), 69-90.
- García-Medina, M.I., Estévez, I. & Letamendía, P. (2007). El CUIDA como instrumento para la valoración de la personalidad en la evaluación de adoptantes cuidadores, tutores y mediadores. *Intervención Psicosocial*, 6(3), 393-407.
- García-Sánchez, F.A. (2000, Octubre). Dos décadas de Atención Temprana en la Región de Murcia. *Curso de Atención Temprana*. Asociación de Atención Temprana de Castilla La Mancha y Centro de Profesores y Recursos. Toledo.
- García-Sánchez, F.A. (2001a, Noviembre). Marco ecológico – Modelo Integral en Atención Temprana. *XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencia*. Real Patronato sobre Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf
- García-Sánchez, F.A. (2001b). Acerca del Libro Blanco de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 3(2), 91-94.
- García-Sánchez, F.A. (2002a). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. *Bordón*, 54(1), 39-52.

- García-Sánchez, F.A. (2002b). Reflexiones acerca del futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención. *Siglo Cero*, 32(2), 5-12.
- García-Sánchez, F.A. (2003). Objetivos de futuro de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, VI (1), 32-37.
- 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*, 45(3), 6-27.
- 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. *SigloCero*, 39(3), 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-Sanz, M.P. (2003). *La evaluación de programas en la intervención socioeducativa*. Murcia: D.M.
- García-Sanz, M.P, García-Sánchez, F.A., Martínez-Segura, M.J. & Maquilón, J.J. (2013). Diseño, aplicación y evaluación de un programa para mejorar la formación evaluativa del profesorado de Educación Especial. *Educatio Siglo XXI*, 31(1), 149-172.
- Ginarte, Y. (2007). La neuroplasticidad como base biológica de la rehabilitación cognitiva. *Geroinfo. RNPS*. 2110, 2(1), 1-15.
- Giné, C. (2000). Las necesidades de la familia a lo largo del ciclo vital. En M.A. Verdugo (Ed.), *Familias y discapacidad intelectual* (Capítulo 1). Madrid: FEAPS. Recuperado de http://www.feaps.org/biblioteca/familias_ydi/capitulo1.pdf
- Giné, C., Balcells, A., Simó, D., Font, J., Pro, M.T., Mas, J.M. & Carbó, M.S. (2011). Necesidades de apoyo de las familias de personas con discapacidad intelectual de Catalunya. *Siglo cero*, 42(34), 31-49.

- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. & Balcells, A. (2009). Trabajar con familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 23(2), 95-113.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. & García-Díe, M.T. (2006) Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro: Infancia y Aprendizaje. *Journal for the Study of Education and Development*, 29(3), 297-313. doi: 10.1174/021037006778147935
- Giudice del, E., Bottos, M., Dalla-Barba, B., Pavone, L., Ruggieri, M. & Ottaviano, S. (2005). Early intervention for children with special needs: The Italian paradigm. En M. J. Guralnick (2005b), *The Developmental systems Approach to Early intervention*, nº 17 (pp. 521-542). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Gómez-Fernández, L. (2000). Plasticidad cortical y restauración de funciones neurológicas: una actualización sobre el tema. *Revista de Neurología*, 21(8), 749-756.
- Govern de les Illes Balears, (2010). *Pla integral d'Atenció Primerenca de les Illes Balears*. Illes Balears: Govern de les Illes Balears. Recuperado de <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST2745ZI117550&id=117550>
- Grañeras, M. & Parras, A. (2009). *Orientación educativa: fundamentos teóricos, modelos institucionales y nuevas perspectivas*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guralnick (2005). *The developmental systems approach to early intervention*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M.J. (2006). Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention. En K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of Early Childhood development* (pp. 44-61). Oxford, UK: Blackwell Publishers.

- Gútiez, P. (2010a). Early Childhood Intervention in Spain: Standard needs and changes. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), 136-148.
- Gutiez, P. (2010b). Early childhood intervention in Spain: standard needs and changes. En M. Pretis (ed.), *Early childhood intervention across Europe. Towards standards, shared resources and national challenges* (pp. 83-98). Ankara: Maya Akademi
- Gútiez, P., Ruiz-Veerma, E., Arizcun, J. & Comisión Discapacidad (2008). *Propuestas de formación en Atención Temprana en la C.A.M.* Recuperado de <http://www.genysi.es/index.php/formacion/36-formacion-postgrado>
- Harjusola-Webb, S., Gatmaitan, M. & Lyons, A. (2013). Empowering families: the Early Intervention in natural environments professional development community of practice Project in Ohio. *Social welfare interdisciplinary approach*, 3(1), 43-55.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F. & Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de neurología*, 38 (supl 1), 58-68.
- Hinojosa, J., Sproat, C., Mankhetwit, S. y Anderson, J. (2002). Shifts in parent-therapist partnership: twelve yeears of change. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(5), 556-563.
- Isaacs, J. (2008, september 4). *Impacts of Early Childhood Programs*. Recuperado de https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/09_early_programs_isaacs.pdf
- Iversen, M., Poulin, J., Ciacera, S. & Meenakshi, P. (2003). Creating a family-centered approach to early intervention services: perceptions of parents and professionals. *Pediatric Physical Therapy*, 15, 23-31. doi: 10.1097/01.PEP.0000051694.10495.79.
- Kaderoglou, E. (2009). Building bridges: the centrality of the relationship for empowering people in Early childhood intervention and beyond En B. Carpenter, J. Schloesser y J. Egerton, (Ed.), *European developments in Early Childhood intervention* (pp. 176-197). EURLY AID. Recuperado de http://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/eaei_eci_development_eng.pdf
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B. & Desserud, S. (2009). The application of a transdisciplinary model for Early Intervention services. *Infants and*

Young Children, 22(3), 211-223. Recuperado de https://depts.washington.edu/isei/iyc/22.3_King.pdf

Knowles, M., Holton III, E. & Swanson, R. (2005). *The adult learner*. London: Elsevier.

Lamprecht, R., & LeDoux, J. (2004). Structural plasticity and memory. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(1), 45-54. doi: 10.1038/nrn1301.

Linares de, C. (2012). *Atención Temprana: bases para un modelo de intervención familiar. Modelo de Atención Temprana*. España: Down España.

Linares de, C. y Rodríguez, T. (2004). Bases de la intervención familiar en Atención Temprana. En J. Pérez-López y A. Brito (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-351). Madrid: Pirámide.

Ljubescic, M. (2009). Croatian perspectives on early childhood intervention: being a parent. En B. Carpenter, J. Schloesser & J. Egerton, (Ed.), *European developments in Early Childhood intervention* (pp. 31-43). EURLY AID. Recuperado de http://www.eurlyaid.eu/wp-content/uploads/2016/05/eaei_eci_development_eng.pdf

Lombardi, J. (2012). The Federal Policy Environment. En Institut of Medicine and National Research Council of the National Academies (Ed.), *From Neurons to Neighborhoods: An Update: Workshop Summary* (pp.26-31). *Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academic Press.

López Pérez, B., Fernández Pinto, I. & Abad, F.J. (2008). Test de empatía cognitiva y afectiva. Madrid: TEA ediciones.

Machado, S., Portella, C.E., Silva, J.G., Velasques, B., Bastos, V.H., Cunha, M., Basile, L., Cagy, M., Piedade, R.A. & Ribeiro, P. (2008). Aprendizaje y memoria implícita: mecanismos y neuroplasticidad. *Revista de neurología*, 46(9), 543-549.

Magee, E.M. & Pratt, M.W. (1985). *50 years of U.S. federal support to promote the health of mothers, children and handicapped children in America: 1935-1985. A review of Federal Appropriations and Allocations to States for Health and Related Programs of Title V of the Social Security Act of 1935 and the Omnibus Reconciliation Act of 1981*. Vienna, VA: Information Sciences Research Institute. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED293626.pdf>

- Mahoney, G. (2009). Relationship Focused Intervention (RFI): Enhancing the Role of Parents in children's developmental intervention. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 1(1), 79-94.
- Mahoney, G., Kaiser, A., Girolametto, L., McDonald, J., Robinson, C., Stafford & Spiker, D. (1999). Parent education in Early Intervention: a call for a renewed focus. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19(3), 131-140.
- Máiquez, M.L. & Capote, C. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. *Intervención psicosocial*, 10(1), 185-198.
- Marchant, M. & Young, R. (2001). The effects of a parent coach on parents's acquisition on implementation of parenting skills. *Education and treatment of children*, 24(3), 351-373. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/42899667?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Mariel, G. (2006). Tipo de vínculo madre/hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. *Interdisciplinaria*, 23(2), 175-201.
- Martel, G., Millard, A., Jaffar, R. & Guillou, J.L. (2006). Stimulation of hippocampal adenylyl cyclase activity dissociates memory consolidation processes for response and place learning. *Learn Mem*, 13, 342-348.
- Martínez-Brell, V. (1992). La Atención Temprana. Desarrollo y perspectivas históricas. Ier Congreso Regional de Atención Temprana. La Manga, 5 - 8 de Marzo.
- Maya, J.F. y Origlia, N. (2012). Visual cortex plasticity: a complex interplay of genetic and environmental influences. *Neural Plasticity*. doi: 10.1155/2012/631965. Recuperado de <http://www.hindawi.com/journals/np/2012/631965/>
- McEwen, B.S. & Mirsky, A.E. (2012). Implications for Physical and Mental Health. En Institut of Medicine and National Research Council of the National Academies (Ed.), *From Neurons to Neighborhoods: An Update. Workshop Summary* (pp. 14-18). Washington, DC: The National Academic Press.
- McWilliam, R.A., Ferguson, A., Harbin, G.L., Porter, P., Munn, D., & Vandiviere, P. (1998). The family-centeredness of individualized family service plans. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18, 69-82.
- McWilliam, R.A. & Casey, A.M. (2008). Engaging every child in the preschool classroom. Baltimore, MD: Paul H. Brookes

- McWilliam, R.A. (2010a). *Routines-based early intervention. Supporting young children and their families*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- McWilliam, R.A. (2010b). *Working with families of young children with special needs*. Nueva York: Guilford Press.
- McWilliam, R.A. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153.
- 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. Gracia & F. Mulas (Eds.). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 789-803). Valencia: Promolibro.
- Millá, M.G. (2002). El asociacionismo en Atención Temprana. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, (53), 99-101.
- Millá, M.G. (2005). Reseña histórica de la Atención Temprana. En M.G. Millá & F. Mulas (Eds.). *Atención Temprana, Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 255-266). Valencia: Promolibro.
- Minke, K.M., & Scott, M.M. (1995). Parent-professional relationships in early intervention: A qualitative investigation. *Topics in Early Childhood Special Education*, 15, 335-352.
- Molina, D.L. (2004). Concepto de orientación educativa: diversidad y aproximación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 33(6). Recuperado de <http://rieoei.org/deloslectores/736Molina108.PDF>
- Monroy, B.G. & Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla en influir en ella? *Salud Mental*, 3(34), 237-246. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58220785008>.
- Moor de, J.M.H., Van Waesberghe, B.T.M., Hosman, J.B.L., Jaeken, D., & Miedema, S. (1993). Early intervention for children with developmental disabilities: manifesto of the EURLY AID working party. *International Journal of Rehabilitation Research*, (16), 23-31.
- Moore, T. (august, 2012). Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. Memorial Address presented at the *10th Biennial National Conference of Early Childhood Intervention Australia*,

and the 1st Asia-Pacific Early Childhood Intervention Conference. Perth (Australia). Recuperado de http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_National_Conference_2012.pdf

- Morales, A.B. (2010). La acción tutorial en Educación. *Hekademos*, (7), 95-114.
- Morales, B., Rozas, C., Pancetti, F. & Kirkwood, A. (2003). Períodos críticos de plasticidad cortical. *Revista de neurología*, 37(8), 739-743.
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 83-96.
- Mucio, L., Kidd, J. K., White, C.S. & Burns, S. (2014). Head Start instructional professionals' inclusion perceptions and practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 34(1), 40-48.
- Muhlenhaupt, M., Pizur-Barnekow, K., Schefkind, S., Chandler, B., & Harvison, N. (2015). Occupational Therapy Contributions in Early Intervention. *Infants and Young Children*, 28(2), 123-132. <http://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000031>
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenko, M.A., Suárez, E. N., Infante, F. & Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Narbona, J. & Crespo, N. (2012). Plasticidad cerebral para el lenguaje en el niño y el adolescente. *Revista de neurología*, 54 (supl 1), S127-S130.
- 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 Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Science of Early Childhood Development. Closing the gap between what we know and what we do*. Harvard University. Center on the developing child. Recuperado de: http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/science_of_early_childhood_development/
- Nieto, M. (2003). Plasticidad neural. *Mente y cerebro*, 4, 72-80.
- Nishiyori, R., Biscont, S., Meehan, S.K. & Ulrich, B.D. (2016). Developmental changes in motor cortex activity as infants develop functional motor skills. *Developmental Psychobiology*, 58(6), 773-783. doi: 10.1002/dev.21418.

- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N... & Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental medicine and child neurology*, 55, 885-910.
- Obando, O.L., Villalobos, M.E., Lorena, S. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 149-159.
- Odom, S.L., Hanson, M.J., Blackman, J.A & Kaul, S. (2003). Early intervention practices around the world. *Early Intervention Practices around the world*. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Odom, S.L. & Kaul, S. (2003). Early Intervention. Themes and variations from around the world. En S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A., Blackman & S. Khaul (Ed.), *Early Intervention Practices around the world* (pp. 333-347). Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Odom, S.L. & Wolery, M. (2003). A unified theory of practice in Early Intervention/Early Childhood Special Education: evidence-based practices. *The journal of special education*, 37(3), 164-173.
- O'Keefe, J. y Nadel, L. (1978). *The hippocampus as a cognitive map*. Oxford University Press
- Ong, F. & Smithberger, M. (2010). Guía para programas de aprendizaje y desarrollo infantil. Sacramento: Departamento de Educación de California.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1983). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*. Madrid: INSERSO, 1983.
- Organización Mundial de la salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la infancia y adolescencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Organización Mundial de la salud (2011). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*. Malta: Organización Mundial de la Salud.

- Ortiz, T., Poch, J., Requena, C., Santos, J.M., Martínez & A. Barcia, J.A. (2010). Neuroplasticidad cerebral en áreas occipitales en adolescentes ciegos. *Revista de Neurología*, 50(Supl 3), S19-S23.
- Pardo, A. Ruiz, M. & San Martín, R. (2009). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud (Vol. I)*. Madrid: Síntesis.
- Partnership for People with Disabilities (2005). *Virginia's coaching facilitation guide*. Recuperado de http://www.veipd.org/main/pdf/coaching_fac_guide_5.26.16.pdf
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D. & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health*, 13. doi: 10.1186/1471-2458-13-17.
- Pegenaute, F. (2001). Reflexiones sobre el Libro Blanco. *Revista de Atención Temprana*, 3(2), 89-90.
- Peralta, F. & Arellano, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(22), 1339-1363. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000018>
- Pérez-Juste, R. (2000). La evaluación de programas educativos. Conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 261-287.
- Pérez-Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla.
- Perpiñán, S. (2003). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de AT: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, VI(1), 11-17.
- Perpiñán, S. (2004). La intervención con familias en los programas de atención temprana. En I. Candel (Coord.), *Atención Temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 57-79). Madrid: Federación Española del Síndrome de Down.
- Perpiñán, S. (2015). *Apoyo para las familias en Educación Infantil*. Trabajo presentado en el XV encuentro nacional de familias, Valencia. Recuperado de <http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2015/10/Apoyo-a-las-familias-en-El.-Sonsoles-Perpi----n.pdf>

- Peterander, F. (1999). El futuro de la intervención temprana: calidad y profesionalidad. IX Reunión Interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. Madrid: GENYSI.
- Peterson, C.A., Luze, G.J., Eshbaugh, E.M., Jeon, H., & Kantz, K.R. (2007). Enhancing parent- child interaction through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise? *Journal of Early Intervention*, 29(2), 119-140.
- Prelock, P.A., & Deppe, J. (2015). Speech-Language Pathology. *Infants and Young Children*, 28(2), 150-164. doi: 10.1097/IYC.0000000000000035.
- Pretis, M. (2006). *Plan de estudios para la formación profesional en Atención Temprana*. Graz: S.I.N.N. Recuperado de: <http://www.aprateca.ulpgc.es/Archivos/Plan%20de%20estudios%20para%20la%20formacion%20pprofesional%20en%20AT.pdf>
- Pretis, M. (2010a). Early Childhood Intervention in Austria. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), 76-86.
- Pretis, M. (2010b). PRECIOUS. Professional Resources in Early Childhood Intervention: Online tools and standards. *INT-JECSE*, 2(2), 172-179.
- Porras-Kattz, E. & Harmony, T. (2007). Neurohabilitación: un método diagnóstico y terapéutico para prevenir secuelas por lesión cerebral en el recién nacido y el lactante. *Boletín Médico Hospital Infantil Mexico (Vol. 64)*. Marzo-Abril 2007.
- Ramey, C.T., & Ramey, S.L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(2), 221-230.
- Repetto, E., Beltrán, S.G., Garay-Gordovil, A. & Pena, M. (2006). Validación del “inventario de competencias socioemocionales –importancia y presencia–” (ICS-I; ICS-P) en estudiantes de ciclos formativos y de universidad. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 17(2), 213-223.
- Robertson, Ch. & Messenger, W. (2010a). Early Childhood Intervention in the UK: family, needs, standards and challenges. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), 161-171.

- Robertson, Ch. & Messenger, W. (2010b). Evaluating and enhancing the quality of provision in early childhood intervention: exploring some european perspectives. *Exedra, número extraordinario 1*, 159-173.
- Robles, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75(1), 29-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77827025005.pdf>
- Robles-Bello, M. A. & Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del psicólogo*, 34(2), pp. 132-133. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2236.pdf>
- Roper, N. & Dunst, C.J. (2006). Early Childhood Intervention competency checklists. *CASEinPoint*, 2(7), 1-14.
- Rouse, L. (2012). Family-Centred Practice: empowerment, self-efficacy, and challenges for practitioners in early childhood education and care. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 13(1), 17-26. doi: 10.2304/ciec.2012.13.1.17
- Rosenzweig, M.R., Bennett, E.L. y Diamond, M.C. (1979). Cambios en el cerebro como consecuencia de la experiencia. En R.F. Thompson (Ed.). *Psicología fisiológica* (pp. 491-498). Madrid: Blume.
- Ruiz-Veerman, E. (2009). La formación de los profesionales en deficiencias y discapacidades de la primera infancia (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://eprints.sim.ucm.es/13958/1/T31411.pdf>
- Rush, D. & Shelden, M.L. (2005). Evidence-based definition of coaching practices. *CASEinpoint*, 1(6), 1-6. Recuperado de http://fipp.org/static/media/uploads/caseinpoint/caseinpoint_vol1_no6.pdf
- Rush, D. & Shelden, M.L. (2008). Coaching quick reference guide. *Brief Case*, 1(1), 1-10. Recuperado de http://fipp.org/static/media/uploads/briefcase/briefcase_vol1_no1.pdf
- Rush, D. & Shelden, M.L. (2011). *The Early Childhood coaching handbook*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Salisbury, C., Woods, J., & Copeland, C. (2010). Provider perspectives on adopting and using collaborative consultation in natural environments. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30, 132-147

- Salmurri, F. (2004). *Libertad emocional. Estrategias para educar las emociones*. Barcelona: Paidós.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1997). What is emotional intelligence?. En P. Salovey y D.J. Sluyter (Ed.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (pp. 2-31). New York: Basic Books.
- Sameroff, A. J. & MacKenzie, M.J. (2003). A quarter-century of the transactional model: How have things changed? *Zero to Three*, 24(1), 14-22.
- Sandall, S., McLean, M.E. & Smith, B. (2000). DEC. Recommended practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education. Washington: Division for Early Childhood.
- Serrano, A.M. (2007). *Redes Sociais de apoio e sua relevancia para a intervençao precoce*. Porto: Porto Editora.
- Serrano, A.M. (2016). Family Centered Practices: practices that enable, develop and promote listening and participation. En M.T. Martín-Aragoneses y R. López-Higes (Coord.), *Claves de la logopedia en el siglo XXI* (pp. 157-173). Madrid:UNED.
- Serrano, A.M. & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention. The Portuguese pathway towards inclusión. *Revista Educación Inclusiva* 4(1), 123-138.
- Shonkoff, J.P. & Marshall, P.C. (1990). Biological bases of developmental dysfunction. En S.I. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 196-216). USA: Cambridge University Press.
- Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (1990). Early childhood intervention: the evolution of a concept. En S. J. Meisels & J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of Early Intervention* (pp. 3-31). USA: Cambridge University Press.
- Sobrado, L. (2008). Plan de acción tutorial en los centros docentes universitarios: el rol del profesor tutor. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(1), 89-107.
- Sohns, A., Hartung, A. & Kraus, O. (2010). The Early-Aid-System in Germany. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 2(2), 111-123.
- Soriano, V. (2002). La atención temprana en Europa. *Rev. Neurología*, 34 (Supl. 1), pp. 155-157.
- Suárez-Pazos, M. (2002). Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación. *Revista electrónica de Enseñanza de las*

Ciencias, 1 (1), 40-56. Recuperado de http://www.docenciauniversitaria.org/volumenes/volumen1/REEC_1_1_3.pdf

Spagnola, M. & Fiese, B. (2007). Family routines and rituals. A context for development in the lives of Young children. *Infants and Young children*, 20(4), 284-299.

Stroup-Rentier, V.L., Lindeman, D.P. & Miksch, P. (2007, Junio). *Definition and characteristics of primary coach approach to teaming: moving beyond multidisciplinary practices*. Recuperado de <http://www.kskits.org/ta/Packets/UsingPrimaryService/Definition.pdf>

Trevarthen, C. (2004). Brain development. En R. L. Gregory (Ed.), *Oxford companion to the mind*. Oxford New York: Oxford University Press.

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.

Trivette, C.M. & Dunst, C.J. (2005). Programas comunitarios de apoyo parental. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* (Habilidades Parentales), 13-18. EEUU: Junta Nacional de Jardines Infantiles. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2520/programas-comunitarios-de-apoyo-parental-.pdf>

Tudge, J. & Hogan, D. (2004). An ecological approach to observations of children's everyday lives. En S. Greene y D. Hogan (Eds.), *Researching Children's Experience. Approach and Methods* (pp. 102-122). London: Sage Publications.

Turnbull, A. P., Summers, J. A., Turnbull, R., Brotherson, M.J., Winton, P., Richard, R., ... Stroup-Rentier, V. (2007). Family Supports and Services in Early Intervention: a bold visión. *Journal of Early Intervention*, 29 (3), 187-206.

Tyson, P. (2000). *Teoría psicoanalítica del desarrollo: una integración*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.

UNICEF (2012). *Desarrollo emocional: Clave para la primera infancia*. Buenos Aires: UNICEF

Valle, M., Mateos, R., Gutierrez, P. & Brun, T. (2011). Contextos de Riesgo en el niño pequeño y posibles intervenciones ante la adversidad. *Clínica contemporánea*, 2(2), 165-176.

- Vicente, J.R. (2015). Actuaciones de orientación y coordinación de los profesionales de Atención Temprana desde la perspectiva de los distintos agentes implicados (Tesis Doctoral no publicada). Universidad de Murcia, Murcia.
- Watson, C. & Neilsen, S. (2012). Professional development through reflective consultation in Early Intervention. *Infants and Young children*, 25(2), 109-121.
- Watts-Pappas, N. & McLeod, S. (2009). *Working with families in Speech-Language Pathology*. San Diego: Plural Publishing.
- Werner, E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. En J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of early intervention* (pp. 97-117). USA: Cambridge University Press.
- World Health Organization (2016). *International Statistical Classification of diseases and related health problems. 10th revision (ICD-10)*. France: WHO Press.
- Wilson, L.L., Holbert, K. & Sexton, S. (2006). A capacity-building approach to parenting education. *CASEinPoint*, 2(7), 1-9.
- Wilson, B.A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 141-162.
- Wisconsin Council on Children and Families (2007). *Brain Development and Early Learning*, (1).
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEP TA Community of Practice (2008, February). *Agreed upon practices for providing early intervention services in natural environments*. Recuperado de http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/AgreedUponPractices_FinalDraft2_01_08.pdf
- Wurtz, R.H. (2009). Recounting the impact of Hubel and Wiesel. *The Journal of Physiology*, 587(12), 2817-2823. doi: 10.1113/jphysiol.2009.170209.
- Zahonero, A. & Martín, M. (2012). Formación integral del profesorado: hacia el desarrollo de competencias personales y de valores en los docentes. *Tendencias pedagógicas* (20), 51-70.

LEYES

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. Boletín Oficial del Estado, 6 de agosto de 1970.

Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido. Boletín Oficial del Estado, 30 de abril de 1982.

Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo de 1985, de ordenación de la Educación Especial. Boletín Oficial del Estado, 16 de marzo de 1985.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986.

Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo LOGSE. Boletín Oficial del Estado, 4 de octubre de 1990.

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación LOE. Boletín Oficial del Estado, 4 de mayo de 2006.

Despacho Conjunto nº 891/99. Diário da República, II série, nº 244, 19 de octubre de 1999.

Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). Amendments of 1997, PL105-17, 20 USC.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario diseño Plan de Formación

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ACCIÓN TUTORIAL PARA TERAPEUTAS DE AT

A continuación se presentan una serie de ítems en relación con el diseño del programa. Responda sinceramente a cada uno de ellos, a partir de la siguiente interpretación de la escala:

1: Totalmente en desacuerdo con la proposición	0%
2: En desacuerdo con la proposición	25%
3: Indiferente	50%
4: De acuerdo con la proposición	75%
5: Totalmente de acuerdo con la proposición	100%

ITEMS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. El programa parte de una evaluación de necesidades					
2. El programa es conocido por los terapeutas antes de su aplicación					
3. El programa se presenta de un modo flexible					
4. El programa aporta información relevante					
5. El programa posee un vocabulario adaptado					
6. El programa posee claridad expositiva					
7. Los objetivos son claros para sus destinatarios					
8. Los objetivos son alcanzables por sus destinatarios					
9. Los contenidos son relevantes					
10. Existe una organización lógica en la secuenciación de contenidos					
11. El programa posee la suficiente calidad técnica					
12. La metodología es activa y participativa					
13. Se prevé una evaluación inicial, formativa y sumativa					
14. Se contempla la evaluación de destinatarios, ponentes y programa					
15. La bibliografía es amplia, relevante y actualizada					
16. Los objetivos se relacionan con las necesidades detectadas					
17. Existe relación entre objetivos, contenidos, metodología y evaluación					
18. El programa es viable respecto a recursos humanos					
19. La cronología es adecuada para implementar el programa					
20. El programa es realizable con los materiales disponibles					
21. La funcionalidad del programa queda garantizada					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Plantilla desarrollo seminario

		¿Qué hace?	¿Cómo lo hace? ¿Qué necesita?		
			Conceptos de referencia	Procedimientos de actuación	Actitudes requeridas
A C C I Ó N T U T O R I A L E N A T E N C I Ó N T E M P R A N A	Niño Familia	Evalúa capacidades.			
		Detecta necesidades.			
		Elabora propuestas de intervención.			
		Informa sobre detección de necesidades.			
		Transmite objetivos a conseguir y modo de hacerlo.			
		Ofrece apoyo y acompañamiento.			
	Profesionales intracentro	Informa a los profesionales sobre detección de necesidades.			
		Compartir las observaciones y detección de necesidades			
		Planifica en equipo la intervención.			
		Coordina actuaciones dentro de un programa global.			
		Informa sobre la evolución del niño en los distintos tratamientos.			
	Profesionales extracentro	Informa sobre detección de necesidades.			
		Informa sobre propuestas de actuación.			
		Ejerce labores de coordinación con los EOEPs, escuelas infantiles, centros escolares y familia.			
		Asesora y resuelve dudas sobre cómo actuar con el niño en función de sus peculiaridades.			
Mantiene relaciones con los profesionales sanitarios, judiciales, educativos...					

ANEXO 3

Acción Tutorial en Atención Temprana. Fichas de trabajo

ACCIÓN TUTORIAL EN ATENCIÓN TEMPRANA FICHAS DE TRABAJO

INSTRUCCIONES:

1. Completa las tablas que se presentan, señalando en la casilla del profesional implicado en cada una de las acciones que se detallan, la habilidad o habilidades necesarias para desempeñar esa labor (hemos numerado esas habilidades para facilitarte el trabajo).
2. Señala si consideras, cada una de esas acciones, como Acción Tutorial o como una tarea propia de la Atención Temprana.
3. Si consideras que falta por incluir algún otro profesional para realizar alguna tarea, añádelo en la columna correspondiente y señala, también, las habilidades o recursos que necesita para realizar esa labor.
4. Dentro de la fila “otros”, y en las casillas correspondientes, puedes añadir algún modo de actuación o alguna herramienta necesaria, si lo echas en falta, para realizar cada una de las tareas que se mencionan, cumplimentando el resto de casillas como se te ha indicado anteriormente.

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Evalúa capacidades	Recogida de datos								1.Herramientas de evaluación 2.SCF 3.Control emocional 4.Habilidades sociales/comunicación 5.Visión amplia y global de los problemas 6.Recursos: horario de tratamiento indirecto 7.Formación: pruebas psicométricas y observación directa
	Valoración inicial								
	Observación directa								
	Registros a través de pruebas psicométricas								
	Registros de valoración y observación								
	Entrevistas								
	Escalas de desarrollo								
	En sesiones de tratamiento								
Evaluación continua									
Otros:									

FAMILIA-NIÑO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Detecta necesidades	Evaluación								1.Formación 2.Habilidades sociales/ comunicación 3.Capacidad de observación 4.Capacidad de concreción (demandas) 5.Empoderamiento del cliente 6.Recursos: horas de tratamiento
	Valoración								
	Diagnóstico								
	Entrevistas								
	Tutorías								
	Registros de valoración								
	Sesiones de tratamiento								
Observación									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respons able program a	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Elabora propuestas de intervención	Recogida de información								1.Predisposición hacia mejora continua 2.Visión global del niño 3.Formación: evolutiva, trabajo en equipo, áreas de intervención 5.Recursos: delimitación de procesos (protocolos)
	Evaluación								
	Entrevistas								
	PIAT								
	Reuniones de coordinación								
	Plan de actuación								
	Tratamiento directo								
Propuestas de mejora									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respons able program a	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Informa sobre detección de necesidades	Tutorías en sala/en pasillo								1.Trabajo en equipo 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Formación 4.Capacidad de síntesis/concreción 5.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 6.Recursos: personal liberado
	Reunión de coordinación								
	Solicitud de valoración								
	Entrevistas								
	PIAT								
	Informe								
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respons able program a	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Transmite objetivos	Reunión de coordinación								1.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Conocimiento del entorno 4.Formación específica 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Observación								
	Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas								
	PIAT								
	Informe								
	Información padres								
Información entorno									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respons able program a	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Ofrece apoyo y acompañamiento	Entrevista programada								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Visión amplia y global 3.Capacidad de síntesis y concreción 4.Formación: etapas de duelo, red de recursos, derivación, actuación integral 5.Recursos: personal liberado
	Entrevista a demanda								
	Entrevista de seguimiento								
	Tutorías en sala/pasillo								
	Conversación diaria								
	Acompañamiento en sala								
	Cursos de formación								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Ayuda a los padres a interpretar pequeños avances evolutivos (lo positivo del niño)	Conversación diaria / trato diario								1.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Conocimiento del entorno 4.Formación específica 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción 7.Motivación
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Ayuda a los padres a interpretar síntomas de la discapacidad	Conversación diaria / trato diario								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Visión amplia y global 3.Capacidad de síntesis y concreción 4.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 5.Formación: etapas de duelo, red de recursos, derivación, actuación integral, evolutiva 6.Recursos: personal liberado
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Implica a los padres en la planificación de objetivos.	Conversación diaria / trato diario								1.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Conocimiento del entorno 4.Formación específica: evolutiva 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción 7.Motivación
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento/de manda								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Traduce sus necesidades en objetivos (incluso las no explícitas)	Conversación diaria / trato diario								1.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Conocimiento del entorno 4.Formación específica: evolutiva 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción 7.Motivación
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento/de manda								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Adelantar estratégicamente información ante diagnóstico / escolarización / etc.	Conversación diaria / trato diario								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Visión amplia y global 3.Capacidad de síntesis y concreción 4.Formación: etapas de duelo, red de recursos, derivación, actuación integral 5.Recursos: personal liberado
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Reduce estrés	Conversación diaria / trato diario								1.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Conocimiento del entorno 4.Formación específica: red de recursos 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Da a conocer servicios de respiro	Conversación diaria / trato diario								1.Adecuación al nivel sociocultural de la familia 2.Habilidades sociales/comunicación 3.Conocimiento del entorno 4.Formación específica: red de recursos 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
	Grupos de apoyo								
Otros:									

NIÑO-FAMILIA

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Favorece intercambio de roles en la familia	Conversación diaria / trato diario								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Visión amplia y global 3.Capacidad de síntesis y concreción 4.Capacidad de observación 5.Formación: etapas de duelo, red de recursos, derivación, actuación integral 6.Recursos: personal liberado
	Tutorías formales/pasillo/sala								
	Acompañamiento en sala								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
	Curso de formación de padres								
Grupos de apoyo									
Otros:									

PROFESIONALES INTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Informa y comparte con los profesionales observaciones y detección de necesidades	Reunión de coordinación								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Trabajo en equipo 3.Motivación 4.Privacidad 5.Capacidad de delegar 6.Formación 7.Capacidad de colaboración 8.Capacidad de síntesis
	Información puntual								
	Tratamiento directo en sala								
	En pasillo								
	PIAT								
	Demandas de valoración								
	Reunión de departamento								
	Reuniones generales								
	Entrevista								
	Oral								
	Informal								
	Fichas de seguimiento								
	Colaboración entre profesionales								
	Valoración interdepartamentos								
	Informal								
Supervisión									
Otros:									

PROFESIONAL INTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Planifica en equipo la intervención	Reunión de coordinación								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Trabajo en equipo 3.Capacidad de colaboración 4.Motivación 5.Cesión de objetivos 6.Formación: tratamiento en AT
	PIAT								
	Tratamiento directo en sala								
	En pasillo								
	Trabajo interdisciplinar								
	Reunión de departamento								
Otros:									

PROFESIONAL INTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Coordina actuaciones dentro de un programa global	Reunión de coordinación								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Capacidad priorizar objetivos 3.Trabajo en equipo 4.Motivación 5.Formación específica 6.Colaboración 7.Sentido crítico
	Tratamiento directo en sala								
	Pasillo								
	PIAT								
	Reunión general de equipo								
	Trabajo transdisciplinar								
	Reunión responsables								
	Reuniones departamento								
	Definición de funciones								
	Seguimiento de sesiones								
Unificar criterios									
Otros:									

PROFESIONAL INTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Informa sobre la evolución del niño en los distintos tratamientos	Entrevistas/entrevistas finales								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Trabajo en equipo 3.Formación específica 4.Profesionalidad 5.Sentido crítico 6.Motivación 7.Colaboración
	Tutorías								
	Pasillo								
	PIAT								
	Reunión general de equipo								
	Trabajo transdisciplinar								
	Reunión de coordinación								
	Reuniones de departamento								
	Tratamiento directo en sala								
	Demandas de valoración								
	Devolución de recogida de información								
Evaluaciones									
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Informa sobre detección de necesidades	Entrevista con personal externo								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Aprender de la información recogida del personal externo 3.Motivación 4.Saber priorizar 5.Capacidad de observación 6.Capacidad de negociación 7.Sentido crítico 8.Saber diferenciar entre necesidad y recomendación 9.Formación: evolutiva
	Reuniones periódicas en EEII								
	Reuniones periódicas								
	Reuniones en el aula								
	Trabajo en equipo								
	Coordinación interprofesional								
	Presentación en colegios								
	Seguimiento en colegios								
	Reunión de coordinación								
	Reunión con la Dirección Técnica								
	Reunión con el coordinador de dpto.								
	Reunión con el coordinador del programa								
	Salida del centro								
Informar en visitas programadas									
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Informa sobre propuestas de actuación	Entrevistas con personal externo								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Trabajo en equipo 3.Capacidad de observación 4.Capacidad de negociación 5.Motivación 6.Sentido crítico 7.Formación profesional 8.Profesionalidad
	Reuniones periódicas escolares								
	Llamadas telefónicas								
	Con el informe								
	Modelado								
	Reuniones de coordinación								
	Trabajo en equipo								
	Seguimiento en colegios								
	Desplazamientos a centros escolares								
	Desplazamientos a domicilios								
Respuestas a demandas									
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Ejerce labores de coordinación con los EOEPs, EEII, centros escolares y familia	Entrevistas con personal externo								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Trabajo en equipo 3.Aprender de la información recogida 4.Capacidad de negociación 5.Capacidad de observación 6.Sentido crítico 7.Formación: modelos de negociación 8.Capacidad de unificación y concreción de criterios 9.Motivación
	Reuniones periódicas escolares								
	Llamadas telefónicas								
	Trabajo inter/intradisciplinar								
	Reunión de coordinación								
	Entrevistas con familias para devoluciones								
	Coordinación en Consejería								
	Desplazamientos a EEII y colegios								
	Desplazamientos a domicilios								
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Asesora y resuelve dudas sobre cómo actuar con el niño en función de sus peculiaridades	Entrevistas con personal externo								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Capacidad de observación 3.Capacidad para personalizar intervención 4.Capacidad para resolver problemas 5.Capacidad en toma de decisiones 6.Trabajo en equipo 7.Capacidad de negociación 8.Motivación 9.Profesionalidad 10.Sentido crítico 11.Formación específica
	Observación								
	Reunión de coordinación								
	Reuniones periódicas escolares								
	Llamadas telefónicas								
	Modelado								
	Conocer al niño en su entorno próximo								
	Tutorías								
	Visitas a los centros								
	Orientaciones verbales								
	Orientaciones escritas								
	Desplazamiento a domicilios								
	Reunión de departamento								
Sesión de tratamiento									
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Mantiene relaciones con los profesionales sanitarios, judiciales, educativos...	Información escrita								<ul style="list-style-type: none"> -Habilidades sociales/comunicación -Trabajo en equipo -Capacidad de colaboración -Motivación -Profesionalidad -Capacidad de observación -Capacidad de negociación -Sentido crítico -Formación: funciones -Recursos: disposición horaria, registro de necesidades reales
	Reuniones personales								
	Reuniones escolares								
	Llamadas telefónicas								
	Con el informe								
	Coordinación con distintos profesionales								
	Reuniones programadas								
	Demandas de asistencia								
	Desplazamientos a centros escolares								
	Desplazamientos a domicilios								
Entrevistas									
Cartas (papel y virtuales)									
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respo nsable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
Ayuda a los profesionales de EEII y centros escolares a interpretar pequeños avances evolutivos (lo positivo del niño)	Reuniones en EEII								1.Habilidades sociales/comunicación 2.Trabajo en equipo 3.Capacidad de colaboración 4.Conocimiento del entorno 5.Visión global del problema 6.Capacidad de síntesis y concreción 7.Formación: evolutiva 8.Motivación
	Trabajo en equipo								
	Coordinación interprofesional								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
Con informe									
Otros:									

PROFESIONAL EXTRACENTRO

QUÉ HACE	CÓMO LO HACE	AcT AT	QUIÉN LO HACE						QUÉ NECESITA
			Terapeuta acción directa	Terapeuta -tutor	Respon sable progra ma	Coord. dpto	Dirección Técnica		
<p>Implica a los profesionales de EEII y centros escolares en la planificación de objetivos.</p> <p>Traduce sus necesidades en objetivos (incluso las no explícitas)</p>	Reuniones en EEII y centros escolares								<p>1.Habilidades sociales/comunicación</p> <p>2.Trabajo en equipo</p> <p>3.Capacidad de colaboración</p> <p>4.Formación específica: evolutiva</p> <p>5.Visión global del problema</p> <p>6.Capacidad de síntesis y concreción</p> <p>7.Motivación</p>
	Trabajo en equipo								
	Coordinación interprofesional								
	Visionando Vídeo								
	Explicación verbal								
	Orientación								
	Entrevistas programada/seguimiento								
	Presentación PIAT								
Con informe									
Otros:									

ANEXO 4

Cuestionario desarrollo del seminario

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL SEMINARIO

A continuación se presentan una serie de enunciados en relación con el desarrollo del seminario 1. Responde sinceramente a cada uno de ellos, a partir de la siguiente interpretación de la escala:

1: Totalmente en desacuerdo con el enunciado	0%
2: En desacuerdo con el enunciado	25%
3: Indiferente	50%
4: De acuerdo con el enunciado	75%
5: Totalmente de acuerdo con el enunciado	100%

ITEMS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. Los contenidos impartidos en este seminario son adecuados a las necesidades de los destinatarios					
2. Los contenidos desarrollados son útiles para su aplicación en la práctica					
3. Los contenidos se han presentado con un esquema claro y organizado					
4. Los objetivos previstos para este seminario han sido establecidos al inicio del mismo					
5. Se han cumplido los objetivos previstos para este seminario					
6. La metodología ha fomentado la participación de los destinatarios					
7. Las actividades han favorecido el interés de los destinatarios					
8. El tiempo de las sesiones ha sido adecuado					
9. Los materiales entregados han sido de utilidad					
10. Los contenidos del seminario son útiles para mi quehacer profesional					
11. Durante el seminario se ha fomentado la reflexión y el espíritu crítico					
12. Los materiales utilizados para impartir el seminario son los adecuados					
13. El seminario me ha hecho reflexionar sobre mi práctica profesional					
14. El seminario me aporta una nueva forma de desarrollar mi labor profesional					
15. Se ha generado un clima agradable entre los formadores y los participantes					
16. La formación de los formadores en temas de Acción Tutorial es adecuada					
17. El profesor ha demostrado su formación pedagógica al impartir el seminario					
18. Este seminario me ha servido para adquirir seguridad y confianza en mi labor profesional					
19. La posibilidad de compartir experiencias con otros compañeros durante el seminario me ha ayudado a resolver mis conflictos o dilemas como profesional					
20. Considero este tipo de seminario muy útil para formar a profesionales de la AT					
21. La modalidad formativa elegida para el desarrollo del seminario es coherente con los objetivos y contenidos del mismo					
22. Estoy satisfecho con el seminario					

ANEXO 5

Cuestionario autoevaluación inicial y final

ANEXO 6

Informe personalizado MSCEIT

Test de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)

La interpretación de los resultados debe basarse fundamentalmente en las puntuaciones de rama, de área y en la puntuación global.

PUNTUACIÓN TOTAL DE INTELIGENCIA EMOCIONAL: proporciona un índice general de la inteligencia emocional.

PUNTUACIONES DE ÁREA: miden la capacidad del examinando para adquirir y manipular la información emocional. Hay dos puntuaciones de área:

Inteligencia emocional experiencial. Proporciona un índice de la capacidad para percibir la información emocional, de relacionarla con otras sensaciones tales como el color, o el gusto y de utilizarla para facilitar el pensamiento.

Inteligencia emocional estratégica. Proporciona un índice de la capacidad para comprender la información emocional y utilizarla estratégicamente para planificar y para manejar sus emociones.

PUNTUACIONES DE RAMA: proporcionan información sobre las capacidades emocionales específicas del sujeto. El MSCEIT ofrece cuatro puntuaciones de rama:

Percepción emocional indica el grado en el que se puede identificar las emociones en sí mismo y en los demás.

Facilitación emocional indica el grado en el que puede utilizar sus emociones para mejorar su pensamiento.

Comprensión emocional indica como de bien comprende las complejidades de los significados emocionales, las transiciones emocionales y las situaciones emocionales.

Manejo emocional se refiere a como de bien es capaz de manejar sus emociones en su vida y en la vida de los demás.

PUNTUACIÓN DE TAREA: da información sobre las tareas individuales. Las diferencias entre las puntuaciones en las ocho tareas proporcionan una medida de dispersión: el repertorio de capacidades del sujeto.

La puntuación debe utilizarse con precaución, ya que la fiabilidad de estas puntuaciones es menor que la de las demás puntuaciones. A continuación se presenta la ubicación de cada tarea según rama.

RAMA	TAREA
Percepción emocional	Caras y dibujos
Facilitación emocional	Sensaciones y facilitación
Comprensión emocional	Combinaciones y cambios
Manejo emocional	Manejo emocional y relaciones emocionales

PUNTUACIONES ADICIONALES

Estas medidas proporcionan información adicional para ayudar a comprender los resultados y el estilo de respuesta.

Puntuación de dispersión: Es un indicador de la cantidad de variación que hay entre las puntuaciones del examinando en las distintas tareas. Aquellos sujetos cuyo rendimiento sea muy consistente en las ocho tareas obtendrán una baja puntuación en dispersión. Aquellos cuyas puntuaciones varíen mucho de unas tareas a otras obtendrán una alta puntuación en dispersión. Los individuos casi siempre mostrarán cierta variación en su rendimiento en las distintas tareas.

Puntuación sesgo positivo-negativo: permite medir la tendencia de una persona a responder a los estímulos visuales del MSCEIT con emociones positivas o con emociones negativas.

Guía para la interpretación de las puntuaciones.

RANGO DEL CIE	Rango cualitativo	Descripción
Menor de 70	Necesita mejorar	Es posible que exista cierta dificultad en esta área, por lo que podría ser útil mejorar las habilidades o el conocimiento en ella.
Entre 70 y 89	Puede mejorar	Esta área no constituye un punto fuerte, por lo que puede ser interesante tratar de mejorar la habilidad en esta área si forma parte importante de la vida diaria del sujeto.
Entre 90 y 110	Competente	La persona posee una habilidad suficiente en esta área que le permite desenvolverse en ella con cierto grado de éxito.
Entre 111 y 130	Muy competente	Esta área constituye un punto fuerte para la persona.
Mayor de 130	Experto	Esta área parece estar muy desarrollada en la persona, lo que sugiere que tiene un elevado potencial en ella.

ANEXO 7

Informe personalizado CUIDA



CUIDA - CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ADOPTANTES, CUIDADORES, TUTORES Y MEDIADORES

NOMBRE Y APELLIDOS: Sujeto xxxxx

Permite la apreciación de 14 variables de personalidad, tres factores de segundo orden y un factor adicional.

Se valora en eneatis (media= 5 puntos, dt=2)

Eneatis	Nivel
9	Muy Alto
7-8	Alto
4-5-6	Medio
2-3	Bajo
1	Muy Bajo

1. FACTORES PRIMARIOS

Altruismo (Al). Disposición de la persona a actuar de manera desinteresada a favor de los demás, sin expectativa de una acción recíproca de gratificación. Refleja la tendencia a ayudar a los otros y preocuparse activamente por su bienestar (puntuaciones altas) o, por el contrario, a estar más centrado en sí mismo y mostrarse reticente a implicarse en las dificultades de los demás (puntuaciones bajas).

Apertura (Ap). Actitud frente a experiencias nuevas o extrañas, preferencia por la variedad y curiosidad intelectual. Muestra el interés de las personas por el mundo exterior e interior, la tolerancia hacia valores, estilos modos de vida y culturas diversas. Refleja además la manera en que experimentan tanto las emociones positivas como negativas., el gusto por lo familiar y conocido (puntuaciones bajas) o por lo novedoso (puntuaciones altas), así como su adhesión a valores, ideas y conductas convencionales (puntuaciones bajas).

Asertividad (As). Capacidad de expresar adecuadamente tanto emociones positivas como negativas, hacer y recibir críticas, dar y recibir cumplidos, aceptar y rechazar peticiones y mostrar desacuerdo. Todo ello, de acuerdo a las necesidades, actitudes, derechos y deseos de uno mismo, y respetando los de los demás. Las puntuaciones bajas pueden reflejar personas pasivas, que presentan dificultades para lograr sus objetivos, tiene baja autoestima y permiten que los demás decidan por ellos. Por otro lado, las puntuaciones bajas pueden mostrar personas agresivas que expresan sus sentimientos, pensamientos y opiniones de forma impositiva, no respetan los derechos de los demás y suelen tener dificultades en sus relaciones interpersonales.. Para valorar si una persona es asertiva, pasiva, agresiva o pasiva-agresiva, se ha de interpretar conjuntamente esta escala con el factor adicional de Agresividad.

Autoestima (At). Sentimientos y conocimientos favorables o desfavorables que las personas tienen sobre sí mismas como resultado de su propio autoconcepto. Abarca el grado de



satisfacción con la apariencia física, las relaciones con personas significativas, los logros académicos o profesionales, etc.

Capacidad de resolver problemas (Rp). Habilidad para identificar un problema, estudiar las distintas alternativas, actuar de acuerdo a un plan, ser flexible y creativo y estar dispuesto a resolverlo. Las personas con puntuaciones bajas perciben los problemas como irresolubles y tratan de evitarlos. Pueden sentirse incapaces o incompetentes, esperando que el problema se resuelva por sí solo.

Empatía (Em). Capacidad de reconocer y comprender los sentimientos y actitudes de los otros, así como sus circunstancias en un momento determinado. Implica comprender el estado interno de otra persona e identificarse con su situación y sentimientos, aceptando y respetando sus sentimientos y emociones sin emitir juicios de valor. Esta capacidad está relacionada con la madurez personal, la apertura a los puntos de vista de los otros, la confianza y la paciencia con los demás.

Equilibrio emocional (Ee). Capacidad de controlar los estados de tensión asociados a experiencias emotivas y mantener el control sobre el propio comportamiento en situaciones de conflicto que provocan alto grado de incomodidad.

Independencia (In). Capacidad de prescindir de la ayuda o protección de otras personas para realizar las actividades habituales. Las personas independientes son capaces de tomar sus propias decisiones, no suelen delegar en otras personas para que organicen su vida, no necesitan la aprobación de los demás, y asumen sus responsabilidades. Por el contrario, las personas dependientes suelen ser inseguras y sumisas, tienen miedo al abandono o al rechazo y se caracterizan por escasa iniciativa y baja autoestima.

Flexibilidad (Fl). Capacidad de percibir y aceptar los diversos matices que puede presentar cada situación, asumirlos y adaptarse a ellos. Una persona flexible no cree que haya una sola forma de hacer las cosas, mientras que una poco flexible rechaza todo aquello que se opone a su forma de pensar y de sentir, mostrándose intransigente. Ser flexible no significa ceder, sino ser capaz de escuchar, observar y rectificar para lograr una mejor convivencia y entendimiento con los demás. Suelen ser personas que confían en los demás y son poco agresivas.

Reflexividad (Rf). Tendencia a hablar y actuar de forma meditada. Lo contrario sería el comportamiento impulsivo: actuar sin pensar, velocidad incrementada en la respuesta e impaciencia. Las personas reflexivas suelen ser poco excitable, persistentes en las actividades que inician, tienen una elevada tolerancia a la frustración y disponen de habilidades de planificación y son organizadas.

Sociabilidad (Sc). Orientación hacia las personas, facilidad para establecer relaciones con los demás, preferencia por la compañía de los otros, gusto por actividades sociales, competencia social y tendencia a buscar estímulos sociales.

Tolerancia a la frustración (Tf). Capacidad para aceptar y asimilar una situación en la que una expectativa, un deseo, un proyecto o una ilusión no se cumplen. Suelen ser personas equilibradas, flexibles y poco impulsivas.

Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego (Ag). Capacidad humana universal de formar vínculos afectivos y constituye por su importancia un requisito para el desarrollo evolutivo adecuado y el establecimiento de relaciones interpersonales adaptativas. Permite valorar si las personas disponen de los recursos y la capacidad para permitir que el proceso de vinculación afectiva tenga como resultado un estilo de apego seguro.

Capacidad de resolución del duelo (Dl). El duelo se refiere al proceso natural que se produce en las personas que sufren y se enfrentan a una pérdida. Esta experiencia, que todo ser humano atraviesa a lo largo de su vida, requiere poder superar el dolor que provocan dichas pérdidas de forma que pasado un periodo de tiempo sean contempladas sin sufrimiento, volviendo a recuperar la estabilidad en las facetas personal, familiar y social.

2. FACTORES DE SEGUNDO ORDEN

Los factores de segundo orden, que se constituyen a partir de las correlaciones entre los factores primarios, ofrecen información sobre la capacidad de las personas para establecer relaciones de cuidado basadas en la responsabilidad, el afecto y la sensibilidad (Cuidado responsable, Cuidado afectivo y Sensibilidad hacia los demás). Permite obtener un factor adicional que informa sobre la tendencia a la Agresividad.

Cuidado responsable. Informa de la capacidad de hacer frente a situaciones que requiere una atención eficaz y una respuesta comprometida ante las necesidades del otro.
Escala que lo integran: Rp, Ee, Fl, In, Rf y Tf.

Cuidado afectivo. Capacidad para hacer frente a situaciones que requieren dar o recibir afecto, con un manejo adecuado de las propias emociones y habilidades para dar apoyo emocional.
Escala que lo integran: As, At, Em, Ee, Sc, Ag y Dl.

Sensibilidad hacia los demás. Capacidad de percibir las necesidades de los demás. Relacionado con quienes se preocupan por las personas, se sienten afectados por las necesidades ajenas, se implican en los problemas de los otros y conceden gran importancia a lo emocional. Es propio de personas abiertas, flexibles y con capacidad de ayudar y cuidar a los demás.
Escala que lo integran: Ap, Al, Rp, Em, Fl, So, Ag.

Agresividad. Es un estado emocional que hace referencia a un conjunto de tendencias, sentimientos o acciones destructivas hacia algo o alguien.
Escala que lo integran: As, Fl, Rf y Tf.

ANEXO 8

Informe personalizado TECA



TECA. Test de Empatía y Cognitiva y Afectiva

NOMBRE Y APELLIDOS: Sujeto xxxxxxxx

Cód. Suj.	AP Adopción perspectivas	CE Comprensión emocional	EE Estrés Empático	AE Alegría Empática	Dimensión Global de Empatía

Se valora en PERCENTILES

PERCENTILES	Nivel
94 a 99	EXTREMADAMENTE ALTO
70-93	Alto
31 a 69	Medio
7 a 30	Bajo
1-29	EXTREMADAMENTE BAJO

TECA Evalúa una dimensión global de empatía y cuatro escalas específicas:

Adopción de perspectivas (AP): indica la facilidad para la comunicación, la tolerancia y las relaciones interpersonales. Esta escala hace referencia a la capacidad intelectual o imaginativa de ponerse de otra persona, por ejemplo “intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva”.

Puntuaciones altas en esta escala indican facilidad para la comunicación, la tolerancia y las relaciones interpersonales. Los sujetos con altas puntuaciones en AP tienen un pensamiento flexible, de tal forma que pueden adaptar su modo de pensar a diferentes situaciones.

Puntuaciones extremadamente altas puede interferir en la capacidad de tomar decisiones, ya que tener en cuenta todos los puntos de vista supone una mayor carga cognitiva.



Puntuaciones bajas, suelen tener un pensamiento menos flexible y pueden tener menor facilidad para comprender los estados mentales de los demás, lo que puede suponer un cierto obstáculo en la comunicación y las relaciones con otras personas.

Puntuaciones extremadamente bajas puede estar asociada con importantes déficits en las habilidades de relación y comunicación con otras personas debidas a un estilo de pensamiento bastante rígido.

Comprensión emocional (CE): capacidad de reconocer y comprender los estados emocionales, intenciones y las impresiones de los otros. Por ejemplo “me doy cuenta de cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos”

Puntuaciones altas en la escala CE se caracterizan por tener una gran facilidad para la lectura emocional ante el comportamiento verbal y no verbal de los otros.

Puntuaciones extremadamente altas en esta escala puede implicar una atención excesiva a los estados emocionales ajenos en detrimento de los propios.

Puntuaciones bajas se caracterizan por mostrar dificultades en esta capacidad, lo cual podría redundar en una peor calidad de sus relaciones interpersonales así como menores habilidades sociales.

Puntuaciones extremadamente bajas podría estar reflejando la existencia de importantes problemas en las habilidades de relación con los demás y probablemente estará asociada a una red social deficiente, así como a dificultades emocionales a nivel intrapersonal.

Estrés empático (EE): capacidad de compartir las emociones negativas de otra persona, es decir, de sintonizar emocionalmente con ésta, por ejemplo, “No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas”

Puntuaciones altas tenderán a tener redes sociales de calidad y serán

personas más bien emotivas y calidas en sus relaciones interpersonales, quizás con una cierta tendencia a sobreimplicarse en los problemas de los demás.

Puntuaciones extremadamente altas se caracterizan por autoinformar de elevados niveles de neuroticismo. Esto, con una alta probabilidad, puede interferir negativamente en la vida de la persona, llegando incluso a distorsionar el sufrimiento del otro hasta percibirlo como mayor de lo que en realidad es.

Puntuaciones bajas no se conmueven fácilmente, son poco emotivas y emocionalmente distantes y no encuentran grandes dificultades en distinguir sus necesidades y emociones de las de los demás.

Puntuaciones extremadamente bajas se caracterizará por una frialdad emocional excesiva, es decir, grandes dificultades para sentirse conmovida por lo que le sucede a otra persona.

Alegría empática (AE): capacidad de compartir las emociones positivas de otra persona. Por ejemplo, “cuando a alguien se sucede algo bueno siento alegría”.

Puntuaciones altas en AE tienen facilidad para alegrarse de los éxitos o acontecimientos positivos que les suceden a los demás, lo que se relaciona con una red social de buena calidad.

Puntuaciones extremadamente altas pueden implicar que la propia felicidad depende de la felicidad de los demás y que la persona se olvida de alcanzar las propias metas e incluso, en ocasiones, podría llegar a dejar en un segundo plano la propia realización personal.

Puntuaciones bajas denotan una menor tendencia a compartir las emociones positivas de los demás.

Puntuaciones extremadamente bajas se caracterizan por mostrar indiferencia ante los acontecimientos positivos que les suceden a los demás.

ANEXO 9

Plan de Formación en Acción Tutorial

Programa de Formación en Acción Tutorial para Terapeutas de AT

Programa de Formación financiado a cargo del Proyecto de Investigación EDU2010-17786 “Análisis, diseño, implementación y evaluación de propuestas de mejora para el ejercicio de la Acción Tutorial en Atención Temprana”. Dirección General de Investigación y Gestión del Plan Nacional de I+D+i. Ministerio de Ciencia e Innovación. Subprograma de Proyectos de Investigación fundamental no orientada. Convocatoria 2010

Tabla de contenido

Profesorado participante	2
Receptores del programa	2
Estimación del volumen de trabajo del profesional que recibe el programa ..	2
Organización temporal de las acciones formativas emprendidas	3
Presentación.....	4
Estudio previo de necesidades de formación	6
Objetivos del programa de formación	8
Contenidos.....	9
Metodología docente.....	10
Sistema de evaluación	11
Bibliografía para la formación	12
Referencias bibliográficas utilizadas en el Programa	12

Profesorado participante

Mari Angeles Gomariz Vicente. Profesora Contratada Doctora Interina de la Universidad de Murcia.

María Cristina Sánchez López. Profesora Contratada Doctora de la Universidad de Murcia

Noelia Orcajada Sánchez, Profesora Asociada de la Universidad de Murcia.

María José Martínez Segura. Profesora Titular de Universidad.

Francisco Alberto García Sánchez. Profesor Catedrático de Universidad.

Todo el profesorado participante son miembros del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Murcia y miembros o colaboradores del Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad de la misma Universidad.

Receptores del programa

Equipos interdisciplinarios de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de Murcia y Molina de Segura de la Asociación para el Tratamiento de Personas con Parálisis Cerebral y Patologías Afines (ASTRAPACE). Estos equipos está compuestos por entre 30 y 32 profesionales entre los que encontramos 6 Psicólogos y Pedagogos (que realizan funciones de coordinación, atención a familias, formación y supervisión), 9/10 Terapeutas de Estimulación, 7 Logopedas, 6 Fisioterapeutas, una Psicomotricista y dos Terapeuta Ocupacional.

Estimación del volumen de trabajo del profesional que recibe el programa

El volumen de trabajo que genera este Programa de Formación se cifra en 45 horas. Entre ellas contabilizamos 21 horas presenciales dedicadas al desarrollo de sesiones de seminario. Y a ellas se unen un mínimo de 24 horas no presenciales en las que el terapeuta de Atención Temprana tendrá que realizar lecturas,

preparar contenidos para pequeñas actividades propuestas para el siguiente seminario o cumplimentar registros de acciones tutoriales desarrolladas.

Organización temporal de las acciones formativas emprendidas

Durante el curso 2011/12, desde el primer trimestre y desde la Dirección Técnica de los servicios, se instauran mecanismos para el registros de distintas acciones tutoriales desarrolladas por los Terapeutas de Atención Temprana. Estos registros son llevados a cabo por los propios Terapeutas, dejando constancia del número de reuniones que tienen con los familiares de los niños (motu propio o a demanda) y su finalidad (orientación, asesoramiento, transmisión de información, detección de necesidades, etc.), así como las realizadas con otros profesionales (estudios de caso, coordinación diagnóstica o terapéutica, transmisión de información, etc.). La finalidad de estos registros incluye el hacer consciente a los profesionales del volumen real de actuaciones de Acción Tutorial que realizan.

Durante el tercer cuatrimestre del curso 2011/12 se llevan a cabo tres sesiones presenciales de tres horas de duración, a modo de Seminario de Formación, con la finalidad de desarrollar los contenidos teóricos previstos y trabajar la concienciación de los profesionales hacia la Acción Tutorial en Atención Temprana. Previo al inicio de estas sesiones/seminarios de formación se entregará, a los terapeutas implicados, este Programa de Formación y la documentación inicial prevista (esquemas de las exposiciones a realizar y documentación con definiciones de partida).

Durante el curso 2012/13, especialmente durante su primer cuatrimestre, se desarrollan otras tres sesiones presenciales con el grupo total, con el fin de hacer un seguimiento de su formación en Acción Tutorial y seguir trabajando la concienciación de los profesionales hacia estas actuaciones. Estas sesiones tendrán también una finalidad formativa a partir de la evaluación del desarrollo de las actuaciones realizadas hasta el momento. Intercaladas con ellas se propondrá la organización de sesiones presenciales de discusión en grupos pequeños (por departamentos disciplinares).

Durante los curso 2011/12 y 2012/13 se llevarán a cabo un mínimo de cuatro reuniones de coordinación de responsables del proyecto de investigación y del Programa de Formación con la Dirección Técnica de ASTRAPACE y del CDIAT. La finalidad de estas reuniones será facilitar la organización de los seminarios presenciales, de los registros de información previstos y del seguimiento del resto de actuaciones. Paralelamente a todo ello, estas reuniones servirán, a modo de

tutorías personalizadas, para profundizar en la formación sobre Acción Tutorial de las profesionales de ASTRAPACE con funciones de Dirección Técnica.

Esta organización temporal se resume en la siguiente Tabla:

Curso 2011/12			Curso 2012/13		
1º C	2º C	3º C	1º C	2º C	3º C
Registro de Acciones Tutoriales			Registro de Acciones Tutoriales		
	3 sesiones Seminario de Formación		3 sesiones de Seguimiento y Formación		
Reuniones de coordinación con responsables del Proyecto de Investigación y del Programa de Formación con la Dirección Técnica del CDIAT de ASTRAPACE en Murcia y la Dirección Técnica general de ASTRAPACE					

Presentación

La orientación y la Acción Tutorial, tal y como hoy la entendemos, se introduce en el sistema educativo español con la LGE (1970) y se amplía y desarrolla con la LOGSE (1990) y la LOE (2006). Aunque estos marcos legislativos que regulan la función orientadora y tutorial se circunscriben a la enseñanza reglada, lo cierto es que este ámbito de intervención se está extendiendo, en los últimos años, a múltiples entornos como la universidad, las organizaciones, la empresa, el ocio y el tiempo libre. En este campo, la implantación y revalorización de la importancia de unos profesionales y equipos de trabajo (tutores, asesores, terapeutas, orientadores...) que contribuyen a potenciar las capacidades de las personas y la consecución de los objetivos deseados, es evidente en la abundante bibliografía sobre la temática desarrollada desde distintos ámbitos o contextos de intervención (Álvarez, 2006; Cano, 2008; Castillo, Torres & Polanco, 2009; Coriat & Sanz, 2005; Méndez, 2002; Rodríguez Espinar, 2002, 2004; Santana, 2009). Y esto es así ya que, realmente, los conceptos de orientación y Acción Tutorial, en general, son aplicables a cualquier contexto en el que los profesionales asuman un rol como educadores, orientadores o formadores. Roles éstos ampliamente demandados entre las tareas a desarrollar por el profesional de la Atención Temprana.

Podemos decir que la Orientación y la Acción Tutorial forman parte de cualquier proyecto formativo o de intervención que promueva el desarrollo de una persona. La Acción Tutorial implica guía, cercanía, acompañamiento, asesoramiento, y se convierte en un potente mecanismo de influencia del tutor/profesional/terapeuta sobre el desarrollo del niño y su familia; mecanismo que, en consecuencia, siempre habrá de estructurarse adecuadamente para su óptimo aprovechamiento. En Atención Temprana, entendida como conjunto de

actuaciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y a su entorno (GAT, 2000, 2005, García Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998, Gutiez, 2003, 2005), encontramos presentes referencias próximas a la Acción Tutorial ya en sus aspectos definitorios (Libro Blanco de la AT, 2000: 15): “en AT se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social.” Más aún, el desarrollo en los últimos años de perspectivas de intervención centradas en la familia, que han de llevarse a cabo en el entorno natural del niño y en las que todavía es necesario profundizar dentro y fuera de nuestro país (Bailey, Bruder, Hebbeler, & cols., 2006, Farrell, 2009, García Sánchez, 2003, 2005, Giné, Vilaseca, Gràcia & García-Dié, 2004, Iversen, Shimmel, Ciacara & Prabhakar, 2003, Turnbull, Summers, Turnbull & cols., 2007), supone la implicación activa, en las propuestas a desarrollar, tanto del niño, como de sus padres y cuidadores (Björck-Akesson & Granlund, 2003, Kaiser & Hancock, 2003, Rush, Shelden & Hanft, 2003). Así, las relaciones tutoriales que ha de mantener el terapeuta de Atención Temprana abarcarán la intervención directa con el niño, con su familia, con terapeutas de su propio centro y al menos con profesionales de Centros educativos (Escuelas Infantiles y Centros escolares) con los que tenga que establecer comunicación al ser también, dichos centros, entornos naturales del niño especialmente importantes desde un punto de vista educativo, terapéutico y rehabilitador (García Sánchez, 2002c, 2003, García Sánchez, Herrero, Rico, Hernández Villena & Martínez Segura, 2003, Mendieta & García Sánchez, 1998).

En el ámbito de la Atención Temprana, las actuaciones de tutoría, que deben entenderse como claves para una práctica profesional de calidad, suponen poner en marcha diferentes principios básicos de esta disciplina aplicada. Entre dichos principios podemos mencionar los de diálogo, participación e integración, así como el de coordinación. Todos los cuales deberán articularse atendiendo a diferentes niveles de requerimientos en la Acción Tutorial como los de información, consulta, mediación y formación. Aún así, las iniciativas explícitas de Acción Tutorial (términos como mentoring o guidance, en inglés) se producen de forma aislada y no siempre estructurada, relacionadas, por ejemplo, a figuras como el terapeuta-tutor (Castellanos, García Sánchez, Mendieta, Gómez López & Rico, 2003, García Sánchez, 2002b) o a propuestas prácticas concretas de trabajo en entornos naturales (Perpiñan, 2003a, 2003b, 2009). Sin embargo la idea aparece en nuestro Libro Blanco de la AT (GAT, 2000), texto publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad (dependiente del Ministerio de Sanidad y Política Social), que ha sido y sigue siendo uno de los principales referentes en el desarrollo de la disciplina en nuestro país. En él encontramos la denominación de “profesional de referencia”, para referirse al profesional de Atención Temprana que realiza el seguimiento y coordinación del niño y familia atendidos, con los contextos educativo y social circundantes. Funciones que forman parte, como ya hemos expuesto, del concepto de Acción Tutorial.

Recientemente, nuestro propio grupo de investigación, ha obtenido algunas conclusiones sobre prácticas de Acción Tutorial en Atención Temprana a través del desarrollo y análisis de grupos focales de terapeutas de Atención Temprana, familias y educadores de Escuelas Infantiles (resultados aún no publicados y apenas esbozados en algunas comunicaciones científicas como Castellanos, Mendieta, Rico & García Sánchez, 2008, García Sánchez, Sánchez López, Escorzia & Castellanos, 2012, Vicente Salar, Gomariz Vicente & García Sánchez, 2011). En estos grupos focales se desarrollaron discusiones sobre el ejercicio de una Acción Tutorial en Atención Temprana o sobre el desarrollo de actuaciones desde Atención Temprana encaminadas al conocimiento de las necesidades reales de las familias y a fortalecer la adhesión de las familias a las recomendaciones educativas y terapéuticas recibidas desde los terapeutas. Los resultados obtenidos nos han permitido concluir que el concepto de Acción Tutorial no está asumido como tal en Atención Temprana (al entenderlo exclusivamente como una acción educativa). Así mismo, nos han permitido delimitar un conjunto de actuaciones de Acción Tutorial que se vienen realizando en Atención Temprana, así como algunas de sus limitaciones y lagunas. Toda esta información ha sido tenida en cuenta a la hora de elaborar el presente Programa de Formación.

Todos estos esfuerzos de Acción Tutorial realizados desde Atención Temprana, dirigidos a las familias y a profesionales de Escuelas Infantiles, de alguna forma se están ya realizando. Pero esa realización suele llevarse a cabo de manera espontánea, no sistematizada y nunca bajo el amparo de un programa específico de Acción Tutorial diseñado con inclusión de un sistema de evaluación de sus resultados. Precisamente por ello, hasta ahora no disponemos de resultados que valoren la eficacia de la actuación formativa, informativa y orientativa espontánea incluida en la Acción Tutorial personalizada y no regulada que pueda haberse llevado a cabo. Este Programa de Formación, diseñado a partir de este análisis o evaluación de necesidades, está pensado para promover competencias profesionales que han de adquirir los Terapeutas de Atención Temprana, con el fin de incentivar y mejorar las estrategias que puedan resultar útiles para el desempeño de su actividad tutorial.

Estudio previo de necesidades de formación

La aplicación del concepto de Acción Tutorial al campo de la Atención Temprana resulta novedoso dentro y fuera de nuestro país. Por ello, no se cuenta con bibliografía específica sobre las necesidades de formación de los profesionales de Atención Temprana para el ejercicio de una Acción Tutorial que, como tal, no está reglada. No obstante, como ya hemos apuntado, encontramos referencias a actuaciones en Atención Temprana, que se pueden englobar bajo el paraguas de la

Acción Tutorial, tanto en sus documentos básicos de referencia (GAT, 2000, 2005, 2011), como en publicaciones relacionadas con el desarrollo de funciones específicas de tutoría por los terapeutas de Atención Temprana (Castellanos & cols., 2003), con la guía y orientación para la generación de entornos competentes para el desarrollo infantil (Perpiñan, 2003a, 2003b, 2009) o con la preocupación por la adherencia del cuidador primario a las recomendaciones y orientaciones del terapeuta de Atención Temprana que aparecen sobre todo en modelos de intervención centrados en la familia (Dunts, 2005; Trivette, 2005).

Dada esta ausencia de literatura específica sobre Acción Tutorial en Atención Temprana, recientemente, nuestro propio grupo de investigación, ha obtenido algunas conclusiones sobre prácticas de Acción Tutorial en la disciplina de Atención Temprana a través del desarrollo y análisis de 5 Grupos Focales de discusión en los que han participado terapeutas de Atención Temprana, familias y educadores de Escuelas Infantiles (resultados aún no publicados completamente, pero esbozados ya en algunas comunicaciones científicas como Castellanos, Mendieta, Rico & García Sánchez, 2008; García Sánchez, Sánchez López, Escorzia & Castellanos, 2012; Vicente Salar, Gomariz Vicente & García Sánchez, 2011).

Tres de estos Grupos Focales, desarrollados en Murcia y en los que participaron 9 terapeutas de Atención Temprana (pertenecientes a 8 CDIATs de la Región), 10 educadores de Escuelas Infantiles (pertenecientes a 8 Escuelas Infantiles) y 14 cuidadores primarios (pertenecientes a 8 unidades familiares), centraron sus discusiones en el ejercicio de una Acción Tutorial en Atención Temprana y sus problemáticas específicas. Los otros dos Grupos Focales, desarrollados en Valencia y en los que participaron respectivamente 16 profesionales de otros tantos CDIATs de esa Comunidad Autónoma y 12 cuidadores primarios, centraron su discusión sobre el desarrollo de actuaciones desde Atención Temprana encaminadas a fortalecer la adhesión de las familias a las orientaciones y recomendaciones educativas y terapéuticas recibidas desde los terapeutas de Atención Temprana.

Los resultados obtenidos han sido tenidos en cuenta para delimitar un conjunto de actuaciones de Acción Tutorial que se vienen realizando en Atención Temprana, aproximar una primera valoración de la intensidad de esas actuaciones, así como identificar algunas de sus limitaciones y lagunas. Toda esta información ha sido oportunamente tenida en cuenta a la hora de elaborar el presente Programa de Formación.

Objetivos del programa de formación

Los objetivos generales de este programa base de intervención para incentivar y mejorar las actuaciones de Acción Tutorial de los profesionales de Atención Temprana del CDIAT de ASTRAPACE se especifican en tres niveles:

1. Nivel conceptual: Facilitar al terapeuta de Atención Temprana hechos, conceptos y sistemas conceptuales que le permitan adquirir el lenguaje y los conocimientos teóricos y metodológicos propios de la acción tutorial.
2. Nivel procedimental: Formar y desarrollar en los terapeutas de Atención Temprana habilidades, estrategias y técnicas para mejorar su capacidad de emprender adecuadamente sus prácticas tutoriales.
3. Nivel actitudinal: Fomentar en los terapeutas de Atención Temprana actitudes, valores y normas favorables hacia la acción tutorial, haciendo ver que su buena práctica facilita y mejora la calidad de los procesos de intervención, rehabilitación y de enseñanza-aprendizaje.

Estos objetivos se concretan en que los profesionales a los que va dirigido el Programa de Formación desarrollen:

- Capacidad para identificar actuaciones de Acción Tutorial en la práctica profesional de la Atención Temprana. Para ello se tendrá en cuenta:
 - Dar a conocer a los Terapeutas de Atención Temprana el concepto de Acción Tutorial desde una perspectiva amplia (no exclusivamente escolar).
 - Delimitar actuaciones típicas del campo de trabajo de la Atención Temprana que entran en el concepto de Acción Tutorial.
 - Concienciar a los Terapeutas de Atención Temprana del volumen de actuaciones de Acción Tutorial que, de forma espontánea o planificada, se vienen desarrollando en su quehacer profesional diario.
- Capacidad para seleccionar estrategias y herramientas de Acción Tutorial que se ajusten a las necesidades y posibilidades de cada cliente del servicio de Atención Temprana. Para ello se tendrá en cuenta:
 - Presentar e identificar estrategias de Acción Tutorial aplicables al campo de la Atención Temprana.
- Comprender la necesidad y finalidad del trabajo en equipo en Atención Temprana para el ejercicio de una adecuada Acción Tutorial.

Contenidos

La formulación de una propuesta de contenidos para este Programa de Formación no es, ni pretendemos que sea, una estructura cerrada. Muy al contrario, la acción formativa que pretendemos, que se inicia con unas actuaciones encaminadas a que los propios profesionales identifiquen sus actuaciones cotidianas de Acción Tutorial (a través de la planificación de registros de dichas actuaciones), ha de ser flexible para adaptarse a las demandas que los propios terapeutas vayan planteando conforme vayan interiorizando el concepto de Acción Tutorial y lo que ello supone. No obstante, a continuación planteamos una propuesta de contenidos para las sesiones presenciales a desarrollar dentro del Seminario de Formación. Dicha propuesta de contenidos se irá concretando y adaptando a las necesidades manifestadas y evidenciadas en el propio desarrollo de la acción formativa y a través de las distintas evaluaciones iniciales y sumativas que se tienen previstas.

Primera sesión presencial del Seminario de Formación

- Presentación al grupo.
- Exposición de resultados de los Grupos Focales realizados.
- Delimitación conceptual sobre Acción Tutorial y elementos que incluyen esta práctica educativa y de intervención.
- Planteamiento de núcleos temáticos de formación en relación al niño, la familia, terapeutas del propio CDIAT y otros profesionales externos.
 - Cualidades del terapeuta para el ejercicio de una adecuada Acción Tutorial de calidad.
 - Estrategias y herramientas para llevar a cabo esa Acción Tutorial.
 - Estrategias y herramientas para fomentar la adhesión a las orientaciones profesionales por parte de los familiares.
 - Importancia del trabajo en equipo para el ejercicio de la Acción Tutorial en Atención Temprana.

Al principio y final de la sesión se aplicarán los correspondientes Cuestionarios de Evaluación Inicial y Final (sumativa).

Segunda sesión presencial del Seminario de Formación

- Delimitación y desarrollo de los núcleos temáticos de formación en relación al ejercicio de acción tutorial del terapeuta de Atención Temprana sobre el niño y su familia y la coordinación con otros terapeutas de Atención Temprana de su equipo interdisciplinar.

Al principio y final de la sesión se aplicarán los correspondientes Cuestionarios de Evaluación Inicial y Final (sumativa).

Tercera sesión presencial del Seminario de Formación

- Delimitación y desarrollo de los núcleos temáticos de formación en relación al ejercicio de acción tutorial del terapeuta de Atención Temprana sobre la coordinación con profesionales externos al centro: orientadores de EOEPs, educadores de Escuelas Infantiles, maestros y tutores de Centros Escolares, profesionales de la Sanidad, etc.

Al principio y final de la sesión se aplicarán los correspondientes Cuestionarios de Evaluación Inicial y Final (sumativa).

Finalizado el Seminario de Formación, propiamente dicho, y una vez puesto en marcha el Programa de Acción Tutorial, se desarrollarán tres Sesiones de Seguimiento y Formación. Los contenidos de estas sesiones están abiertos a la incorporación de las temáticas que se detecten necesarias, en los sistemas de evaluación previstos, para asegurar el avance y éxito del Programa de Acción Tutorial. No obstante, en la primera de estas sesiones de Seguimiento y Formación se aportarán datos de los registros actuaciones de acción tutorial disponibles hasta ese momento, así como los resultados de la evaluación de las tres sesiones del Seminario de Formación.

Metodología docente

En las sesiones presenciales se utilizarán distintas metodologías docentes.

Al comienzo de cada Unidad o contenido se llevará a cabo una evaluación inicial de la misma para comprobar los conocimientos previos de los profesionales en materia de Acción Tutorial. Se seguirá con una exposición de los contenidos teóricos referidos a esa Unidad/contenido, otorgando en todo momento una participación activa a los destinatarios

La primera parte de las sesiones consistirán en una metodología expositiva que se utilizará para introducir y explicar los tópicos principales del programa de formación. En ellas se utilizará una forma de clase magistral participativa, en donde se intercalará la transmisión de información por exposición oral con apoyo de TICs, con el planteamiento de preguntas o situaciones problemáticas sobre el tema que se esté trabajando, la orientación de búsqueda de información, la potenciación del debate individual o en grupo, etc. El resto de las sesiones se desarrollará en forma de seminario de trabajo activo, tomando protagonismo la participación de los diferentes profesionales implicados.

El programa de la acción formativa será entregada a los destinatarios antes de empezar el acto formativo. El profesorado implicado preparará y facilitará materiales específicos para los diferentes contenidos y sesiones formativas a realizar. Junto a todo ello, se presenta una amplia lista bibliográfica y se asume el compromiso de facilitar a los destinatarios cualquiera de los textos (artículos, capítulos o monografías) de esa lista que les resulte de interés.

Sistema de evaluación

En cuanto a la evaluación del Plan de Formación, cada sesión presencial será objeto de una evaluación inicial, formativa y sumativa.

Asimismo, antes de aplicar el programa, se llevará a cabo una evaluación inicial del mismo, con el fin de conocer aspectos relacionados con el punto de partida de dicho programa y proporcionar criterios racionales sobre la conveniencia o no de llevarlo a cabo, e información acerca de su utilidad, viabilidad, coherencia y evaluabilidad del programa.

Durante la aplicación del programa, se realizará una evaluación formativa del mismo, con el fin de establecer mejoras en su desarrollo. Al final de cada sesión recogeremos información y tomaremos decisiones acerca de la adecuación de los elementos del programa a los destinatarios del mismo, de su cobertura, de los resultados parciales obtenidos, de los efectos no programados y del clima social generado durante la implementación del programa. Las evaluaciones llevadas a cabo permitirán ir realizando ajustes en nuestros procesos de enseñanza y en el programa en sí mismo.

Concluida la aplicación del programa, se llevará a cabo una valoración de sus resultados, para ello, se realizará una evaluación sumativa del programa de formación, cuya finalidad es proporcionar evidencias objetivas sistemáticas y completas acerca del grado en que dicho programa ha conseguido mejorar (a corto, medio y largo plazo) las prácticas tutoriales de los profesionales de Atención Temprana. Para ello recogeremos información acerca de la eficacia e impacto del programa y tomaremos decisiones respecto a posibles modificaciones del mismo para futuras aplicaciones.

El ciclo de intervención educativa/formativa en el que se integra este Programa de Formación culmina con la metaevaluación del programa. Para ello recogeremos información acerca de la utilidad y precisión de la evaluación emprendida.

Bibliografía para la formación

Como elementos claves para la acción formativa se utilizarán materiales específicos preparados por el profesorado encargado de dicha acción formativa. Igualmente, este Programa será entregado a los participantes en el Seminario de Formación antes de su inicio. Además de ello, a continuación se especifican algunas referencias concretas sobre tutoría y acción tutorial.

- Álvarez, M. (1996). Aproximación al concepto de orientación y tutoría. En M. Álvarez y R. Bisquerra (Coords.). *Manual de Orientación y tutoría* (pag. 25). Barcelona: Praxis.
- Álvarez, M. (2006). Planificación y organización de la acción tutorial: PAT. En M. Álvarez (Dir.). *La acción tutorial: su concepción y su práctica* (pp. 27-80). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Arnáiz, P. & Isús, S. (1995). *La tutoría, organización y tareas*. Colección Biblioteca de aula. Barcelona. Editorial Graó.
- Bisquerra, R. (2006). Tutoría y desarrollo personal. En M. Álvarez (Dir.). *La acción tutorial: su concepción y su práctica* (pp. 81-105). Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia
- 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*. Madrid: Narcea.
- Rodríguez Moreno, M.L. (1998). *Orientación educativa*. Barcelona: Ceac.
- Santana, L. (2009). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica: cambian los tiempos, cambian las responsabilidades profesionales*. Madrid: Pirámide.

Referencias bibliográficas utilizadas en el Programa

- Álvarez, M. (Dir.) (2006). *La acción tutorial: su concepción y su práctica*. Madrid: Instituto Superior de Formación del Profesorado. Ministerio de Educación y Ciencia (Colección Conocimiento Educativo, serie Aula Permanente).
- Bailey, D.B., Bruder, M.B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., Kahn, L., Mallik, S., Markowitz, J., Spiker, D., Walker, D. & Barton, L. (2006). Recommended Outcomes for Families of Young Children with Disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28, 227-251.

- Björck-Akesson, E. y Granlund, M. (2003). Creating a team around the child through professionals' continuing education. En S.L. Odom, M.J. Hanson, J.A. Blackman y S. Kaul (Eds.). *Early intervention practices around the world* (pp. 171-189). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Cano, R. (2008). "Modelo organizativo para la planificación y desarrollo de la Tutoría Universitaria en el marco de proceso de convergencia europea en Educación Superior"; En Cano González, R. (Coord.): "La tutoría universitaria en el marco de la convergencia". *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, vol. 22(1), 185-206. Zaragoza.
- Castellanos, P., García Sánchez, F.A., Mendieta, P., Gómez López, L. y Rico, M.D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del Terapeuta-tutor del niño con necesidades de Atención Temprana. *Siglo Cero*, 34, 5-18.
- Castellanos, P., Mendieta, P., Rico, M.D. y 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, S., Torres, J.A. y Polanco, L. (2009). *Tutoría en la enseñanza, la universidad y la empresa. Formación y práctica*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Coriat, M. y Sanz, R. (2005). *Orientación y tutoría universitaria*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Dunst, C.J. (2005). Mapping the adoption, application, and adherence to family support principles. *Practical Evaluation Reports*, 1 (2), 1-7
- Farrell, A.F. (2009). Validating Family-Centeredness in Early Intervention Evaluation Reports. *Infants and Young Children*, 22, 238-252.
- García Sánchez, F.A. (2002a). Investigación en Atención Temprana. *Revista de Neurología Clínica*, 34, Suppl. 1, 151-155.
- García Sánchez, F.A. (2002b). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un Modelo Integral de Intervención. *Bordón*, 54 (1), 39-52.
- García Sánchez, F.A. (2002c). Reflexiones sobre el futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención. *Siglo Cero*, 32 (2), 5-14.
- García Sánchez, F.A. (2003) Prevención primaria y calidad estimular. Ponencia invitada presentada dentro de la mesa redonda "Universalización de la prevención primaria del desarrollo infantil desde programas psicoeducativos y sanitarios" en las *XIII Jornadas Interdisciplinarias sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias*. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid. 19 a 21 de noviembre. Disponible on-line en (12-07-2008): http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xiiiijorp/xiii_Garcia.pdf
- García Sánchez, F.A. (2005). Líneas de investigación en Atención Temprana. En M.G. Millán y F. Mulas (Coords.). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, trastornos e intervención* (pp.). Madrid: Promolibro
- García Sánchez, F.A., Castellanos, P. y Mendieta, P. (1998). Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral. *Revista de Atención Temprana*, 1(2), 57-62.
- García Sánchez, F.A., Herrero, J.M., Rico, M.D., Hernández Villena, M.J. y Martínez Segura, M.J. (2003). Atención específica a la diversidad desde las Escuelas Infantiles de la Región de Murcia: Unidades de Escolarización para niños con muy grave afectación. *Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç*, 21-22, 7-27.

- García Sánchez, F.A., Sánchez López, M.C., Escorzia, C.T. y 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, en prensa.
- Giné, C., Vilaseca, R., Gràcia, M. y García-Dié, M.T. (2004). Early Intervention in Spain: Some Directions for Future Development. *Infants and Young Children*, 17, 247-257.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2011). *La primera noticia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Gutiez, P. (2003). La intervención temprana. Ámbitos de actuación: educación, escuela infantil. *Minusval*, Marzo, 58-62.
- Gutiez, P. (2005). Conceptualización. En P. Gutiez (Coord.) *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Editorial Complutense (pp. 3-64).
- Iversen, M.D., Shimmel, J.P., Ciacara, S.L. y Prabhakar, M. (2003). Creating a Family-Centered Approach to Early Intervention Services: Perceptions of Parents and Professionals. *Pediatric Physical Therapy*, 15, 23-31.
- Kaiser, A.P. y Hancock, T.B. (2003). Teaching parents new skills to support their young children's development. *Infants and Young Children*, 16, 9-21.
- L.O.E. (2006). *Ley Orgánica de Educación*. BOE de 4 de mayo de 2006
- Méndez, L. (2002). *La tutoría en educación infantil*. Madrid: Cisspraxis.
- Mendieta, P. y García Sánchez, F.A. (1998). Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, 29 (4), 11-22.
- Perpiñán, S. (2003a). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de Atención Temprana: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, 6 (1), 11-17.
- Perpiñán, S. (2003b). La intervención con familias en los programas de Atención Temprana. En Candel, I. (Dir.) (2003). *Atención temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: FEISD (Cap. 5).
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- Rodríguez Espinar, S. (2002). La Orientación y la función tutorial, factores de la calidad de la educación. En CES (Ed.) *Los educadores en la sociedad del s. XXI*. Madrid: MEC-Consejo Escolar del Estado, pp. 89-160.
- Rodríguez Espinar, S. (2004). *Manual de tutoría universitaria: Recursos para la acción*. Barcelona: Octaedro.
- Rush, D., Shelden, M.L. y Hanft, B.E. (2003). Coaching families and colleagues: a process for collaboration in natural settings. *Infants and Young Children*, 16, 33-47.
- Santana, L. (2009) (3ª ed.). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica. Cambian los tiempos, cambian las responsabilidades profesionales*. Madrid: Pirámide.
- Trivette, C. M. (2005). Effectiveness of guided design learning strategy on the acquisition of adult problem solving skills. *Bridges*, 3 (1), 1-18.

Programa de Formación en Acción Tutorial para terapeutas de Atención Temprana



Turnbull, A.P., Summers, J.A., Turnbull, R., Brotherson, M.J., Winton, P., Roberts, R., Snyder, P., McWilliam, R., Chandler, L., Schrandt, S., Stowe, M., Bruder, M.B., Divenere, N., Epley, P., Hornback, M., Huff, B., Miksch, P., Mitchell, L., Sharp, L., and Stroup-Rentier, V. (2007). Family Supports and Services in Early Intervention: A Bold Vision. *Journal of Early Intervention*, 29, 187-206.

Vicente Salar, R., Gomariz Vicente, M.A. y García Sánchez, F.A. (2011). ¿Acción tutorial en Atención Temprana?. Un proyecto para su análisis. Comunicación oral. *XV Jornadas Regionales de Atención Temprana*. Jumilla (Murcia), 30 de Septiembre.

ANEXO 10

Carta enviada a expertos



Murcia, 7 de Mayo de 2012

Estimado compañero:

Desde el Grupo de Investigación “Educación, Diversidad y Calidad” de nuestra Universidad, dentro de nuestra línea de investigación en Atención Temprana, estamos desarrollando un Proyecto de Investigación I+D sobre *Análisis, diseño, implementación y evaluación de propuestas de mejora para el ejercicio de la acción tutorial en Atención Temprana*.

Como parte de este proyecto, hemos diseñado un Programa de Formación en Acción Tutorial, dirigido a profesionales que desarrollan su labor dentro de esta disciplina y que pondremos en marcha en unos días, en el CDIAT de ASTRAPACE en Murcia.

Con motivo de ello, nos ponemos en contacto contigo para solicitarte tu colaboración. Dicha colaboración consistiría, simplemente, en hacer una primera evaluación del Programa de Formación. Con tal fin te adjuntamos el proyecto de Programa de Formación junto con un breve cuestionario que te rogamos cumplimentes y nos devuelvas a la mayor brevedad posible.

Sin más, un cordial saludo y nuestro más sincero agradecimiento de antemano por tu interés y colaboración.

Fdo. Francisco Alberto García Sánchez
Catedrático de Biopatología de la Discapacidad
y necesidades de Atención Temprana