

## Cuestionario de estilos de interacción entre padres y profesionales en atención temprana: validez de contenido

Claudia Tatiana Escorcía-Mora<sup>1</sup>, Francisco Alberto García-Sánchez\*<sup>2</sup>, María Cristina Sánchez-López<sup>2</sup> y Encarnación Hernández-Pérez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad. Dpto. de Psicología y NEE. Universidad Católica de Valencia (España)

<sup>2</sup>Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad. Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia (España).

**Resumen:** En un momento en el que, la Atención Temprana en España, está empezando a interesarse por el enfoque centrado en la familia, presentamos el Cuestionario de Estilos de Interacción entre Padres y Profesionales en Atención Temprana (EIPPAT). Un instrumento que permite identificar el grado de implementación de diferentes actuaciones, prácticas y estilos de interacción llevadas a cabo por el profesional de Atención Temprana para orientar a las familias (prácticas relacionales y participativas). El trabajo presenta los ítems del EIPPAT, en sus versiones para profesionales y cuidadores principales del niño. Previo a ello, detalla los esfuerzos realizados para asegurar su validez de contenido: dos grupos focales de discusión (conformados por 15 profesionales y 11 padres/madres), que posibilitasen la construcción inicial del instrumento; un juicio de expertos sistematizado (11 profesionales y 5 madres); y una aplicación del EIPPAT, para la valoración de la importancia otorgada a sus ítems, por un grupo de 41 profesionales en ejercicio. Los resultados evidencian que el procedimiento seguido para la elaboración del instrumento cubre sus objetivos, disponiendo de un cuestionario altamente valorado por los profesionales en las dimensiones que evalúa.

**Palabras clave:** Atención Temprana; familia; servicio centrado en la familia; relación padres-profesionales

**Title:** Styles Questionnaire of Interaction between Parents and Practitioners in Early Intervention: content validity.

**Abstract:** Nowadays, Early Childhood Intervention in Spain is taking interest in a family-centred approach. In this context, we present the Styles Questionnaire of Interaction between Parents and Practitioners in Early Intervention –known as SIPPEI (EIPPAT). This is a tool to identify actions, practices and interaction styles conducted by the practitioner to guide families (participative and relational practices). This paper shows the items set of the aforementioned Questionnaire –versions for practitioners and caregivers. Formerly, we detailed the hard work and effort invested to ensure content validity, as we had two focus group –consisting of 15 professionals and 11 parents) and a systematized expert judgment by 11 professionals and 5 mothers. Subsequently, an implementation of the questionnaire was developed by a group of 41 practitioners in order to assess the importance given to the items. The results show that the procedure followed to create the questionnaire accomplishes the main objectives. Thus, we got a questionnaire highly regarded by professionals in this area.

**Key words:** Early Childhood Intervention; family; family-centred services; parents-professionals relationship.

### Introducción

La Atención Temprana es una disciplina con apenas cinco décadas de historia en su recorrido. Existe consenso en ubicar sus orígenes en los años 60 en Estados Unidos (Bailey, Ayth, Odom, Symons & Wolery, 1999; Millá, 2005; Ramey & Ramey, 1998; Shonkoff & Meisels, 1990). Por ello, es lógico, que vivamos cambios que buscan mejorar las prácticas en la disciplina, ajustándolas a las necesidades que se van constatando en los diferentes agentes implicados y a la evidencia empírica que se va acumulando (Dunst, Trivette & Hamby, 2007).

Desde los años 90 en Estados Unidos (Odom & Wolery, 2003) y algo después en Europa, se ha ido viviendo, a nivel internacional, un progresivo acercamiento de la práctica a un enfoque centrado en la familia (Espe-Sherwindt, 2008; Dunst, 2000; Soriano & Kyriazopoulou, 2010). Dicho enfoque promueve cambios en los roles a desempeñar por el profesional y por la familia, en la forma de utilizar los conocimientos profesionales y en la manera de plantear, a la familia, las decisiones sobre los objetivos a conseguir con la intervención (Dunst, Johanson, Trivette & Hamby, 1991; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez, Escorcía-Mora, Sánchez-López, Orcajada & Hernández-Pérez, 2014). En el enfoque centrado en la familia, los profesionales consideran a las familias como socios iguales y colaboradores necesarios, en la tarea de conseguir apoyar y po-

tenciar el desarrollo del niño. La intervención, siempre individualizada, es flexible y sensible a las necesidades de cada niño, pero también a las de su familia. La identificación de esas necesidades, por tanto, no las realiza el profesional, y menos de forma unilateral, sino siempre desde la familia, con su colaboración e implicación. La intervención del profesional, por su parte, se centra en fortalecer y apoyar el funcionamiento familiar. Especialmente en lo que se refiere a desarrollar, en la familia, las competencias que les lleve a generar oportunidades de aprendizaje para el niño, las cuales estén contextualmente mediadas. Y cuidando siempre que las familias no crean que su tarea es reproducir, en casa, prácticas de intervención terapéutica que puedan haber visto en un profesional. Para conseguir estos objetivos y la necesaria implicación, motivación y adhesión de la familia, el profesional se preocupa, constantemente, de que las familias sean las que vayan tomando decisiones, dentro de una estrategia planificada para potenciar su competencia, su adhesión y su compromiso con el proyecto de actuaciones a realizar.

Es fácil entender que la atención de las necesidades de la familia, requiere de un trabajo especializado por parte del profesional de Atención Temprana. Este profesional habrá de estar dotado, entre otras competencias, de un amplio conocimiento para comprender los procesos de dinámica personal y familiar y un talante personal que facilite motivar a la familia y potencie el seguimiento de las orientaciones facilitadas. Así mismo, el profesional de Atención Temprana deberá conocer estrategias de transmisión de información que le ayuden en sus propósitos (Knoche, Kuhn & Eum, 2013). Nos hallamos pues, ante la necesidad de una nueva profundización en la profesionalización de la actuación desempeñada por los profesionales en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIATs).

**\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Francisco Alberto García-Sánchez. Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad. Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. 30100, Murcia (Spain). E-mail: [fags@um.es](mailto:fags@um.es)

En nuestro país, por lo menos hasta fechas muy recientes, la realidad de las prácticas desarrolladas se ha mantenido mayoritariamente ajena a este enfoque centrado en la familia. Cuando, en los años 80, se inicia en España la generalización de la Atención Temprana, a nivel internacional aún se estaba cuestionando la efectividad de los modelos de familia-terapeuta, que estaban demostrando su poca eficacia al sacrificar los padres, sus roles naturales, a cambio de una transformación en pseudo-terapeutas (Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014). Posiblemente este hecho llevó a la instauración en España de un modelo modificado de terapeuta-experto con cierta orientación a la familia.

Es cierto que, en España, el Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2000), documentos posteriores de la Federación Estatal de Profesionales de Atención Temprana (GAT, 2005) y textos de diferentes autores (De Linares & Rodríguez, 2005; Diez-Martínez, 2008; Perpiñán, 2009; Mendieta, 2005; Castellanos, García-Sánchez, Mendieta & Gómez-Rico, 2003; García-Sánchez, 2002a, 2002b, 2003), siempre han hablado de la necesidad de implicar a la familia, trabajar con ella y en los entornos naturales del niño. A pesar de ello diversos autores han señalado la necesidad de seguir evolucionando hacia una mayor implicación activa de la familia en Atención Temprana (Giné et al., 2006; García-Sánchez et al., 2014; Gutiez, 2010). Y es que ahí es donde radica una de las grandes diferencias del enfoque centrado en la familia frente a otros enfoques.

Como han señalado diferentes autores (Dempsey & Dunst, 2004; Dunst, Boyd, Trivette & Hamby, 2002; Dunst, Trivette & Hamby, 2007; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014), en el desarrollo de la Atención Temprana caben dos tipos de prácticas que debe implementar el profesional hacia la familia: “prácticas relacionales” y “prácticas participativas”. Las primeras se refieren a las dinámicas de relaciones interpersonales que el profesional utiliza con el cuidador principal y otros familiares. Hablamos de prácticas relacionales al referirnos a si hay un trato de mayor o menor cordialidad, escucha activa, empatía, sinceridad y al referirnos a la visión de los padres desde una perspectiva positiva. Son prácticas necesarias para construir relaciones efectivas con las familias y fomentar alianzas de trabajo. Las segundas, denominadas prácticas participativas, están orientadas a la acción, al control y la forma de compartir. Y es en ellas donde varían unos enfoques y modelos de Atención Temprana de otros. En concreto, dentro del enfoque centrado en la familia que actualmente se quiere potenciar, las prácticas participativas deben llevar a que los profesionales animen a las familias a hacer, a tomar decisiones plenamente informadas, a fomentar sus capacidades y desarrollar nuevas habilidades.

Promover el necesario cambio que se nos demanda, tanto desde la European Association on Early Childhood Intervention (EURLY AID), como desde la European Agency for Development in Special Needs Education (Pretis, 2010; Soriano, 2000; Soriano & Kyriazopoulou, 2010), debería hacerse en base a la evidencia, por lo que sería crucial, en la actualidad, disponer de herramientas para conocer las prácticas que se realizan y valorar las habilidades con las que cuentan los profesionales de Atención Temprana en sus interacciones con la familia. En el ámbito educativo y de las ciencias sociales, generalmente se recurre para estos fines al empleo de la encuesta. A ello contribuye el que sea una herramienta con alta aplicabilidad a múltiples

problemáticas de investigación, que posibilita la recopilación de información diversa acerca de un elevado número de variables (Martín, 2010) y su traducción a variables empíricas, acerca de las que se desea recabar datos (en nuestro caso, actuaciones realizadas para dar orientaciones, dificultades para seguirlas, estilo personal al comunicar, etc.), en preguntas concretas, generadoras de respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas (Casas, Repullo & Donado, 2003).

El objetivo de este trabajo es presentar el cuestionario de Estilos de Interacción entre padres y profesionales en Atención Temprana (EIPPAT), expresamente diseñado para evaluar cómo se llevan a cabo las interacciones entre profesionales y cuidadores principales, y el grado de implementación de prácticas relacionales y participativas en Atención Temprana; así como el procedimiento seguido para asegurar su validez de contenido.

## Método

### Participantes

A lo largo del trabajo se han utilizado tres grupos de participantes, necesarios para el desarrollo de unos grupos focales de discusión, un proceso de juicio de expertos y la valoración, por profesionales, de la importancia otorgada a los ítems del cuestionario.

#### *Grupos Focales*

Se organizaron dos grupos focales de discusión, para la delimitación inicial de los constructos a trabajar y conseguir una primera redacción de posibles ítems a incluir en el cuestionario. El primero estuvo constituido por profesionales de Atención Temprana y, el segundo, por padres y madres, cuidadores principales de niños con necesidades de Atención Temprana.

El grupo focal de profesionales contó con 15 participantes, todas mujeres, de las cuales 5 tenían la doble titulación de Psicología y Logopedia, otras 5 eran Logopedas, 2 Pedagogas (una de ellas también con la titulación de Logopedia), 2 Terapeutas Ocupacionales y 1 Maestra de Educación Especial. Todos trabajadores de CDIATs de la Comunidad Valenciana: 11 profesionales de la provincia de Valencia y 4 de la de Castellón. Estas profesionales trabajaban en 4 centros municipales, 3 dependientes de asociaciones de padres, 1 dependiente de Sanidad y 2 de otras instituciones. Sus edades estaban comprendidas entre los 26 y los 56 años, concentrándose el 62% de las profesionales en la franja de edad comprendida entre los 30 y 45 años. La experiencia profesional en Atención Temprana iba de 3 a 25 años, con una media de 8.6 años (dt: 6.11).

En el grupo focal de familias, participaron 13 progenitores (5 padres y 8 madres), cuyos niños recibían Atención Temprana en las provincias de Castellón (4 familiares) y Valencia (9 familiares), y en los mismos CDIATs de los que procedía la muestra de profesionales, con quienes se contó para la constitución de este grupo focal. A través de los profesionales, se llevó a cabo un muestreo intencional, no probabilístico, para la selección de padres que, de manera voluntaria e informada, desearan participar en el estudio y cumpliesen los siguientes criterios:

- a) Ser cuidador principal de un niño con necesidades de Atención Temprana.
- b) Haber iniciado la intervención al menos 3 meses antes.
- c) No padecer una enfermedad física o psíquica que le impida la participación o asistencia al grupo focal.
- d) Tener capacidad para comunicarse en castellano o valenciano.

También se solicitó que se tuviera en cuenta que los niños presentaran necesidades de atención/intervención por trastornos o dificultades en la comunicación y el lenguaje. Se planteó así entendiendo que la presencia de este tipo de problemática lleva necesariamente a incluir en la intervención orientaciones a la familia para su colaboración en el desarrollo de las capacidades de comunicación y lenguaje del niño. Con todo, los niños de las familias participantes presentaban una amplia variedad de problemáticas: Autismo / Trastorno Generalizado del Desarrollo (4 casos), Parálisis Cerebral (2 casos), Síndrome de Down (2 casos), Síndrome de DiGeorge (1 caso) y Síndrome de Angelman (1 caso).

#### *Juicio de expertos*

Para llevar a cabo el juicio de expertos, al que fueron sometidos los ítems iniciales de los cuestionarios creados, contamos con un colectivo de 16 informantes: 11 profesionales y 5 madres de niños con necesidades de Atención Temprana.

De entre los 11 profesionales participantes en el juicio de expertos, 6 respondían al perfil de psicólogos en ejercicio en el ámbito de la Atención Temprana, contando cada uno de ellos con una experiencia laboral superior a los 23 años. Los 5 restantes, eran pedagogos especializados en el campo de la orienta-

ción, conocedores de la Atención Temprana, implicados en tareas de investigación en este área y con una experiencia profesional en torno a los 22 años.

Las 5 madres que actuaron como expertos fueron seleccionadas a través de un muestreo intencional no probabilístico, con la colaboración de los responsables de dos servicios de Atención Temprana, quienes se encargaron de hacerles llegar el instrumento de evaluación y recogerlo una vez cumplimentado. Estas madres tenían edades entre los 33 y 38 años (media= 35,4 años), Titulación Superior en cuatro de los casos y Formación Profesional en el quinto. Todas ellas habían mostrado implicación activa en los programas de Atención Temprana de sus hijos y los profesionales de Atención Temprana responsables de sus servicios entendían que tenían capacidad para enjuiciar el instrumento. Sus niños empezaron a ser atendidos en Atención Temprana desde el nacimiento (3 casos), desde los 10 meses de edad (1 caso) y con 20 meses (1 caso), habiendo permanecido en el servicio entre 2 y 6 años (media 4.2 años). Las problemáticas de sus niños incluían síndromes pluriformes diversos (3 casos), encefalopatía, Síndrome X-frágil y Miopatía Nematolínica.

#### *Valoración de los ítems del cuestionario EIPPAT por profesionales*

Participaron un total de 41 profesionales de Atención Temprana, pertenecientes a los CDIATs de ASTRAPACE (Murcia), ASTUS Virgen de la Caridad (Cartagena) y AIDEMAR (San Javier), todos ellos pertenecientes a la Red Regional Pública de Servicios Sociales de la Región de Murcia (España). En la Tabla 1 se resumen sus características sociodemográficas fundamentales.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los profesionales que valoraron la importancia de los ítems del cuestionario.

Experiencia en Atención Temp.	Estudios de especialización	Cargo de responsabilidad	Género
Hasta 2 años	SI	SI	Masculino
2-6 años	No informan	No informan	Femenino
6-25 años	Máster AT	Dirección	No informan
Más de 25	Cursos	Coord. Técn.	
No informan	Otros	Coord. EEII	
		Otros	

El grupo estuvo constituido mayoritariamente por mujeres (95%), con edades comprendidas entre los 24 y 56 años. El 60% de los participantes se concentraron en la franja de edad comprendida entre los 30 y 45 años. El 71.05% de los profesionales, contaba con una experiencia en Atención Temprana de más de 6 años (el 18,4% más de 25 años).

En cuanto al perfil profesional o laboral desarrollado en su trabajo encontramos Logopedia (23.1%), Fisioterapia (30.8%), Psicología (23.1%), Pedagogía (2.6%) y Estimulación (23.1%). El 52.5% de los profesionales señalaron haber realizado estudios de especialización tras su formación inicial: Máster de Atención Temprana (47.4%), Cursos de especialización (31.6%) y otros estudios (21.1%).

El 24.3% de los profesionales ejercían algún cargo de responsabilidad, gestión u organización en el CDIAT: 4 eran Coordinadores Técnicos, 2 ejercían la Dirección del CDIAT y 1 Responsable de la coordinación con las Escuelas Infantiles.

## **Procedimiento**

### *Grupos focales*

Seleccionados los participantes, cada grupo focal de discusión fue convocado de forma independiente. En su desarrollo estuvieron presentes un observador y un moderador, encargado de reorientar la discusión si era necesario. En el grupo focal de profesionales el moderador fue un Terapeuta Ocupacional, profesor de Universidad, con 12 años de experiencia laboral en Atención Temprana y en la dirección de equipos. En el grupo focal de familias la moderadora fue una Psicóloga, con 10 años de experiencia laboral (6 de ellos en Atención Temprana), profesora de Universidad y experta en resolución de conflictos. La figura de observador en los dos grupos focales fue desempeñada por la misma profesional: una fonaudióloga/logopeda, pro-

fesora de Universidad, con experiencia profesional de 24 años (12 de ellos en Atención Temprana), con amplia experiencia en el manejo de grupos y dirección de personal. Los tres profesionales que realizaron estas funciones de observador y moderador tienen formación específica en técnicas de trabajo en equipo y trabajo colaborativo.

Las sesiones se realizaron en el Colegio Oficial de Logopedas de la Comunidad Valenciana (grupo profesionales) y en un aula de la Universidad Católica de Valencia (grupo familias), con una duración de entre 120 y 150 minutos. Toda la reunión fue grabada en audio y posteriormente transcrita para su análisis.

#### *Juicio de Expertos*

A los integrantes del grupo de profesionales, se les pidió que valorasen los ítems de las dos versiones del cuestionario. Para ello, se les facilitó un instrumento específicamente diseñado para tal fin, el cual cumplimentaron de forma autónoma. El grupo de familiares valoró, siguiendo el mismo procedimiento, los ítems del cuestionario diseñado para ser administrado a los cuidadores principales del niño.

En ambos casos se solicitaron, también, sugerencias y recomendaciones que pudiesen matizar, mejorar o reconsiderar la oportunidad o redacción de los ítems preparados. Por ello, en el instrumento de valoración se habilitaron espacios oportunos. Así mismo, se les solicitó que valorasen la pertinencia del título del cuestionario, si eran claros y concisos los ítems iniciales de cada versión sobre variables sociodemográficas del niño, del cuidador principal y del profesional y si consideraban conveniente la inclusión o exclusión de algún ítem.

#### *Valoración de los ítems del cuestionario EIPPAT por profesionales*

Para la aplicación del cuestionario, en su versión para profesionales, se contactó con la dirección/coordiación de cada uno de los tres centros participantes, explicándoles la finalidad de la investigación y solicitándoles la colaboración anónima de sus

profesionales. Aceptada dicha colaboración, se les facilitó las copias necesarias del cuestionario y, al cabo del tiempo establecido con cada dirección del centro, contactamos, nuevamente, para la recogida de los cuestionarios cumplimentados.

## Material e Instrumentos

### *Grupos focales*

El moderador de los grupos focales de discusión disponía de un breve guión, con preguntas para animar posibles temas a discutir. Estas preguntas solo fueron utilizadas, en los casos en los que se consideró necesario, para reorientar la discusión si ésta se estancaba en un tema concreto o personal. En la Tabla 2 se recogen las preguntas que se llevaban preparadas.

La grabación en audio de las sesiones de los grupos focales, se llevó a cabo por medio de dos grabadoras digitales SONY ICD-UX200 de 2Gb, colocadas en extremos opuestos de la mesa o sala.

### *Juicio de Expertos*

Para recoger la valoración de los expertos a las dos versiones del cuestionario EIAT, se preparó un instrumento específico para su revisión y validación. En él se explicaba la tarea a realizar, se definían con precisión las seis dimensiones extraídas de los resultados de los grupos focales y se concretaba el procedimiento para la valoración. Este consistía en valorar cada ítem con una escala de respuesta específica, con opciones de uno a cinco, asociada cada alternativa a una etiqueta verbal referida a un criterio de intensidad (1-Ninguna; 2-Poca; 3- Suficiente; 4- Bastante; 5-Total). Se solicitó que la evaluación se efectuara, para cada ítem, en función de su grado de *claridad* (redacción comprensible y sin ambigüedades) y su grado de *representatividad* (adecuación para la dimensión en la que se incluye).

**Tabla 2.** Guión utilizado para dinamización de los grupos focales de discusión

Grupo Focal de Familias	Grupo Focal de Profesionales
○ ¿Durante la intervención, los profesionales le ofrecen pautas o recomendaciones para trabajar con su hijo/a en casa? ¿De qué forma se las dan?	○ ¿Durante su trabajo diario, brinda usted pautas o recomendaciones a las familias para reforzar y estimular el desarrollo de los niños? ¿De qué forma se las dan?
○ ¿Recibe asesoría, ejemplos de cómo hacerlas? ¿Le es fácil entenderlo/a?	○ ¿Asesora y da ejemplos para asegurar que le entienden?
○ ¿Creen qué es importante llevar a cabo estas recomendaciones? ¿Por qué?	○ ¿Intenta negociar con las familias el tipo de recomendaciones, los objetivos y/o los momentos en donde se pueden poner en marcha las recomendaciones?
○ ¿Qué circunstancias de la casa, familia, vida cotidiana facilitan o dificultan que sigan estas recomendaciones?	○ ¿Cree que las familias con las que usted trabaja entienden lo que usted pide de ellas?
○ ¿La relación que se establece con el profesional es fluida, cercana, siente que puede hablar abiertamente con él/ella, sobre sus preocupaciones y/o necesidades?	○ ¿Habla usted con las familias acerca de sus preocupaciones o necesidades?
○ ¿El profesional le informa sobre otros apoyos, servicios que le pueden ser útiles a usted y a su hijo?	○ ¿Intenta adecuar su discurso y peticiones, a los niveles socioculturales de cada familia?
	○ ¿Brinda información acerca de otros recursos, apoyos o servicios que le pueden ser útiles a la familia y a usted, para el mejor desarrollo de la intervención?

### Valoración de los ítems del cuestionario EIPPAT por profesionales

El Cuestionario EIPPAT, en sus dos versiones (cuidador principal y profesional), aparece estructurado en dos secciones. La primera recoge datos de identificación sociodemográfica acerca del cuidador principal (género, edad, parentesco con el niño, asistencia al CDIAT, nivel de estudios, ocupación, estado civil, nacionalidad, e idioma habitual) y del niño (edad, género, número de hermanos, lugar que ocupa, tratamientos que recibe, dificultades y tiempo que lleva asistiendo al centro), o del profesional (género, especialidad que ejerce en el CDIAT, años de experiencia, realización de estudios de especialización, desempeño de algún cargo de responsabilidad, gestión u organización), según la versión de que se trate. La segunda sección incluye los 41 ítems con cinco opciones de respuesta unidas a un criterio temporal (1-Nunca; 2-Casi nunca; 3-Algunas veces; 4-Casi siempre; 5-Siempre) y dos abiertos, que valoran cuatro dimensiones de las relaciones establecidas entre profesionales y familia en la intervención en Atención Temprana: (I) Actuaciones realizadas para dar orientaciones (8 ítems más uno abierto); (II) Dificultades para seguir las orientaciones (7 ítems más uno abierto); (III) Estilo personal del profesional al dar las orientaciones (14 ítems); y (IV) Orientaciones para la capacitación (12 ítems).

El cuestionario EIPPAT-versión profesionales que se aplicó en este estudio fue modificado para incluir una segunda opción de respuesta a cada ítem, referida al *nivel de importancia* otorgado al ítem, el cual se asoció a cinco etiquetas verbales que responden a un criterio de intensidad: 1. Nada importante, 2. Poco

importante, 3. Más o menos importante, 4. Bastante importante y 5. Muy importante.

## Resultados

### Grupos Focales

La Tabla 3 presenta las categorías delimitadas (tópicos identificados en las discusiones y frecuencia de aparición) sobre temas importantes en la interacción entre el profesional y el cuidador, resultado del trabajo de los grupos focales de discusión.

**Tabla 3.** Frecuencia y porcentaje de aparición en la discusión de los dos grupos focales de los diferentes tópicos identificados.

Dimensiones	Familias		Profesionales	
	Frec.	%	Frec.	%
A. Estilo transmisión información	12	25.53	12	21.05
Oral	4	33.3	4	33.30
Escrita	2	17	5	41.76
Modelado	4	33.3	2	16.76
Interacción entornos naturales	2	17	1	8.33
B. Flexibilidad y Adaptación	8	17.02	9	15.78
C. Comunicación Fluida	10	23.8	3	5.26
D. Competencias Familiares	12	25.53	17	29.82
E. Estímulo y Apoyo	3	6.38	6	10.52
F. Coordinación	2	4.25	10	17.54
Totales	47		57	

**Tabla 4.** Número y características de los ítems redactados como resultado de los grupos focales.

Dimensión	Contenido de los ítems	Número ítems / versión	
		Cuidador Principal	Profesional
Estilo transmisión información	Forma en que los cuidadores principales reciben la información, pautas o recomendaciones.	8	8
Flexibilidad	Empatía, flexibilidad y adaptación que muestra el profesional a la hora de dar las pautas; cómo se ajusta a las características del niño y la familia.	4	4
Comunicación fluida	Comunicación entre cuidador principal y profesional; clima de confianza generado; respeto mutuo en las interacciones y relaciones; grado de cercanía con el profesional.	10	10
Competencias familiares	Búsqueda de estrategias de crecimiento personal, puntos de apoyo, fortalezas; ayuda para centrar expectativas, crear situaciones de aprendizaje, superar dificultades, desarrollar habilidades y compartir su experiencia con otras personas.	12	12
Ayudar-estimular	Como los profesionales ayudan a la familia a tomar decisiones y evaluar los recursos más adecuados para los resultados deseados; cómo la familia percibe la guía del profesional, cómo marca el camino a seguir.	6	7
Coordinación	Cómo se ven las tareas de coordinación con otros especialistas y/o profesionales de centros educativos, para unificar criterios, compartir objetivos e información.	2	3
Total		42	44

Los aspectos relacionados con el trabajo de las Competencias Familiares, es la dimensión o tópico de discusión que más se repite, tanto entre familiares (25.53%) como, especialmente, entre los profesionales (29.82%). Le sigue, en frecuencia de aparición, el estilos de transmisión de la información, en este caso con mayor frecuencia de aparición en las discusiones de los familiares (25.53%) que en las de los profesionales (21.05%).

Dentro de este estilo de interacción, los familiares abordan con mayor frecuencia el tópico de la transmisión oral de la información y el modelado (33.3% en ambos casos, dentro de la dimensión), mientras que los profesionales discuten con mayor frecuencia sobre la transmisión de la información a través de documentos escritos (41.76%) y de forma oral (33.3%).

El tópico o dimensión que con menor frecuencia aparece en las discusiones del grupo de profesionales es la Comunicación Fluida (5.26%), la cual hace referencia a la capacidad del terapeuta para generar un clima de confianza, cercanía y respeto. Esa dimensión aparece con mucha mayor frecuencia en las discusiones del grupo de familias (23.38%). Por el contrario, la dimensión que con menos frecuencia aparece en las discusiones de las familias es la de Coordinación con profesionales de centros educativos (4.25%); dimensión que entre los profesionales es abordada con mayor frecuencia (17.54%).

A partir de estas dimensiones de información, identificadas en los grupos focales de discusión y, teniendo en cuenta también, la revisión realizada de la literatura pertinente, se redactaron dos conjuntos de ítems similares, adaptados para cada una de las versiones del cuestionario, cuya estructura por dimensiones se resume en la Tabla 4.

### Juicio de Expertos

En la Tabla 5 se presentan las medias y desviaciones típicas alcanzadas por cada uno de los ítems del cuestionario destinado a los cuidadores principales, atendiendo a la claridad de su redacción y su representatividad en la dimensión en la que era incluido.

**Tabla 5.** Estadísticos descriptivos de la respuesta de los expertos a los ítems del Cuestionario EIPPAT versión para Cuidadores Principales del niño.

Dimensión	Ítem	Claridad		Representatividad	
		Media	D. T.	Media	D. T.
Estilo de transmisión de la información	1	5	0	4.94	.250
	2	4.88	.342	4.94	.250
	3	4.69	.602	4.94	.250
	4	4.53	.990	4.87	.516
	5	4.75	.683	4.93	.258
	6	4.73	.704	4.80	.561
	7	4.40	.910	4.60	.828
	8	4.71	.611	4.57	.938
Flexibilidad	1	4.5	.730	4.69	.704
	2	5	0	4.69	.602
	3	4.94	.250	4.69	.704
	4	4.81	.544	4.63	.885
Comunicación fluida	1	5	0	4.80	.561
	2	4.62	1.088	4.56	1.03
	3	4.88	.5	4.81	.750
	4	5	0	5	0
	5	5	0	4.88	.342
	6	4.88	.342	4.81	.544
	7	4.75	.577	4.75	.577
	8	4.88	.5	4.63	.885
	9	5	0	5	0
	10	5	0	4.88	0.5
Competencias familiares	1	4.88	.5	5	0
	2	4.75	.577	4.73	.458
	3	4.94	.250	4.6	.632
	4	4.75	.577	4.47	.834
	5	4.56	.629	4.80	.414
	6	4.81	.403	4.87	.352
	7	4.6	.894	4.8	.447
	8	4.88	.342	4.8	.561
	9	4.88	.342	4.73	.458
	10	4.81	.544	4.87	.516

	11	4.81	.544	4.93	.258
	12	4.94	.250	4.80	.561
Ayudar-estimular	1	4.31	1.01	4.81	.544
	2	4.31	1.01	4.75	.577
	3	4.75	.577	4.75	.577
	4	4.88	.342	4.88	.500
	5	4.94	.250	4.94	.250
	6	5	0	5	0
Coordinación	1	4.88	.342	4.94	.250
	2	4.93	.258	4.87	.352

En la Tabla 6 se presentan las medias y desviaciones típicas de los ítems del cuestionario dirigido a profesionales para los niveles claridad en la redacción y representatividad en la dimensión en la que están incluidos.

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de la respuesta de los expertos a los ítems del Cuestionario EIPPAT versión para Profesionales.

Dimensión	Ítem	Claridad		Representatividad	
		Media	D. T.	Media	D. T.
Estilo de transmisión de la información	1	4.82	.405	5	0
	2	4.82	.405	4.91	.302
	3	4.64	.674	5	0
	4	4.64	.924	4.91	.302
	5	4.90	.316	4.55	1.21
	6	4.82	.405	4.91	.302
	7	4.50	.972	4.6	.966
	8	4.78	.441	4.89	.333
Flexibilidad	1	4.91	.302	5	0
	2	4.80	.422	4.70	.675
	3	5	0	4.78	.667
	4	5	0	4.73	.647
Comunicación fluida	1	4.64	.924	4.91	.302
	2	4.64	.924	4.64	.924
	3	4.45	1.293	4.18	1.33
	4	4.91	.302	5	0
	5	5	0	4.91	.302
	6	4.64	.924	4.91	.302
	7	4.67	1	4.89	.333
	8	4.82	.405	4.91	.302
	9	4.90	.316	4.90	.316
	10	4.73	.647	5	0
Competencias familiares	1	4.82	.603	4.90	.316
	2	4.73	.647	4.80	.422
	3	4.82	.603	4.70	.949
	4	4.36	.027	4.50	.972
	5	4.55	.820	5	0
	6	4.6	.699	5	0
	7	4.7	.675	4.67	.707
	8	5	0	4.91	.302
	9	4.73	.647	4.64	.674
	10	4.64	.809	4.82	.405
	11	4.91	.302	4.73	.467
	12	4.82	.603	4.90	.316
Ayudar-estimular	1	4.73	.467	4.73	.647
	2	4.64	.924	4.91	.302
	3	4.73	.647	4.91	.302
	4	4.82	.603	4.64	.809
	5	5	0	5	0
	6	4.82	.603	4.91	.302

	7	5	0	4.82	.405
Coordinación	1	4.91	.302	4.91	.302
	2	4.91	.302	4.91	.302
	3	4.91	.302	4.64	.809

A partir de estos resultados, fue reconsiderada la inclusión o no, en la versión pertinente del cuestionario, o la redacción alternativa, de todos aquellos ítems que hubiesen alcanzado una media inferior a 4.88 puntos, en el caso del cuestionario dirigido a cuidadores principales (valorado por 16 jueces), o de 4.82 puntos para la versión del cuestionario dirigido a profesionales (evaluado por 11 jueces). En ambos casos, esta media implicaba que se reconsideraban los ítems o su redacción inicial, en el momento en el que presentaran dos expertos los hubiesen valorado con 4 puntos (Bastante) o uno con 3 puntos (Suficiente). Además, se consideraron todas las anotaciones libres, expresadas por los diferentes jueces en sus valoraciones de los ítems.

En la Tabla 7 se resume el volumen de ítems que, a partir del juicio de expertos, fueron eliminados, incorporados o modificada su redacción, para cada una de las versiones del cuestionario.

**Tabla 7.** Frecuencia y porcentaje de ítems del cuestionario EIPPAT modificados a partir del juicio de expertos.

Versión	Eliminados		Nuevos		Redacción modificada	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Cuidador principal	4	9.5	4	9.5	18	42.9
Profesionales	3	7	5	11.6	14	32.6
Total	7	8.2	9	10.6	32	37.6

La valoración de los expertos llevó también a la reformulación de las dimensiones iniciales, pasando de las seis originales a cuatro: (I) Actuaciones realizadas para dar orientaciones; (II) Dificultades para seguir las orientaciones; (III) Estilo personal del profesional al dar las orientaciones; y (IV) Orientaciones para la capacitación. Ambas versiones del cuestionario quedaron constituidas por 43 ítems, similares en contenido aunque adaptados en su redacción a sus destinatarios respectivos. Previos a estos ítems se estructuraron un conjunto de preguntas para recoger características sociodemográficas del cuidador principal y del niño, en un caso, y del profesional en la otra versión.

En las Tablas 8 a 11 se recogen los ítems, para las dos versiones del cuestionario EIAT, en cada una de las dimensiones finales establecidas.

**Tabla 8.** Ítems del cuestionario EIPPAT en la dimensión (I) Actuaciones realizadas para dar orientaciones.

Ítems para el Cuidador Principal	Ítems para el Profesional
1. Da recomendaciones por escrito para que las realice con el niño/a.	1. Dar recomendaciones por escrito para que las realicen con el niño/a.
2. Da recomendaciones de manera oral para que las realice con el niño/a.	2. Dar recomendaciones de manera oral para que las realicen con el niño/a.
3. Desarrolla la sesión estando presente para que vea las actividades.	3. Realizar actividades dentro de la sesión para que la familia las vea y aprenda.
4. Desarrolla la sesión estando presente y me hace repetir las acti-	4. Orientar a la familia dentro de las sesiones de interven-

vidades.

5. Se desplaza a casa y me explica lo que tengo que hacer.

6. Hace las actividades en mi casa y yo las imito.

7. Sugiere momentos del día o rutinas en las que puedo poner en práctica las recomendaciones que me ha dado.

8. Comenta conmigo grabaciones en vídeo del niño.

9. Indique otras formas en las que el terapeuta le da la información y valorelas:

ción para que imiten actuaciones.

5. Desplazarse al domicilio familiar y explicar allí lo que tienen que hacer.

6. Hacer actuaciones en el domicilio familiar para que las imiten.

7. Sugerir momentos del día o rutinas en las que se pueden poner en práctica las recomendaciones que les ofrezco.

8. Dar orientaciones a las familias compartiendo con ellos grabaciones en video del niño/a.

9. Si entre sus prácticas de intercambio de información, se encuentra otro modo de hacerlo, por favor, indíquelo:

**Tabla 9.** Ítems del cuestionario EIPPAT en la dimensión (II) Dificultades para seguir orientaciones.

Ítems para el Cuidador Principal	Ítems para el Profesional
10. Falta de tiempo para poner en práctica las orientaciones que me ofrecen.	10. Falta de tiempo de las familias.
11. Me siento cansada/o para ejecutar las orientaciones que ofrece el terapeuta.	11. Cansancio del cuidador principal.
12. El cansancio del niño/a dificulta poner en práctica las orientaciones del terapeuta.	12. Cansancio del niño/a.
13. Falta de un espacio físico en casa adecuado para poner en práctica las orientaciones del terapeuta.	13. Falta de un espacio físico en casa.
14. No sé cómo aplicar las orientaciones del terapeuta.	14. La familia no sabe cómo aplicar las orientaciones que les propongo.
15. Encontrar la forma de integrar las orientaciones del terapeuta en las rutinas diarias.	15. La familia no sabe integrar lo que le proponemos en sus rutinas diarias.
16. No estoy convencido/a de la importancia de seguir las orientaciones del terapeuta.	16. La familia no está convencida de la importancia de seguir las orientaciones.
17. Son otras las dificultades que encuentro para poner en práctica las orientaciones o pautas que ofrece el terapeuta. Por favor, indique el valor:	17. Si encuentra otras dificultades para que el cuidador principal ponga en práctica las orientaciones que le ofrecen, por favor indíquelas:

**Tabla 10.** Ítems del cuestionario EIPPAT en la dimensión (III) Estilo personal del profesional al dar orientaciones.

Ítems para el Cuidador Principal	Ítems para el Profesional
18. Su trato es respetuoso.	18. Tratar con respeto al niño y su familia.
19. Se entiende el idioma en el que habla (en caso de familias con idioma diferente al mío).	19. Entender el idioma en el que nos hablamos (en caso de familias con idioma diferente al mío).
20. Las explicaciones que da son	20. Dar las explicacio-

comprensibles.	nes/orientaciones de forma comprensible.	del niño/a.	niño/a.
21. Responde mis dudas.	21. Responder a las dudas de las familias.	39. Indica la manera de buscar recursos que favorecen el bienestar de la familia.	39. Orientarles en la búsqueda de recursos que favorezcan la evolución y la calidad de vida familiar.
22. Esta dispuesto a atenderme.	22. Estar predispuesto para atenderles.	40. Me anima a aprender estrategias que mejoran el desarrollo del niño/a.	40. Estimular y motivar para que aprendan estrategias que mejoren el desarrollo del niño/a.
23. Tiene tiempo para atenderme.	23. Tener tiempo para atenderles.	41. Muestra interés por saber si sigo sus orientaciones.	41. Detectar si la familia sigue las orientaciones que se le ofrecen.
24. Conoce mis preocupaciones.	24. Conocer las preocupaciones de la familia.	42. Me anima a participar en grupos, escuelas de padres, reuniones de asociaciones, dentro y/o fuera del centro.	42. Alentar a participar en grupos /escuelas de padres y otras actividades grupales, dentro o fuera del centro.
25. Puedo hablar abiertamente con él/ella, sin sentirme juzgada/o.	25. Hablar abiertamente con ellos sin emitir juicios de valor.	43. Me facilita materiales o documentos para aprender.	43. Aportar materiales o documentos para que aprendan más.
26. Me genera confianza.	26. Crear un clima de confianza.		
27. Me escucha.	27. Escuchar a las familias.		
28. Me entiende.	28. Empatizar con las familias.		
29. En la intervención, se adapta a como se encuentre el niño/a.	29. Adaptar la intervención a la situación del niño/a cada día.		
30. Es flexible al organizar las visitas a casa.	30. Ser flexible al organizar las visitas al domicilio de las familias.		
31. Tiene en cuenta nuestras necesidades a la hora de proponer la intervención.	31. Tener en cuenta las necesidades de la familia a la hora de proponer la intervención.		

**Tabla 11.** Ítems del cuestionario EIPPAT en la dimensión (IV) Orientaciones para la capacitación.

Ítems para el Cuidador Principal	Ítems para el Profesional
32. Me ayuda a comprender los problemas o dificultades del niño/a.	32. Ayudarles a comprender el estado del niño/a y su posible evolución.
33. Hace partícipes a otros miembros de mi familia o amigos, en la intervención con el niño/a.	33. Implicar a otros miembros de la familia o amigos en las intervenciones con el niño/a.
34. Me hace entender los avances del niño/a.	34. Hacerles entender los avances del niño/a.
35. Me ayuda a identificar con qué apoyos personales contamos.	35. Ayudar a identificar con qué apoyos personales cuentan.
36. Me pregunta que es lo que quiero que cambie con mi hijo/a para plantearlo como objetivo de la intervención.	36. Permitir que la familia participe al establecer los objetivos de la intervención.
37. Comenta conmigo los objetivos de la intervención.	37. Comentar con ellos los objetivos de la intervención.
38. Me guía y apoya en la toma de decisiones que afectan al futuro	38. Ayudar en la toma de decisiones que afectan al futuro del

**Tabla 12.** Estadísticos descriptivos de la importancia otorgada por los profesionales a los ítems del Cuestionario EIPPAT- versión Profesionales.

I: Actuaciones realizadas para dar orientaciones		II: Dificultades para seguir orientaciones		III: Estilo personal al dar orientaciones		IV: Orientaciones para crecimiento personal	
Ítem	Media (DT)	Ítem	Media (DT)	Ítem	Media (DT)	Ítem	Media (DT)
1	4.30 (0.791)	10	4.08 (0.732)	18	5 (0)	32	4.78 (0.423)
2	4.75 (0.439)	11	4.11 (0.758)	19	4.75 (0.439)	33	4 (0.716)
3	4.55 (0.639)	12	4.26 (1.024)	20	4.95 (0.221)	34	4.93 (0.267)
4	4.44 (0.680)	13	3 (1.085)	21	4.98 (0.158)	35	4.43 (0.712)
5	3.60 (0.982)	14	4.27 (0.977)	22	4.90 (0.304)	36	3.90 (0.871)
6	3.65 (1.033)	15	4.11 (1.078)	23	4.93 (0.350)	37	4.85 (0.362)
7	4.68 (0.474)	16	4.40(0.976)	24	4.85 0.432	38	4.45 (0.714)
8	3.85 (0.921)	17	Ítem abierto	25	4.77 (0.485)	39	4.60 (0.591)
9	Ítem abierto			26	4.87 (0.335)	40	4.92 (0.270)
				27	4.97 (0.158)	41	4.73 (0.506)
				28	4.83 (0.446)	42	4.62 (0.490)

29	4.90 (0.304)	43	4.15 (0.770)
30	4.41 (0.910)		
31	4.72 (0.510)		

## Discusión y conclusiones

En este trabajo presentamos el cuestionario de Estilos de Interacción entre padres y profesionales en Atención Temprana – EIPPAT. Una herramienta de utilidad en Atención Temprana, tanto para la autoevaluación profesional, como para la evaluación de equipos en las relaciones que se establecen entre familias y profesionales. También recogemos el proceso llevado a cabo para desarrollarlo y depurarlo. El instrumento conseguido, está orientado a delimitar y valorar actuaciones y prácticas concretas, las cuales contribuyen a favorecer la motivación e implicación de la familia, y su adhesión a las orientaciones realizadas por los profesionales, en su ejercicio de una acción tutorial en Atención Temprana. En este sentido, el cuestionario EIPPAT se convierte en una herramienta para analizar la aproximación de los recursos y de las actuaciones de sus profesionales, a un enfoque centrado en la familia en Atención Temprana. Especialmente si tenemos en cuenta que sus dimensiones permiten evaluar el grado de implementación de prácticas relacionales y participativas, las segundas de las cuales son especialmente representativas del enfoque centrado en la familia en esta disciplina (Depmsey & Dunst, 2004; Dunst et al., 2002, Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014).

Dentro del cuestionario EIPPAT, los ítems de la primera dimensión valoran, simultáneamente, como se intercambia información con la familia, como ésta participa y como se organiza esta participación (implementación de prácticas participativas); lo cual refleja prácticas más o menos centradas en la familia, según se estén manejando orientaciones más o menos directivas. La segunda dimensión, se centra en los problemas encontrados para seguir las orientaciones; es decir, para llevar a cabo las prácticas participativas, desde la perspectiva siempre de lo que puede dificultar el quehacer de la familia. La tercera dimensión se dedica a valorar prácticas relacionales, mientras que la cuarta se centra, de nuevo, en prácticas participativas, al evaluar la implementación de actuaciones encaminadas al desarrollo de competencias en el cuidador principal, e incluso en otras personas del entorno natural del niño.

Para alcanzar nuestro objetivo de dar validez de contenido a los ítems que diseñábamos para el EIPPAT, hemos utilizado diferentes recursos metodológicos redundantes. Para empezar, hemos empleado la técnica de grupos focales de discusión para conseguir un primer acercamiento a la temática en nuestro contexto, lejano aún de los planteamientos teóricos y prácticos que podemos leer en la literatura internacional (Dunst et al., 2007; Espe-Sherwindt, 2008; Odom & Wolery, 2003; Soriano & Kyriazopoulou, 2010). Existe acuerdo, en la comunidad científica, en la consideración de los grupos focales como un método útil para la descripción de un fenómeno. Así como para el análisis y exploración de las asociaciones, relativamente estables, de las características que lo define, sobre la base de una observación sistemática del mismo (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009).

El trabajo realizado con los grupos focales permitió delimitar las principales dimensiones, a partir de las cuales iniciamos nuestro diseño de ítems. Esta técnica permitió analizar, de manera tanto cuantitativa como cualitativa, los factores que favorecen o limitan el establecimiento de una relación positiva entre profesionales y los familiares. Así como conocer las estrategias utilizadas para la transmisión de recomendaciones terapéuticas a las familias.

Fruto del trabajo efectuado por los grupos focales, realizamos un estudio descriptivo inicial de las estrategias de comunicación y, específicamente, de la empleada por logopedas y terapeutas de estimulación en la transmisión de sus recomendaciones a las familias (cuidador principal) en diferentes CDIATs de la Comunidad Valenciana. De igual modo, se estudiaron las impresiones que tienen los padres, con respecto a las relaciones que se establecen con los profesionales, a la hora de recibir información y recomendaciones de intervención con sus hijos.

En los resultados de los grupos focales, ya encontramos diferencias cualitativas interesantes para comprender la realidad en la que nos encontramos. En sus discusiones, las familias dedicaron menos atención a determinadas prácticas, como la presentación por escrito de las orientaciones; y más a otras, como la interacción con el profesional en entornos naturales. Mientras, los profesionales hacían precisamente lo contrario. También las familias dedicaban más atención, en sus discusiones, a temas como la fluidez en la comunicación y menos a la coordinación.

A partir del análisis de los seis constructos identificados en los grupos focales (estilos de transmisión de la información, flexibilidad, comunicación fluida, competencias familiares, ayudar-estimular y coordinación) y, teniendo en cuenta también, la revisión realizada de la literatura pertinente, se construyó el prototipo inicial del Cuestionario EIPPAT, en sus dos versiones: cuidador principal y profesional. Este prototipo fue sometido a un riguroso juicio de expertos, minuciosamente dirigido. El cual permitió depurar, de forma muy satisfactoria, el instrumento diseñado; delimitando con mayor exactitud, tanto los ítems como las dimensiones en las que se organizan en la versión definitiva. Estimamos muy positiva la estrategia de valoración por expertos, cuando ésta es aplicada acompañada de instrucciones precisas. De este modo, los expertos valoran los aspectos concretos, para los que su opinión se entiende especialmente relevante. Por otro lado, haber desarrollado un proceso de juicio de expertos implicando como tales, no solo a profesionales de Atención Temprana, sino también a familias, responde también al objetivo hacia el que, a nuestro juicio, ha de encaminarse la intervención en Atención Temprana y que ya señalábamos al inicio del trabajo: la concepción de la familia como un agente activo de cambio (García-Sánchez, 2002a, 2002b; Wilson & Dunst, 2006), corresponsables en buena medida de la intervención (Perpiñán, 2009, 2003a, 2003b) y por tanto, con una opinión muy relevante a tener en cuenta.

Tras la valoración de los expertos contamos ya con un cuestionario operativo. Aún así, nuestro interés por asegurar la validez de contenido del instrumento creado, nos llevó a realizar el esfuerzo de consultar, a un número suficiente de profesionales experimentados, acerca de la importancia que daba, para la práctica de la Atención Temprana, a los ítems incluidos en él. La conclusión que hemos de extraer del resultado de esta consulta es muy satisfactoria. Los ítems obtienen valores medios muy elevados, normalmente siempre entre las etiquetas verbales de “bastante importante” y “muy importante”. Pero resulta aún más interesante, para entender la utilidad y validez del cuestionario creado, el hecho de que los pocos ítems que alcanzan medias algo más bajas, en esa importancia otorgada para Atención Temprana, hacen referencia siempre a prácticas más propias de un enfoque centrado en la familia: visita a los domicilios, características concretas del entorno natural del niño y sus preocupaciones, implicación extensa de los protagonistas de esos entornos naturales. Precisamente aquellas prácticas que se cri-

tica están más ausentes en el modelo de servicios ambulatorios, que tradicionalmente se lleva a cabo en nuestros centros y que, justamente, se demanda incorporar (García-Sánchez et al., 2014; Giné et al., 2006; Gutiez, 2010; Pretis, 2010; Soriano, 2000; Soriano y Kyriazopoulou, 2010).

Por todo ello, concluimos que el instrumento desarrollado cubre la necesidad de detectar los estilos de interacción y las prácticas relacionales y participativas, que se están llevando a cabo en Atención Temprana entre profesionales y familias. Lo cual resulta de utilidad para que, ya sea a modo de autoevaluación profesional e individualizada, o dentro de estudios anónimos más globalizados, se puedan analizar fortalezas y debilidades de los servicios. A partir de ellas, y una vez contrastadas opiniones de profesionales y cuidadores principales, estaremos en mejores condiciones para realizar las

oportunas propuestas de mejora. Con todo, futuras investigaciones podrán contribuir a la mejora del instrumento y de su validez, superando las limitaciones que nuestro propio trabajo puede haber tenido. Para ello, siempre sería interesante aplicar el instrumento a grupos poblacionales más amplios, procedentes de un mayor número de centros que puedan abarcar realidades sociales y territoriales diferentes (por ejemplo centros de diferentes comunidades autónomas).

**Nota.-** Trabajo financiado dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+i). Proyecto número: EDU2010-17786.

## Referencias

- Bailey, D. B., Aytch, L. S., Odom, S. L., Symons, F. & Wolery, M. (1999). Early intervention as we know it. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 11–20.
- Casas, J., Repullo, R. & Donado, D. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionario y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 527–538.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F. A., Mendieta, P. & Gómez-Rico, M. D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidad de Atención Temprana. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(3), 5–18.
- De Linares, C. & Rodríguez, T. (2005). La familia como sujeto agente en la actual concepción de la Atención Temprana. In M. G. Millá & F. Mulas, *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, Trastornos e Intervención* (pp. 767–788). Valencia: Promolibro.
- Dempsey, I. & Dunst, C. J. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), 40–51.
- Díez-Martínez, A. (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista Síndrome de Down*, 25, 46–55.
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting “Rethinking Early Intervention.” *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95–104.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M. and Hamby, D. W. (2002). Family oriented program models and professional helpgiving practices. *Family Relations*, 51(3), 221–229.
- Dunst, C. J., Johanson, Trivette, C. M. & Hamby, D. W. (1991). Family oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115–126.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M. & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370–378. doi:10.1002/mrdd.20176
- Escobar, J & Bonilla-Jimenez, F. (2009) Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51-67.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *White Paper on Early Intervention*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- 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 sobre el futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 32(2), 5-14.
- García-Sánchez, F. A. (2003). Objetivos de futuro de la Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 6(1), 32-37.
- García-Sánchez, F. A., Escorcia-Mora, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N. & Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6–27.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. & García-Díe, M. T. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29(3), 297–313.
- Gutiez, P. (2010). Early Childhood Intervention in Spain: standard needs and changes. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 2(2), 136-148.
- Knoche, L. L., Kuhn, M. & Eum, J. (2013). “More Time. More Showing. More helping. That’s how it sticks”: the perspectives of early childhood coachees. *Infants and Young Children*, 26(4), 349-365.
- Martín, J. F. (2010). Técnicas de encuesta: cuestionario y entrevista. En S. Nieto (Ed.). *Principios, métodos y técnicas esenciales para la investigación educativa*. (pp.145-168). Madrid: Dykinson.
- Mendieta, M. P. (2005). Intervención familiar en Atención Temprana. In M. G. Millá & F. Mulas, *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, Trastornos e Intervención* (pp. 789–806). Valencia: Promolibro.
- Millá, M. G. (2005). Reseña histórica de la Atención Temprana. In M. G. Millá & F. Mulas, *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, Trastornos e Intervención* (pp. 255–266). Valencia: Promolibro.
- 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. doi:10.1177/00224669030370030601
- Perpiñán, S. (2003a). La intervención con familias en los programas de Atención Temprana. En I. Candel. (Dir.), *Atención Temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 57-79). Madrid: FEISD.
- Perpiñán, S. (2003b). 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. Como intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- Pretis, M. (2010). *Early Childhood intervention across Europe. Towards standars, shared resources and national changes*. Ankara, Turquía: Manfred Pretis.
- Ramey, C. T. & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109–120.
- Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (1990). Early childhood intervention: the evolution of a concept. In S. J. Meisels & J. P. Shonkoff, *Handbook of Early Intervention* (pp. 3–31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Soriano, V. (2000). *Intervención Temprana en Europa. Tendencias en 17 países europeos*. Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Discapacidad.
- Soriano, V. & Kyriazopoulou, M. (2010). *Atención Temprana. Progresos y desarrollo 2005-2010*. (pp. 1–66). Middelfart: Agencia Europea para el desarrollo de la Educación Especial.
- Wilson, L. L. & Dunst, C. J. (2006). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASE tools*, 1(1), 1–6.

(Artículo recibido: 16-07-2014; revisado: 25-02-2015; aceptado: 25-02-2015)