



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Rosa María Fernández Valero

**Relación entre la Calidad de los servicios de  
Atención Temprana y el Empoderamiento de  
la Familia**

Rosa María Fernández Valero **Relación entre la Calidad de los servicios de Atención  
Temprana y el Empoderamiento de la Familia**

UMinho | 2020

janeiro de 2020





**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Rosa María Fernández Valero

**Relación entre la Calidad de los servicios de  
Atención Temprana y el Empoderamiento de  
la Familia**

Tese de Doutoramento em Estudos da Criança  
Especialidade em Educação Especial

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Ana Maria Silva Pereira  
Henriques Serrano**  
do  
**Professor Doutor Robert Alexander McWilliam**  
e da  
**Professora Doutora Margarita Cañadas Pérez**

janeiro de 2020

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### ***Licença concedida aos utilizadores deste trabalho***



**Atribuição  
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero aprovechar este pequeño espacio, para mostrar mis más sinceros agradecimientos, a todas aquellas personas que, en algún momento de este proceso de formación y crecimiento para mí, han estado de forma significativa acompañándome, apoyándome y facilitando mi vida, para que hoy esto sea posible.

En primer lugar, a mis directores de tesis les quiero agradecer su apoyo, su paciencia y su confianza en mí, ya que en todo momento me han animado a seguir y, no han dudado nunca de mi capacidad de trabajo para conseguir culminar este proyecto de investigación. Gracias a ellos, hoy soy una profesional de atención temprana, que, aunque con mucho todavía por aprender, siente el sosiego, de hacerlo lo mejor que sabe.

En segundo lugar, quiero ofrecer un gran y sincero agradecimiento, a todas esas familias, que de forma totalmente desinteresada han participado en este proyecto de investigación, y que sin las cuales, este humilde estudio, no habría sido posible. Detrás de cada una de esas familias, brilla un gran profesional, a todos ellos y ellas, también debo mis agradecimientos, por su empeño, su esfuerzo diario, su entusiasmo, sus ganas de aprender y su pasión por este trabajo.

Y, no puedo hablar de familias, sin hacer mención a mi gran familia, todas aquellas personas que forman parte de mi vida, que me hacen ilusionarme y que están ahí para ser felices con mis alegrías. Mis padres, quienes les agradezco su confianza en mí, su apoyo incondicional y su acompañamiento incansable. Mis amigas, quienes me recuerdan cada día lo maravillosa que es la vida, cuando la puedes compartir con ellas. Y mi pequeña-gran familia de AVAPACE, donde un equipo de personas, de una calidad humana inigualable, me dan la oportunidad de seguir creciendo personal y profesionalmente, y completando así, un proceso de aprendizaje, que espero sea largo y tan emocionante como lo ha sido este tiempo que ya hemos compartido.

Para terminar, quiero agradecer de un modo mucho más especial, a Carles González, el responsable más directo, después de mí, de que haya hecho esta tesis doctoral, él me hizo feliz acompañándome durante diez años de mi vida, apoyando mis proyectos, animándome y soportándome en los momentos más difíciles. Gracias por haber compartido conmigo experiencias inigualables e inolvidables, que hoy me dan la oportunidad, de presentar este proyecto de investigación.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

# **Relación entre la Calidad de los servicios de Atención Temprana y el Empoderamiento de la Familia**

## **SÍNTESIS**

El objetivo principal de este estudio ha versado sobre la relación entre la calidad de los servicios de atención temprana en España y el nivel de empoderamiento de la familia. La atención temprana, sostenida por las prácticas centradas en la familia, se entiende como servicios de calidad y prácticas recomendadas (Dunst, Bruder y Espe-Sherwindt, 2014).

Este estudio, se ha centrado en los efectos que tiene, recibir los servicios de atención temprana en el sistema familiar, especialmente, considerando que hay mayor impacto cuando la implementación se centra en el funcionamiento de la familia y las interacciones niño/a y familia, que en la intervención que se centra únicamente en las necesidades del niño.

Para la recopilación de datos de este estudio, las familias cumplimentaron la Escala Familiar Finesse (McWilliam, 2015), que recopila información sobre las prácticas implementadas en los diferentes servicios de atención temprana, la Escala de Empoderamiento Familiar (FES, Koen, Dechillo y Fieson, 1992), que mide el empoderamiento familiar y la Escala de resultados familiares (FOS, Early Childhood Outcomes Center, 2010), la cual mide los resultados en los que debe incidir la intervención en atención temprana. Los datos sociodemográficos se recogieron, a través de un cuestionario desarrollado por el equipo que realizó este estudio y, finalmente, el apoyo percibido por la familia a través de la Escala de Apoyo Familiar (FSS, Dunst, Trivette & Jenkins, 1984).

Tras el proceso de recolección de datos, se realizó la validación de todas las escalas utilizadas a la población española, para posteriormente desarrollar el análisis estadístico descriptivo, correlacional, de varianza y de regresión lineal. Como resultados más significativo de este trabajo, destacan la relación positiva hallada entre el nivel de empoderamiento de las familias y las prácticas centradas en la familia, como ya plantean otros autores, ahora bien, como predictor más significativo de empoderamiento familiar, ha destacado la red de apoyos sociales con los que cuenta la familia, y el diagnóstico del niño/a, donde se han observado mayores niveles de empoderamiento familiar cuando se trata de trastornos motores, frente a los menores cuando se trata de trastorno de espectro autista entre otros.

*Palabras Claves:* Apoyos, Atención Temprana, Calidad, Empoderamiento, Familia, Practicas Centradas en la Familia.

# **Relationship between Early intervention Quality services and Family Empowerment**

## **ABSTRACT**

The main objective of this research was to study the relationship between the quality of early intervention services in Spain and the level of family empowerment. Early intervention should be comprised of family-centered practices, which are understood to be quality services and recommended practices (Dunst, Bruder, & Espe-Sherwindt, 2014).

This study was focused on the effects of receiving family-centered early intervention services, especially considering that the family has more impact when the implementation is focused on the functioning of the family than if the intervention focused only on the needs of the child.

For the data collection for this study, families completed the FINESSE Family Scale (McWilliam, 2015), which collects information on the practices implemented in early intervention services, the Family Empowerment Scale (FES, Koren, Dechillo, & Fieson, 1992), which measures family empowerment, and the Family Outcomes Scale (FOS, Bailey, 2010), which measures the desired results of early intervention. The research team developed the socio-demographic data, and, the support perceived by the family was measured through the Family Support Scale (FSS, Dunst, Trivette, & Jenkins, 1984).

The validation of the all scales used in the Spanish population was carried out, to later develop the descriptive statistical analysis, the correlational analysis, the analysis of variance and the linear regression analysis. As a most significant result of this work, she highlight the positive relationship found between the level of family empowerment and family-centered practices, as other authors have suggested, but now, as a more significant predictor of family empowerment, has highlighted of social support network that the family has, and the diagnosis of the child, where higher levels of family empowerment have been observed when it comes to motor disorders, compared to minors when it is an autism spectrum disorder among others.

*Key Words:* Early Intervention, Empowerment, Family, Family-Centered Practices, Quality, Supports.

# INDICES

---

## INDICE GENERAL

<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	1
1.1. Antecedentes: Atención Temprana en España .....	1
<b>CAPÍTULO II</b> .....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	8
2.3. Empoderamiento. ....	35
2.3.1 Empoderamiento Familiar en las Prácticas de Atención Temprana. ....	38
<b>CAPÍTULO III</b> .....	43
<b>3. PROBLEMA Y OBJETIVOS</b> .....	43
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	45
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	45
4.1. Participantes.....	45
4. 2. Variables e instrumentos de medición .....	62
4. 3. Procedimientos Éticos.....	66
4.3.1. Incorporación de Centros al estudio. ....	69
4.4. Análisis estadísticos .....	70
4.4.1. Análisis de fiabilidad y validez de las escalas. ....	70
4.4.2. Análisis descriptivo de variables. ....	72
4.4.3. Análisis de correlación. ....	72
4.4.4. Análisis de regresión lineal múltiple. ....	72
<b>CAPÍTULO V</b> .....	73
<b>5. RESULTADOS</b> .....	73
5.1. Propiedades psicométricas de las escalas .....	73
5.1.1. Escala FES .....	74
5.1.2.1. Análisis factorial exploratorio.....	87
5.1.3. Escala FSS .....	93
5.1.3.1. Análisis factorial exploratorio .....	95

5.1.3.2. Análisis factorial confirmatorio .....	96
5.1.4. Escala FFS .....	100
5.1.4.1. Escala FF- Ideal .....	100
5.1.4.2.1. Análisis Exploratorio.....	107
5.2. Principales descriptivos de las variables objeto de estudio .....	112
5.2.1. Estadísticos Comparativos .....	113
5.2.2. Tablas cruzadas.....	116
5.2.3. Relación entre variables objeto de estudio .....	118
5.2.3.1. Correlaciones entre variables FF (ideal y típica), FSS, ingresos familiares, tiempo de intervención, FES y FOS. ....	118
5.2.4. Modelo de regresión lineal múltiple escala FOS .....	119
5.2.4.1. Modelo de regresión lineal múltiple escala FES.....	120
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>122</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>122</b>
6.1. Limitaciones del estudio y posibles líneas de trabajo .....	128
6.2. Aportaciones del Estudio.....	130
<b>CAPÍTULO VII .....</b>	<b>131</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>131</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ....</b>	<b>135</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>152</b>
<b>DOSIER DE RECOGIDA DE DATOS .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>180</b>
<b>ESCALAS DE ACUERDO CON LA VALIDACIÓN DE ESTAS, PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.....</b>	<b>180</b>

## INDICE FIGURAS

<b>FIGURA 1.</b> VARIABLES DE LAS EVALUACIONES CON RELACIÓN A LOS CONTEXTOS DONDE SE LLEVAN A CABO. (ADAPTADO DE NEISWORTH Y BAGNATO, 2004) .....	16
<b>FIGURA 2.</b> ENTORNO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN VS RELACIÓN CON LOS AGENTES PRINCIPALES EN LAS PRÁCTICA DE ATENCIÓN TEMPRANA. (ADAPTADA DE RANTALA, UOTINEN Y McWILLIAM, 2009) .....	18
<b>FIGURA 3.</b> OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS DIARIAS. GRÁFICO SOBRE INCREMENTO DE OPORTUNIDADES PARA MEJORAR LA PROBABILIDAD DE IMPACTO POSITIVO SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO/A. (ADAPTADO DE JUNG, 2003) .....	26
<b>FIGURA 4.</b> BASE FORMATIVA DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA PARA IMPLEMENTAR PRÁCTICAS CENTRADAS EN LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA .....	33
<b>FIGURA 5.</b> RELACIÓN ENTRE DIMENSIONES, ELEMENTOS Y CAMBIOS DE VISIÓN QUE REQUIERE EL EMPODERAMIENTO. (RECUPERADA Y ADAPTADA DE DUNST, TRIVETTE Y LAPOINT, 1992) .....	38
<b>FIGURA 6.</b> CUATRO COMPONENTES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN DEL SISTEMA FAMILIAR. (RECUPERADA Y ADAPTADA DE TRIVETTE, DUNST Y HAMBY, 2010).....	39

## INDICE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> CONTINUO DE MODELOS DE ATENCIÓN TEMPRANA.....	30
<b>TABLA 2.</b> DIFERENCIAS EN LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN TEMPRANA.....	31
<b>TABLA 3.</b> DIMENSIONES, ELEMENTOS Y EJEMPLOS DE EMPODERAMIENTO.....	36
<b>TABLA 4.</b> GENERO DE LOS NIÑOS/AS QUE REIBEN SERVICIOS DE AT.....	46
<b>TABLA 5.</b> NÚMERO DE NIÑOS/AS ESCOLARIZADOS.....	46
<b>TABLA 6.</b> POSESIÓN DEL CERTIFICADO DE MINUSVALÍA .....	47
<b>TABLA 7.</b> NIÑOS/AS SEGÚN TIPO DE DIAGNÓSTICO.....	47
<b>TABLA 8.</b> NÚMERO DE HERMANOS.....	48
<b>TABLA 9.</b> HERMANOS CON DISCAPACIDAD .....	48
<b>TABLA 10.</b> NÚMERO DE HERMANOS/AS CON RECONOCIMIENTO DE MINUSVALÍA .....	48
<b>TABLA 11.</b> NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR .....	49
<b>TABLA 12.</b> NÚMERO DE PERSONAS ADULTAS EN EL DOMICILIO FAMILIAR .....	49
<b>TABLA 13.</b> NIÑOS/AS CON DIAGNÓSTICO.....	49
<b>TABLA 14.</b> ROL DEL PROFESIONAL DE REFERENCIA QUE ATIENDE AL HIJO/A DE LA FAMILIA.....	50

<b>TABLA 15.</b> NÚMERO DE FAMILIAS QUE HACEN USO DE OTROS SERVICIOS O PROFESIONALES PARA LA INTERVENCIÓN DE SU HIJO/A EN LOS MISMOS CENTROS Y/O SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA .....	50
<b>TABLA 16.</b> DISCIPLINA DEL PROFESIONAL SECUNDARIO QUE ATIENDE A LAS FAMILIAS EN LOS CENTROS O SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA .....	51
<b>TABLA 17.</b> NÚMERO DE FAMILIAS ATENDIDAS POR SERVICIOS O PROFESIONALES PRIVADOS FUERA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA .....	51
<b>TABLA 18.</b> DISCIPLINA DE LOS PROFESIONALES QUE OFRECEN LOS SERVICIOS PRIVADOS .....	52
<b>TABLA 19.</b> NÚMERO DE FAMILIAS INSCRITAS EN ALGUNA ASOCIACIÓN Y /O FUNDACIÓN DIRIGIDA A FAMILIARE DE NIÑOS/AS CON ALGUN TIPO DE NECESIDAD ESPECIFICA O DIAGNÓSTICO .....	53
<b>TABLA 20.</b> NÚMERO DE FAMILIAS QUE PARTICIPAN EN ALGÚN GRUPO DE APOYO MÚTUO (O SIMILAR) CON OTRA FAMILIAS DE NIÑOS/AS CON NECESIDADES SIMILARES A LAS DE SU HIJO/A .....	53
<b>TABLA 21.</b> NÚMERO DE FAMILIAS QUE CUENTAN CON UN TRABAJADOR SOCIAL DE REFERENCIA PARA AYUDARLE EN LO REFERENTE A LA TRAMITACIÓN DE AYUDAS, BECAS Y/O SUBVENCIONES PÚBLICAS .....	54
<b>TABLA 22.</b> GÉNERO DEL TUTOR PRINCIPAL.....	54
<b>TABLA 23.</b> ESTADO CIVIL DEL TUTOR PRINCIPAL .....	55
<b>TABLA 24.</b> NIVEL DE ESTUDIOS DEL TUTOR PRINCIPAL .....	55
<b>TABLA 25.</b> <i>SITUACIÓN LABORAL DEL TUTOR PRINCIPAL</i> .....	56
<b>TABLA 26.</b> TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA SITUACIÓN LABORAL DEL TUTOR PRINCIPAL .....	56
<b>TABLA 27.</b> OCUPACIONES PRINCIPALES DEL TUTOR PRINCIPAL .....	57
<b>TABLA 28.</b> NÚMERO DE TUTORES PRINCIPALES QUE RECIBEN ALGÚN TIPO DE APOYO RELACIONADO CON SALUD MENTAL .....	57
<b>TABLA 29.</b> TIPO DE APOYO PROFESIONAL RELACIONAL CON SALUD MENTAL QUE RECIBE EL TUTOR PRINCIPAL.....	58
<b>TABLA 30.</b> GÉNERO DEL TUTOR SECUNDARIO .....	58
<b>TABLA 31.</b> ESTADO CIVIL DEL TUTOR SECUNDARIO.....	59
<b>TABLA 32.</b> NIVEL DE ESTUDIOS DEL TUTOR SECUNDARIO .....	59
<b>TABLA 33.</b> SITUACIÓN LABORAL DEL TUTOR SECUNDARIO.....	60
<b>TABLA 34.</b> TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA SITUACIÓN LABORAL DEL TUTOR SECUNDARIO.....	60
<b>TABLA 35.</b> OCUPACIONES PRINCIPALES DEL TUTOR SECUNDARIO .....	61
<b>TABLA 36.</b> NÚMERO DE TUTORES SECUNDARIOS QUE RECIBEN ALGÚN TIPO DE APOYO RELACIONADO CON SALUD MENTAL.....	61
<b>TABLA 37.</b> TIPO DE APOYO PROFESIONAL RELACIONADO CON SALUD MENTAR QUE RECIBE EL TUTOR SECUNDARIO....	62
<b>TABLA 38.</b> INGRESOS FAMILIARES .....	62

<b>TABLA 39.</b> ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA FES. MEDIA (M), DESVIACIÓN TÍPICA (DT), CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL (R <sub>JX</sub> ), ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM (A-X), ASIMETRÍA (A) Y CURTOSIS (C)..	75
<b>TABLA 40.</b> AGRUPACIÓN EN TRES FACTORES, CARGAS FACTORIALES Y COMUNALIDADES ESCALA FES.....	78
<b>TABLA 41.</b> CARGAS FACTORIALES ORDENAS SEGÚN PESO FACTORIAL ESCALA FES .....	79
<b>TABLA 42.</b> ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTES DE LA ESCALA FES.....	80
<b>TABLA 43.</b> NÚMERO DE ÍTEMS, ALFA DE CRONBACH (A), FIABILIDAD COMPUESTA (FC) Y VARIANZA MEDIA EXTRAÍDA (AVE) PARA LA ESCALA FES. ....	81
<b>TABLA 44.</b> CORRELACIÓN ENTRE FACTORES Y RAÍZ CUADRADA DE AVE EN LA ESCALA FES. ....	82
<b>TABLA 45.</b> ROTACIÓN VARIMAX POST ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO Y COMUNALIDADES.....	83
<b>TABLA 46.</b> ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA FOS-A: MEDIA (M), DESVIACIÓN TÍPICA (DT), CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL (R <sub>JX</sub> ), ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM (A-X), ASIMETRÍA (A) Y CURTOSIS (C). .	85
<b>TABLA 47.</b> CARGAS FACTORIALES Y COMUNALIDADES ESCALA FOS-A.....	87
<b>TABLA 48.</b> RELACIÓN DE ÍTEMS ORDENADOS SEGÚN CARGAS FACTORIALES.....	88
<b>TABLA 49.</b> ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA FOS-A.....	89
<b>TABLA 50.</b> CARGAS FACTORIALES, ALFA DE CRONBACH (A), FIABILIDAD COMPUESTA (FC) Y VARIANZA MEDIA EXTRAÍDA (AVE) EN ESCALA FOS-A.....	90
<b>TABLA 51.</b> CORRELACIÓN ENTRE FACTORES Y RAÍZ CUADRADA DE AVE EN ESCALA FOS-A.....	91
<b>TABLA 52 .</b> ROTACIÓN VARIMAX POST ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO Y COMUNALIDADES ESCALA FOS-A. ....	92
<b>TABLA 53.</b> ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA FSS: MEDIA (M), DESVIACIÓN TÍPICA (DT), CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL (R <sub>JX</sub> ), ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM (A-X), ASIMETRÍA (A) Y CURTOSIS (C). .	94
<b>TABLA 54.</b> CARGAS FACTORIALES Y COMUNALIDADES ESCALA FSS.....	95
<b>TABLA 55.</b> RELACIÓN DE ÍTEMS ORDENADOS SEGÚN CARGAS FACTORIALES.....	96
<b>TABLA 56.</b> ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA FSS. ....	97
<b>TABLA 57 .</b> CARGAS FACTORIALES, ALFA DE CRONBACH (A), FIABILIDAD COMPUESTA (FC) Y VARIANZA MEDIA EXTRAÍDA (AVE) EN ESCALA FSS. ....	97
<b>TABLA 58.</b> CORRELACIÓN ENTRE FACTORES Y RAÍZ CUADRADA DE AVE EN ESCALA FSS. ....	98
<b>TABLA 59.</b> ROTACIÓN VARIMAX POST ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO Y COMUNALIDADES ESCALA FSS.....	99
<b>TABLA 60.</b> ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA FF-IDEAL: MEDIA (M), DESVIACIÓN TÍPICA (DT), CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL (R <sub>JX</sub> ), ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM (A-X), ASIMETRÍA (A) Y CURTOSIS (C). ....	101
<b>TABLA 61.</b> RELACION DE ÍTEMS, CARGAS FACTORIALES Y COMUNALIDADES DE LA ESCALA FF IDEAL. ....	102
<b>TABLA 62.</b> RELACIÓN DE ÍTEMS ORDENADOS SEGÚN CARGAS FACTORIALES ESCALA FF IDEAL. ....	102

<b>TABLA 63.</b> <i>ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA FF-IDEAL</i> .....	103
<b>TABLA 64.</b> <i>CARGAS FACTORIALES, ALFA DE CRONBACH (A), FIABILIDAD COMPUESTA (FC) Y VARIANZA MEDIA EXTRAÍDA (AVE) EN ESCALA FFS IDEAL</i> .....	104
<b>TABLA 65.</b> <i>CORRELACIONES ENTRE FACTORES Y RAÍZ CUADRADA DE AVE ESCALA FF IDEAL</i> .....	105
<b>TABLA 66.</b> <i>ROTACIÓN VARIMAX POST ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO Y COMUNALIDADES ESCALA FF IDEAL</i> .	105
<b>TABLA 67.</b> <i>ANÁLISIS DE LAS PROPIEDADES DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA FF-TÍPICA: MEDIA (M), DESVIACIÓN TÍPICA (DT), CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL (R<sub>JX</sub>), ALPHA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ÍTEM (A-X), ASIMETRÍA (A) Y CURTOSIS (C)</i> .....	107
<b>TABLA 68.</b> <i>RELACIÓN DE ÍTEMS, CARGAS FACTORIALES Y COMUNALIDADES DE LA ESCALA FF TÍPICA</i> .....	108
<b>TABLA 69.</b> <i>RELACIÓN DE ÍTEMS ORDENADOS SEGÚN CARGAS FACTORIALES</i> .....	108
<b>TABLA 70.</b> <i>ÍNDICES DE BONDAD DE AJUSTE DE LA ESCALA FF TÍPICA</i> .....	109
<b>TABLA 71.</b> <i>CARGAS FACTORIALES, ALFA DE CRONBACH (A), FIABILIDAD COMPUESTA (FC) Y VARIANZA MEDIA EXTRAÍDA (AVE) EN ESCALA FF TÍPICA</i> .....	110
<b>TABLA 72.</b> <i>CORRELACIÓN ENTRE FACTORES Y RAÍZ CUADRADA DE AVE ESCALA FF TÍPICA</i> .....	111
<b>TABLA 73.</b> <i>ROTACIÓN VARIMAX POST ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO Y COMUNALIDADES ESCALA FF TÍPICA</i> .	111
<b>TABLA 74.</b> <i>ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS (RANGOS, MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS) DE LAS ESCALAS FES, FOS, FSS (TÍPICA E IDEAL) Y FSS</i> .....	113
<b>TABLA 75.</b> <i>MEDIDAS ORIENTATIVAS PARA CALCULAR EL TAMAÑO DEL EFECTO</i> .....	113
<b>TABLA 76.</b> <i>ESTADÍSTICA SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR</i> .....	114
<b>TABLA 77.</b> <i>TIPO DE DIAGNÓSTICO</i> .....	114
<b>TABLA 78.</b> <i>NIVEL DE ESTUDIOS TUTOR 1</i> .....	115
<b>TABLA 79.</b> <i>NIVEL DE ESTUDIOS TUTOR 2</i> .....	115
<b>TABLA 80.</b> <i>VALORACIONES SEGÚN INGRESOS FAMILIARES</i> .....	116
<b>TABLA 81.</b> <i>VALORACIONES SEGÚN EL NÚMERO DE ADULTOS QUE RESIDEN EN CASA</i> .....	116
<b>TABLA 82.</b> <i>ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL TUTOR 1 (%)</i> .....	117
<b>TABLA 83.</b> <i>ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL TUTOR 2 (%)</i> .....	117
<b>TABLA 84.</b> <i>MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE FFS, LA VARIABLE FSS, EL NIVEL DE ESTUDIOS, LOS INGRESOS FAMILIARES Y EL TIEMPO DE INTERVENCIÓN CON LA VARIABLE FOS</i> .....	119
<b>TABLA 85.</b> <i>REGRESIÓN MÚLTIPLE VARIABLES PREDICTORES DE LA ESCALA FOS CON LAS VARIABLES FSS; FF IDEAL Y FF TÍPICA, INGRESOS FAMILIARES Y TIEMPO DE INTERVENCIÓN</i> .....	120
<b>TABLA 86.</b> <i>REGRESIÓN MÚLTIPLE VARIABLES PREDICTORES DE LA ESCALA FES CON LAS VARIABLES FSS; FF IDEAL, FF TÍPICA, INGRESOS FAMILIARES Y TIEMPO DE INTERVENCIÓN</i> .....	121

*“Haz de tu calidad humana,  
la calidad de los servicios de atención temprana.  
Así las familias podrán estar seguras  
de que están haciendo lo mejor para sus hijos/as”*

# CAPÍTULO I

---

## INTRODUCCIÓN

### 1. INTRODUCTION

La familia y cómo ayudarla, han sido uno de los principales focos de interés en la atención temprana desde sus comienzos, pero no fue hasta bien entrados los años ochenta y noventa, donde en algunos países como Estados Unidos y los Países nórdicos, se identificó la necesidad de una concepción de intervención más centrada y dirigida a la familia (Mc William, 2010; Espe-Sherwindt, 2008), principalmente a partir de la influencia ejercida por las aportaciones de Urie Bronfenbrenner (1979) y su *“Teoría ecológica de los sistemas”*, donde recoge la ecología del desarrollo humano y reconoce la influencia de los sistemas, y especialmente el de la familia, con un rol significativo y decisivo en el progreso de todas las personas. Este nuevo concepto, se ha ido extendiendo por toda España en la última década del presente siglo XXI, llevando consigo cambios y transformaciones significativas en los servicios de atención temprana, debido en gran parte, a las oportunidades formativas que nos ofrece la participación en congresos y conferencias, gracias a la evidencia de investigaciones internacionales recientes, y gracias al empeño y tenacidad de grupos de investigación nacional, interesados en saber más y ampliar miras hacia este nuevo enfoque. Aunque, cabe destacar, que en España todavía hoy, tenemos pendiente establecer planes de formación que nos ayuden a perfilar este tipo de prácticas (Escorcia-Mora, García-Sánchez, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2018), proporcionando un enfoque más centrado en la familia y alejado del papel de experto en el profesional de atención temprana (Espe-Sherwindt, 2008).

#### 1.1. Antecedentes: Atención Temprana en España

El inicio de la Atención Temprana (en adelante AT) ocurrió en los años 70 del pasado siglo XX. El origen de los primeros servicios de "estimulación precoz" (hoy en día conocida como atención temprana), vino dado por el interés de algunos profesionales inquietos y preocupados por cuidar niños y niñas con retraso en el desarrollo y con la convicción de que cuanto antes pudieran comenzar el tratamiento, mejores resultados podían obtener en el desarrollo de los niños y niñas, ya que consideraban la etapa infantil como un momento de necesidades y características específicas, donde la intervención podía modificarlas (Gutiez, 1995), frente a las antiguas ideas, de que los primeros años carecían de

importancia en el desarrollo de la persona (Sameroff y Chandler, 1975). Así es, como se configura el núcleo inicial de los primeros servicios de atención temprana, bajo el término de “estimulación precoz”, el cual poco después, se desecharía, por evocar este término una aceleración inusual en el proceso de desarrollo del niño/a (Gutierrez Cuevas y Ruiz, 2012).

El modelo conceptual que brinda cobertura para la práctica profesional bajo el concepto de “estimulación precoz”, se ajusta a una concepción clínica, rehabilitadora, asistencialista y compensatoria (Casado, 2005), que entiende, que el problema está en el niño/a y, lo más importante es iniciar un tratamiento que tienda a aliviar en la medida de lo posible las consecuencias del déficit (Giné, Vilaseca, Gràcia, y García-Díe, 2004). Esta visión patológica también se extendió a la familia, como se evidenció en Cunningham (2000), se asume automáticamente que las familias con un niño/a con discapacidad, sufrían como resultado de la condición del niño/a y por ello, también deben ser atendidas. En resumen, el comienzo de la "estimulación precoz", se caracterizó por una concepción de la intervención centrada en el niño/a, dirigida a corregir el déficit y llevada a cabo por profesionales que actuaban como expertos (Dunst y Trivette, 2009). A los padres, que a menudo también eran objeto de intervención, se les confió un papel complementario, que consistía en realizar los ejercicios prescritos por el profesional en el hogar.

Las décadas de los 80 y 90 representaron el desarrollo y la consolidación de los servicios de atención temprana en España. Los profesionales en cada región se organizaron en asociaciones profesionales y, a su vez, se unen para crear un organismo estatal, el Grupo de Atención Temprana (en adelante GAT<sup>1</sup>). Reflexionan conjuntamente sobre la atención temprana y culminando con la publicación del Libro Blanco de Atención Temprana (GAT, 2000), donde definían y clarificaban el concepto de atención temprana como, un conjunto de intervenciones, llevadas a cabo por un equipo transdisciplinar y/o interdisciplinar, dirigidas a la población infantil entre 0 y 6 años, su familia y el entorno, que pretendían dar respuesta lo antes posible a las necesidades permanentes o transitorias, que presentaban los niños y niñas con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo (p.13).

Por otro lado, la publicación del Manual de Buenas Prácticas "Atención Temprana: Pautas para la calidad" (FEAPS, 2000), el cual se elabora con el fin de guiar a los profesionales durante la transición

---

<sup>1</sup> GAT: Federación Estatal de Asociaciones de profesionales de atención temprana

de un modelo asistencial – asilar, a un modelo educativo, subrayado por una visión ecológica del desarrollo y dando a la familia un papel central en la atención temprana.

A pesar de contemplar a la familia y el entorno en ambas publicaciones, fueron años en los que se aplicaba un modelo de trabajo desde la práctica conceptual y profesional, que tiene todas las características que Dunst y Trivette (2009) apuntan al modelo tradicional. En este modelo: (1) el foco es el déficit; (2) el objetivo del tratamiento es corregir / rehabilitar el posible trastorno; (3) el modelo experto es adoptado; y (4) los profesionales tomaban decisiones a lo largo del proceso (identificando las necesidades del niño y la terapia familiar, la transición a la escuela, etc.), y proporcionaban orientación a los padres para que colaborasen en el hogar.

Tras once años de trabajo en el campo de la atención temprana, el GAT realizó un estudio para valorar la implementación de la AT en las diferentes comunidades autónomas del país (GAT, 2011), observando diferencias significativas en muchos aspectos desde la elaboración del Libro Blanco de Atención Temprana en el año 2000. Este estudio, destacó entre otros, una evolución en las regulaciones normativas de atención temprana, en al menos 14 comunidades autónomas, habiéndose actualizado y regulado en unos casos por servicios sociales y en otros por sanidad; por otra parte, observaban que a pesar de que 16 comunidades autónomas contemplaban la edad de atención temprana de 0 a 6 años, solo estaban asegurándola de 0 a 3 años, hasta que daba lugar la escolarización, y reivindicaban ampliar la edad y asegurar los canales de coordinación pertinentes, también, destacaban como cambio significativo el 54.85% de casos que procedían de la derivación sanitaria; en referencia a la sectorización, hacían un llamamiento a la puesta en marcha de centros de atención temprana en las zonas rurales, ya que tan solo un 7.09% de los recursos estaban ubicados en estas zonas, lo cual dificultaba la asistencia a las familias y la coordinación de los profesionales con los diferentes ámbitos de intervención, tanto con el niño/a como con la familia; en cuanto a la población atendida (43.986 niños y niñas), veían un crecimiento considerable, quedando todavía lejos de poder atender a todos los niños y niñas de 0 a 6 años que constaban con discapacidad (78.397 niños y niñas), y todavía lejos de contemplar la población de riesgo; enfocándose en la financiación, apreciaban que el 91.76% de los centros de atención temprana eran gratuitos, bien por ser subvencionados, por concierto o por financiación pública, frente a un 7.24% que eran de financiación privada u otras; por último, y como datos importante para el presente proyecto de investigación,

destacaban el tiempo de intervención dedicado al niño y la niña 65.88%, frente al dedicado a la familia 13% y al entorno 4.83%, y especificaban en sus conclusiones la necesidad de ampliar los tiempos de intervención destinados a la familia y al entorno, así como la necesidad de estrategias efectivas para dar respuesta a los tres ámbitos de actuación (niño/a – familia – entorno).

Aunque en la actualidad, el modelo tradicional continua gozando de gran afluencia, estudios muy recientes, como el realizado por el Grupo de Investigación en Educación, Diversidad y Calidad, del Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, de la Facultad de Educación, perteneciente a la Universidad de Murcia (2018), destacan los esfuerzos realizados de algunos centros de atención temprana en los últimos cinco años en el desarrollo de acciones dirigidas a la implementación de prácticas centradas en la familia (Escorcía-Mora et al., 2018), y concluyen, destacando por una parte, los datos positivos que se vislumbran en esta investigación sobre las prácticas relacionales (basadas en el respeto, la confianza, la sinceridad, la escucha activa, la empatía y la visión positiva del profesional hacia la familia) las cuales componen parte importante de las prácticas en atención temprana, y por otra parte, la carencia en las prácticas participativas, por lo que, llegan a la conclusión, que no se estarían implementando practicas centradas en la familia (Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez, Escorcía-Mora, Sánchez-López, Orcajada, y Hernandez-Pérez, 2014), y es aquí donde la autora de este estudio junto al equipo de su investigación, destacan la importancia de incorporar programas de formación para profesionales, que ayuden a la mejora de prácticas más participativas, ya que posiblemente, las prácticas que actualmente se desarrollan por parte de los profesionales en este sentido, puede que no estén contribuyendo eficazmente a la adquisición de nuevas competencias y el uso de competencias previas por parte de las familias, así como, a la toma de decisiones informadas, para favorecer el desarrollo de sus hijos e hijas (Escorcía-Mora et al., 2018), por tanto, tampoco influirán de manera significativa sobre el empoderamiento de la familia, ya que tal como dicen estudios previos a este, las prácticas participativas son de suma importancia para fomentar el empoderamiento familiar (Dunst, Boyd, Trivette y Hamby, 2002).

## **1.2. Justificación de la Tesis**

El empoderamiento de la familia se entiende como la capacidad de la familia para gestionar de manera eficiente los eventos de su vida y tomar el control y dominio de los diferentes asuntos familiares (Dunst, Trivette y Deal, 1988).

Desde una perspectiva social, el empoderamiento supone un gran número de competencias que ya son propias de la familia, así como, la capacidad de aprender y adquirir aquellas que no poseen, las cuales, serán mejor adquiridas por la familia a través de su vida cotidiana y en su entorno natural (Rappaport, 1981). Para ello, será clave la aplicación de los principios de la andragogía [participación, horizontalidad y flexibilidad] (Adam, 1970; Knowles, Holton y Swason, 2011), que faciliten el aprendizaje del adulto, así pues, será la familia, la que destaque como “agentes” activos en la intervención que se lleve a cabo en atención temprana (De Linares y Rodríguez, 2005).

Cuando trabajamos con familias que reciben servicios de atención temprana, nuestro objetivo, será crear oportunidades para que adquieran el conocimiento, habilidades y competencias necesarias, para generar en cantidad y calidad oportunidades de aprendizaje que favorezcan el desarrollo de su hijo/a (Dunst y Bruder, 1999; Dunst, Raab, Trivette y Swason, 2012), integradas todas ellas de forma natural en sus rutinas diarias (Jennings, Hanline y Woods, 2012; McWilliam, 2010; McWilliam, Casey y Sims, 2009), y que retomen así, nuevamente el control de sus vidas y la de sus hijos/as (García-Sánchez et al., 2014). Los servicios de atención temprana deben centrarse en apoyar a toda la familia (Bailey, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simeonsson, Spiker y Wagner, 1998; Bailey, Baysse, Edmonson y Smith, 1992), ya que, es así, como la evidencia nos dice que se consigue mejorar la responsabilidad, competencia y satisfacción de la familia por la intervención (Mahoney y Perales, 2012). En este sentido, encontramos definiciones recientes de atención temprana, que destacan, la relación de colaboración y apoyo por parte del profesional y otros miembros de la red de apoyos familiar, como promotores de confianza y competencias no solo en el niño, sino también en la familia (Dunst y Espe-Sherwindt, 2017).

En este sentido, es importante que consideremos también como objetivos de atención temprana, algunos de los principios que nos definen Dunst y Trivette (1994), en cuanto a los servicios de apoyo a la familia, entre los cuales destacan: a) fomentar el sentido de la familia en la comunidad; b) proteger la integridad familiar; c) compartir la responsabilidad y la colaboración; d) promover la movilización de recursos intrafamiliares y apoyos extrafamiliares, lo que a su vez, influirá en otro de los principios como el de, e) fortalecer el funcionamiento familiar, es decir, el funcionamiento del niño/a, los cuidadores principales y la familia en general.

Las contribuciones de Zimmerman (1995) se suman a estas ideas sobre el empoderamiento de las familias. Zimmerman estudió la construcción multidimensional de empoderamiento, lo que sugiere, que la variación sobre el empoderamiento del nivel individual conducirá a cambios en sus dimensiones intrapersonales [es decir, el control percibido, la autoeficacia, el control sobre la motivación y la competencia percibida], conocimiento crítico interaccional [entendido como, los agentes causales, el desarrollo de habilidades, la transferencia de habilidades y la movilización de recursos] y los componentes de comportamiento [tales al compromiso comunitario - organizacional, y las conductas de afrontamiento] (Zimmerman, 1995).

Por lo tanto, si las práctica relacionales y participativas en atención temprana centradas en la familia marcan el éxito de la intervención (Dunst, Trivette y Hamby, 2007), y la familia sale así más empoderada, este nivel de empoderamiento tendría una influencia directa en el estado emocional de los receptores de intervención, y, por consiguiente, en sus dimensiones intrapersonales, cognitivas e interaccionales (Speer y Peterson, 2000; Christens, 2012). Este proceso crea un efecto de retroalimentación constante entre el empoderamiento y el funcionamiento diario de la familia, lo que implica una influencia positiva en el bienestar del niño/a, los cuidadores principales y la familia en general, que bien puede verse traducido, en una mejor percepción de calidad de vida familiar (Brown y Brown, 2014; Dempsey y Dunst, 2004; McWilliam y Garcia-Grau, 2019)

La evidencia, dice que las prácticas de atención temprana centradas en la familia favorecen el empoderamiento familiar (Trivette, Dunsty Hamby, 2010; Dempsey y Keen, 2008), y que, con el uso de estas prácticas relacionales y participativas, la familia adquiere más competencia para enfrentarse a los retos que les depara su vida diaria (Dunst, Trivette, Hamby y Bruder, 2006; McWilliam, Casey y Sims, 2009). Por lo tanto, este proyecto de investigación sugiere como objetivo principal, identificar la relación entre los diferentes tipos de servicios de atención temprana y la calidad de estos, con respecto al nivel de empoderamiento de las familias atendidas en tales servicios, ya que no se encuentran estudios anteriores, que desde el enfoque tradicional clínico, asistencial y rehabilitador, hayan puesto su atención sobre la influencia de estos servicios en el empoderamiento de la familia. Es importante considerar que los centros de atención temprana que han participado en la investigación no han sido seleccionados aleatoriamente, ya que todos están en un proceso de transformación, aunque todavía algunos de ellos están implementando prácticas tradicionales, centradas en el niño/a, mientras que

otra parte de centros, están en un proceso mas avanzado hacia la implementación de prácticas centradas en la familia.

Por otro lado, este estudio plantea otros objetivos de conocimiento como, que el nivel de empoderamiento de la familia pueda estar determinado también por otros factores, como, a) el estatus socioeconómico de la familia, estudiado a partir del cómputo general, por una parte de los ingresos familiares, los cuales hasta el momento se ha estudiado su influencia sobre la percepción de calidad de vida de la familia (Davis y Gabida-Payne, 2009; Giné, Gràcia, Vilaseca, Salvador-Beltran, Balcells-Balcells, Dalmau, y Mas, 2015), junto al nivel de estudios y el estado laboral de la familia, los cuales también se han estudiado sus repercusiones e influencias directas sobre la percepción de calidad de vida familiar (Giné et al., 2015), y b) los diferentes apoyos recibidos de la familia, los cuales son importantes considerar tal y como destaca Serrano (2007) en su libro *“Redes sociais de apoio e seua relevancia para a intervenção precoce”* (Redes sociales de apoyo y su relevancia para la atención temprana). Como resultado de estas cuestiones, otros objetivos, no menos importantes de este trabajo son, por un parte, determinar la influencia de algunos datos sociodemográficos, el estado socioeconómico de la familia y los apoyos que reciben las familias que reciben servicios de atención temprana en España, en relación al nivel de empoderamiento de las mismas , mientras que por otra parte, es necesaria la validación de todas las escalas que compone el dossier de recogida de datos, ya que debido a las exigencias y rigurosidad al respecto, queremos asegurar la fiabilidad, y por tanto el impacto esperado de este proyecto de investigación, no solo en Portugal (desde donde se lidera el trabajo), sino también, en España, donde se han recogido los datos y se ha llevado a cabo el estudio.

# CAPÍTULO II

---

## MARCO TEÓRICO

### 2. MARCO TEÓRICO

Tal y como se menciona anteriormente, ya ha quedado evidenciada, la significación de la familia y los entornos naturales, para el desarrollo del niño/a, y por tanto, para los servicios de atención temprana, ya que, los entorno naturales son potencialmente óptimos para crear entornos competentes (Perpiñan, 2009) y enriquecedores para el desarrollo del niño/a (Wade, Mildon y Matthews, 2007), donde se pueden aprovechar las fortalezas tanto del niño/a como de la familia para la dotación de experiencias y oportunidades de aprendizaje que mejoren, por tanto, la evolución del propio niño/a con trastornos en el desarrollo o riesgos de padecerlos, no solo durante la visita del profesional de atención temprana, sino en mayor medida, durante el tiempo transcurrido entre visitas (McWilliam, 2011; McWilliam y Garcia-Grau, 2019; Peterson, Luze, Eshbaugh, Jeon y Kantz, 2007), ya que el niño/a crece y se desarrolla con sus cuidadores principales y su familia de forma positiva, siendo estos adultos, los agentes más significativos e influyentes en la vida del niño/a en este momento de su vida (Bailey, McWilliam, Darkes, Hebbeler, Simmeonsson, Spiker y Wagner, 1998; Bruder, 2000).

Estas son unas de las razones, por las que toma especial sentido la implementación de la atención temprana desde el enfoque de prácticas centradas en la familia. Además de estas cuestiones, este estudio también hace hincapié en la calidad de los servicios de atención de temprana y el empoderamiento de las familias en estos servicios. En este sentido, este mismo capítulo trata con más detalle estas cuestiones, pero a modo de anticipo, es importante considerar, que en la actualidad, ya existen numerosos estudios que evidencian la eficacia de las prácticas centradas en la familia, y especialmente con familias más vulnerables, como pueden ser, familias con discapacidad intelectual (Wade, Mildon y Matthews, 2007), con diferencias culturales (Dempsey y Dunst, 2004) o diferentes estatus socio-económicos (Law Hanna, King, Hurley, King, Kertoy, y Rosenbaum, 2003; Trivette, Boyd y Hamby, 1995; Trivette, Dunst y Hamby, 1996), así como, por otra parte, también existe evidencia que aprecia, la mejora considerable del sentido de auto-eficacia y competencia percibida por las familias que reciben este tipo de prácticas (Dunst y Espe-Sherwindt, 2017; Espe-Sherwindt, 2019; Dunst, Trivette y Hamby, 2006; Judge, 1997; Law, Rosenbaum, King, King, Burke-Gaffney, Moning, Szkut,

Kertoy, Pollock, Viscardis y Teplicky, 2003;), y por tanto, en el empoderamiento de la misma.

## **2.1. Calidad en los servicios de Atención Temprana**

No existen en la actualidad demasiados estudios que se centren en la calidad de los servicios de atención temprana, pero, cuando se habla de calidad en las intervenciones implementadas desde este campo, una de las principales variables que se tiene en cuenta, es el nivel de satisfacción de las familias con los servicios recibidos (McWilliam, Valdiviere, Angell, Colling y Underdown, 1995). Teniendo en cuenta, que las características de la calidad en los servicios de atención temprana parten de las diferencias individuales y familiares (Aytch, Cryer, Bailey y Salz, 1999), se entiende que la satisfacción valorada no solo por las familias, sino también por los profesionales, siempre es considerada desde el punto de vista del impacto del servicio en general y la intervención en particular (Konton y Diamons, 2002), sobre el desarrollo del niño/a y el funcionamiento familiar. Aquí es donde residen los esfuerzos por definir la calidad de los mejores servicios de atención temprana (Aych et al., 1999; Odom, McLeal, Jonhson y LaMontagne, 1995), los cuales también buscan una fidelidad en la implementación de prácticas basadas en evidencias (Guralnick, 2019; Halle, Metz y Martines-Beck, 2013).

Con relación al desarrollo del niño y la niña, estudios previos dicen que, el niño/a mejora su desarrollo proporcionalmente a la calidad de los servicios en los que son atendidos (Rodger y Keen, 2017), obstaculizando estos mismos servicios su desarrollo, cuando su calidad es deficiente (Helburn, 1995; Kontos, Howes, Galinsky y Shinn, 1994; Whitebook, Howes y Phillips, 1989). Algunos obstáculos identificados, para la implementación de prácticas de calidad, han sido, la falta de formación sobre modelos eficaces de atención temprana; la falta de investigaciones y diseminaciones empíricas dirigidas a la audiencia adecuada; y los conocimientos y actitudes de los profesionales (Bruder 2000; Bruce, Letouneau, Ritchie, Larocque, Dennis y Elliot 2002; Campbell y Halbert, 2002). Por otra parte, otros estudios realizados, evidencian como facilitador de los servicios de atención temprana eficientes y de calidad, la involucración de la familia en la intervención, para mejorar y potenciar el desarrollo del niño/a (Childress, 2004; Dunst, 2002). Ya Bronfenbrenner (1975) en su Teoría Ecológica de los Sistemas, destaca la importancia del sistema familiar (situado en el mesosistema), con relación al desarrollo del niño/a (situado en el microsistema). Es evidente, que cuando los cuidadores principales están involucrados en los servicios de atención temprana, desarrollando sus capacidades y

competencias, los resultados son significativamente positivos para el niño/a y para la familia (Dunst, Bruder y Esper-Sherwindt, 2014). Es por ello, que las familias apuntan mucha más satisfacción en cuanto a la calidad de los servicios se refiere, en aquellos servicios de atención temprana donde se implementan prácticas centradas en la familia, frente a los resultados obtenidos con los servicios que implementan prácticas tradicionales, asistenciales, rehabilitadoras o clínicas (Judge, 1997; King, King, Rosenbaum y Goffin, 1999; Konton y Dian, 2002; Law, Hanna, King, Hurley, King, Kertoy y Rosenbaum, 2003; McWilliam, Snyder, Harbin, Porter y Munn, 2000; Neff, Eichner, Hardy, Klein, Percelay, Sigrest y Stucky 2003; Trivette, Duns y Hamby, 1996; Wade, Mildon y Matthews, 2007).

Cuando hablamos de implementación de practicas centradas ne la familia, no podemos obviar las etapas de implementación por las que tendrán que pasas los servicios de atención temprana para conseguir los resultados y la calidad que esperan de sus intervenciones (Guralnick, 2019). En un estudio de meta-análisis sobre 47 estudios previos, llevados a cabo en siete países diferentes, sobre la implementación de prácticas eficaces en atención temprana, relacionan las prácticas centradas en la familia, con un nivel significativamente superior de satisfacción de las familias respecto a otros tipos de prácticas, ya que, potenciaban fuertes creencias familias, sobre su sentido de auto-eficacia y de control, y sobre el gran sentimiento de utilidad de los apoyos y los servicios recibidos (Dunst, Trivette y Hamby, 2007a). Además, otros estudios, también evidencian la satisfacción de las familias con este tipo de prácticas, por la percepción que tienen, respecto a la mejorara en el comportamiento de sus hijos e hijas, respecto a la percepción de bienestar familiar y, por último, respecto al sentido de competencia y confianza con el estilo educativo que seguían las propias familias (Dunst et al., 2007a; Reich, Bickman y Heflinger, 2004).

Otras variables, que hablan sobre la calidad de los servicios de atención temprana, atienden a, quiénes son los agentes principales de intervención con el niño/a (los profesionales o la familia); dónde se lleva a cabo la intervención (en entornos clínicos o entornos naturales); y cuando se lleva a cabo esa intervención (en el horario establecido del profesional o cuando aparece el interés del niño y los cuidadores lo aprovechan con oportunidades de aprendizaje) (Rantala, Uotinen y McWilliam, 2009), lo cual, coincide con los indicadores que desde Estados Unidos definen en las prácticas centradas en la familia en atención temprana, a) el foco de la intervención se centra en la familia, b) el apoyo y el respeto a las decisiones familiares, y c) proveer servicios diseñados sobre las fortalezas del niño/a y el

funcionamiento familiar (McBride, 1999).

### **2.1.1 ¿Quiénes son los agentes principales para las prácticas de atención temprana de calidad?**

En este sentido, es clara una de las últimas definiciones que encontramos de atención temprana propuesta por Dunt y Espe-Sherwindt (2017), donde queda especificado quién es el proveedor de apoyo, en qué consiste este apoyo y quién es el receptor de este, podemos verlo literalmente a continuación:

*“Los diferentes tipos de apoyo a la crianza de los hijos/as que proporcionan los profesionales de la primera infancia y otros miembros de redes sociales que proporcionan a los padres el tiempo, la energía, los conocimientos y las destrezas necesarios para involucrar a sus hijos en las oportunidades cotidianas de aprendizaje infantil que promueven y mejoran la confianza y la competencia tanto del niño/a como de los padres” (p. 831).*

Multitud de investigaciones, avalan el uso de prácticas centradas en la familia, en la consecución de resultados positivos para el niño y para la propia familia, (Duns y Trivette, 2005; King, King, Rosenbaum y Goffin, 1999; Trivette, Duns, Boyd y Hamby, 1995; Trivette, Dunst, y Hamby, 1996; Wilson, 2005). Contemplar a la familia en los servicios de atención temprana, ha sido uno de los principales pilares en este campo, cómo apoyar y acompañar a toda la familia, no solo a las necesidades que presenta el niño/a, adquiere un significado especial en los servicios eficaces de atención temprana (Bailey et al., 1998; Bailey, Baysse, Edmonson y Smith, 1992). Desde el conocimiento, de la importancia que tienen las fortalezas familiares, cómo potenciarlas y aprovecharlas en pro del desarrollo del niño/a y sus aprendizajes (Diéz-Martínez, 2008; Dunst, 2002; Fuertes y Palmero, 1998; Mas y Giné, 2010), la preocupación por atender las necesidades, no solo que presenta el niño/a, sino también las de la familia, ha sido un reto permanente y manifiesto en esta disciplina (Bailey, Aytch, Odom, Symons y Wolery, 1999; Casado, 2006; De Linares y Rodríguez, 2005; Espe-Scherwindt, 2008; Millá y Mulas, 2005; Perpiñán, 2009; Shonkoff y Meisels, 1990).

Además de la ya mencionada anteriormente, se pueden encontrarse otras definiciones de atención temprana centrada en la familia en las que identifican el rol del profesional en la implementación de las

prácticas, y resaltan el rol de las familias como agentes principales de la intervención, entre otras, destaca la definición que hace CANCHILD (Law, Rosenbaum et al., 2003): *"La atención temprana centrada en la familia se compone de un conjunto de valores, actitudes y enfoques en los servicios para niños/as con necesidades especiales y sus familias. La intervención centrada en la familia reconoce que cada familia es única, que la familia es una constante en la vida del niño/a y que son expertos en las capacidades y necesidades de los niños/as. La familia trabaja con profesionales para tomar decisiones informadas sobre los servicios, que apoyan al niño, la niña y a la familia. En la intervención centrada en la familia, están consideradas las fortalezas y necesidades de todos los miembros"* (p.2).

Por otro lado, Espe-Sherwindt (2008), presenta las prácticas centradas en la familia como una filosofía, una forma de entender el cuidado desde unas actitudes profesionales ineludibles, reconociendo y respetando el papel central de la familia. *"En esencia, las prácticas centradas en la familia son una forma sistemática de crear una asociación con las familias, (a) implica tratarlas con respeto y dignidad, (b) respetar sus valores y opciones, y (c) proporcionar apoyo para fortalecer y promover su funcionamiento como familia"* (p.136).

De igual modo, y en esta misma línea, Allen y Petr (1996) realizaron un estudio, basado en el análisis de más de cien artículos, en los cuales encontraban 28 definiciones sobre lo que se entendía por prácticas centradas en la familia. Este trabajo, les dio la oportunidad de establecer de forma consensuada algunos de los principios subyacentes a estas prácticas, donde al igual que anteriores definiciones mencionadas, se destaca el rol significativo de la familia y las cualidades profesionales que dan soporte a este tipo de prácticas eficaces y de calidad en atención temprana, descritas y ampliadas posteriormente por otros autores con DEC (2014) o más recientemente Espe-Sherwindt (2019).

- ✓ La familia, se convierte en el foco de todo el proceso de intervención (evaluación, planificación e intervención), a pesar de que la preocupación esté relacionada con un solo miembro de la familia.
- ✓ El equipo de profesionales de atención temprana, están representados por la igualdad, el respeto y la colaboración familia-profesional.
- ✓ El profesional respeta las decisiones de la familia y sus prioridades, durante todo el proceso de intervención, así com el funcionamiento propio de la familia.

- ✓ La familia está incluida en la planificación de su intervención, siendo esto un facilitador para potenciar sus habilidades y competencias.
- ✓ Los planes de intervención de atención temprana son individualizados, atendiendo a las necesidades, estrategias y apoyos tanto formales como informales de cada familia.
- ✓ Los profesionales involucran a las familias en la todo el proceso de identificación, acceso y movilización de recursos y apoyos.

Con todas estas observaciones, y atendiendo a la evidencia, se puede entender que el rol del profesional en los servicios de atención temprana eficientes y de calidad, debe centrarse en apoyar a la familia para la mejora del desarrollo de su hijo/a (Rantala, Uotinen, McWilliam, 2009), a lo largo de todo el proceso de intervención, desde la acogida hasta la transición de este, siempre apoyados por la evidencia (Buysse, Wesley, Snyder y Wilton, 2006; Espe-Sherwindt, 2019). En lo que ha esto respecta, los estudios previos realizados revelan, que si en el momento de acogida de la familia, la descripción del programa está centrado en las cuestiones relacionadas con el niño/a, es muy probable que la familia entienda, que la intervención ofrecida por el servicio de atención temprana este dirigida únicamente al niño/a, más que a proveer de apoyo a toda la familia (Rantala, Uotinen, McWilliam, 2009). El estudio realizado por Dunst, Johanson, Trivette y Hamby (1991) muestra, cómo los términos utilizados por los diferentes servicios de atención temprana, para describir sus tipos de intervención, y por tanto su filosofía y valores, no son, en muchas ocasiones, fieles ni ajustados a lo que realmente desempeñan, dando lugar a equívocos en la interpretación de las familias acerca del servicio que se va a recibir, de igual modo, describen formas para poder discernir las explicaciones acerca del servicio, y así, conseguir ofrecer a la familia una información con orientaciones certeras acerca de la filosofía implementada en dicho servicio (por ejemplo, centrado en la familia). La explicación que se ofrece a las familias en el momento de acogida, describiendo la intervención que se lleva a cabo en el servicio de atención temprana, es un tema al que no se le puede restar importancia en el proceso de implementación (Rantala, Uotinen, McWilliam, 2009), ya que será el primer paso para ajustar las expectativas que tiene la familia sobre el servicio (P.J. McWilliam, 1999).

Tras el paso de acogida a la familia en los servicios de atención temprana, se encuentra la evaluación. Algunos estudios previos sobre prácticas centradas en la familia apuntan la importancia de poner en énfasis de la intervención, sobre las fortalezas y apoyos de la familia, más que sobre sus necesidades y déficits (Dunst, 2000; Neff et al., 2003; Childress 2004). Otros estudios, muestran cómo en los

servicios de atención temprana de baja calidad, encuentran desajustes significativos, entre lo que los profesionales consideran que necesita la familia y lo que realmente necesita la familia (Halfon, Regalado, McLearn, Kao y Wright, 2003; Young, Davis, Schoen, Parker, 1998), llegando a encontrar una discrepancia entre profesionales y familias, superior al 40% de los ítems evaluados por ambas partes (Garshelis y McConnell, 1993). Los estudios de Dunst (2002), Espe-Sherwindt (2019) y McWilliam y García-Grau (2019) entre otros, reflejan la importancia de que, las prácticas eficientes en atención temprana respondan a las preocupaciones, prioridades y circunstancias cambiantes que identifica y elige la propia familia. Además, otros estudios, consideran la importancia de la evaluación en el entorno natural del niño/a, más que en un ambiente aislado, ya que para implementar prácticas eficaces y por tanto de calidad en los servicios de atención temprana, se debe considerar el funcionamiento de la familia, sus apoyos, sus fortalezas, necesidades y recursos (Wade, Mildon y Matthews, 2007).

Considerar todos estos aspectos no es fácil, pero son imprescindibles para asegurar la calidad de los servicios de atención temprana en el momento de la evaluación. De acuerdo, a las observaciones de McWilliam y Scott (2001a), las necesidades que presentan las familias pueden ir directamente relacionadas con el desarrollo de su hijo/a, tales a, los riesgos en su desarrollo, su discapacidad o recursos que les pueden ayudar, e indirectamente relacionadas, las cuales suelen atender a las necesidades básicas de la vida diaria familiar (Maslow, 1948).

Siguiendo el hilo de estos autores, resulta interesante tomar como ejemplo de implementación de prácticas centradas en la familia, el Modelo Basado en las Rutinas de McWilliam (2010), el cual está basado en las teorías de aprendizaje de los adultos (Boud, Keogh y Walker, 2013), las teorías ecológicas de Bronfenbrenner (1986) y la comprensión de la teoría de los sistemas familiares de Bailey, Winton, Rouse, y Turnbull (1990), implementado por excelencia en los servicios de atención temprana centrados en la familia en España, con muy probablemente algunas variaciones al modelo original, pero proporcionando un marco de trabajo centrado en la familia y el funcionamiento del niño/a en sus rutinas (McWilliam y García-Grau, 2019).

En este modelo de implementación de atención temprana, se define un proceso de evaluación previo a establecer el programa de intervención con la familia. En el mismo, destaca por una parte la identificación de los apoyos que tiene la familia, así como la relación establecida con cada uno de ellos,

ya que la evidencia de estudio previos concluye, que los apoyos sociales de los cuales se rodea la familia, son buenos predictores en la consecución de los objetivos que se persiguen con la intervención (Dunst, 2000; Dunst y Trivette, 2009; Serrano, 2019).

Por otra parte, se elabora la Entrevista Basada en Rutinas, descrita por primera vez en el libro *Family-centered intervention planning: A routines-based approach* (McWilliam, 1992). Esta entrevista, proporciona una lista de prioridades para la familia, extraídas de sus preocupaciones principales, las cuales han sido previamente analizadas, e incluye las habilidades inmediatas que serán útiles para la participación del niño/a en sus entornos naturales (McWilliam, 2010).

Como se puede observar, no se valoran las necesidades, a partir de pruebas estandarizadas, que dan como resultado los déficits del niño/a, respecto a su edad cronológica, marcando así una edad de desarrollo y por tanto favoreciendo la elegibilidad de los servicios de atención temprana que necesita, lo cual suele ser muy común en los servicios de atención temprana (Vehkakoski, 2003), a pesar de existir estudios previos, que evidencian, por una parte, la descontextualización de estas herramientas con la vida diaria de la familia (Bagnato, 2006; Bronfenbrenner, 1986; Gallimore, Wersner, Kaufman y Bernheimer, 1989), y por otra, la poca utilidad de este tipo de herramientas en los servicios eficaces de atención temprana, para desarrollar los programas de intervención individualizados con las familias (Dunst y McWilliam, 1988), sino que, podemos decir, que cuanto más específica es la demanda de la familia (en sus prioridades y objetivos de intervención), más efectiva puede ser nuestra ayuda desde los servicios de atención temprana.

Hacer una valoración de los déficits o la patología del niño/a, es más propio de los programas de atención temprana basados en un enfoque de experto, rehabilitador y/o clínico, que, de un enfoque centrado en la familia (Dunst et al., 1991). A partir de este tipo de valoraciones, centradas en el déficit, el profesional informa inicialmente a la familia sobre las decisiones tomadas respecto a los programas de intervención que se plantean, sin valorar las fortalezas, ni compartir con la familia esta información, para que sea ella misma quien tome las decisiones informadas relacionadas con su programa de intervención, y en definitiva con su propia vida (Espe-Sherwindt, 2019; Wade, Mildon y Matthews, 2007). Las investigaciones previas, muestran, como los modelos de prácticas de atención temprana centradas en la familia con estilos de ayuda y colaboración para con la familia (donde se informa a la familia para tomar las decisiones sobre su programa de intervención), están asociados a altos niveles de

autoeficacia y control percibido por las propias familias receptoras de dichos servicios (Judge, 1997) fortaleciendo así las relaciones entre la familia y el niño/a, reconociendo sus fortalezas y competencias como familia (Espe-Sherwindt, 2019). Además, también se ha evidenciado, los altos niveles de satisfacción por parte de las familias, con este rol del profesional en los servicios de atención temprana (Law, Hanna et al., 2003), lo cual, invita a pensar, que los estilos colaborativos y de ayuda, son buenos predictores de calidad de los servicios de atención temprana. En la Figura 1 se pueden observar los diferentes tipos de evaluaciones relacionados con los aspectos a valorar y el rol profesional, señaladas por los autores Neisworth y Bagnato (2004), los cuales incorporan a esta información los contextos donde se llevan a cabo las evaluaciones, de los que hablamos más adelante.

	DESCONTEXTUALIZADO		CONTEXTUALIZADO	
	<b>Clínico</b>	<b>Simulado</b>	<b>Análogo</b>	<b>Natural</b>
<b>¿Dónde?</b>	Espacio simulado, laboratorio	Replica situaciones	Cada rutina del día a día	Cada rutina del día a día
<b>¿Qué?</b>	Estímulos y respuestas estándar	Comportamientos bajo demanda	Comportamiento natural iniciado	Comportamiento espontaneo
<b>¿Cómo?</b>	Test Psicométricos	Test estructurados u observación planeada	Observación directa; Información de la familia, entrevista.	Observación directa; Información de la familia, entrevista.
<b>¿Quién?</b>	Profesional certificado	Profesional certificado	Profesional y cuidadores principales	Profesional y cuidadores principales

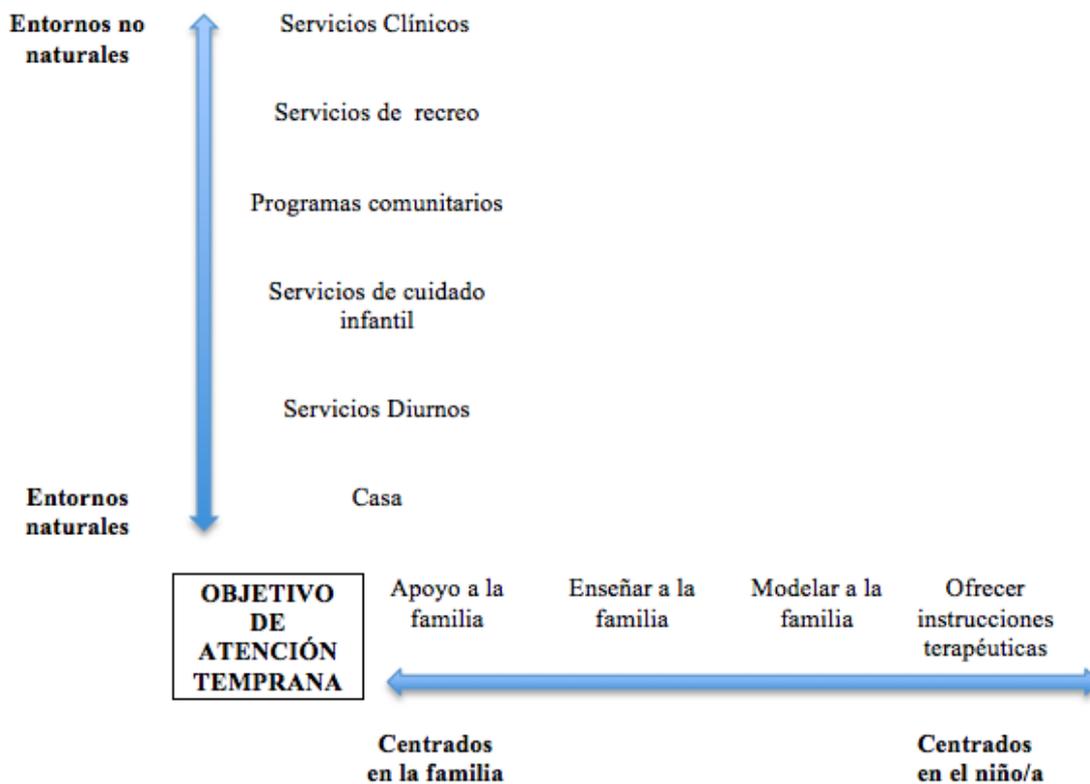
**Figura 1.** Variables de las evaluaciones con relación a los contextos donde se llevan a cabo. (Adaptado de Neisworth y Bagnato, 2004)

Así, tras la evaluación y compartir esta información con la familia para que tome las decisiones acerca de su intervención, surge el Plan Individual de Atención a la Familia (PIAF), conocido en inglés como *Individualized Family Services Plan Team* (IFSP) (IDEA, 2004), el cual, debe involucrar, colaborando en la toma de decisiones respecto al mismo, a los cuidadores principales, para determinar apropiadamente, los objetivos de desarrollo del niño/a y el estado de prioridades de la familia (McWilliam y García-Grau, 2019; Raver y Childress, 2015). Así mismo, el Plan Individual de Atención a la Familia (PIAF), debe componerse de los apoyos de confianza con los que cuenta la familia, las necesidades, preocupaciones y prioridades que ha determinado la familia, los objetivos, y los servicios que la acompañaran para conseguir dichos objetivos (Rantala, Uotinen y McWilliam, 2009).

En cuanto a la realización del PIAF, también existen algunas cuestiones a considerar por los servicios de atención temprana de calidad, ya que uno de los propósitos del programa de intervención, es determinar el servicio más adecuado, de acuerdo con las necesidades funcionales y las razones del problema detectado, en términos de funcionalidad entendidos (Rantala et al., 2009). Atendiendo pues a estos criterios, las autoras Raver y Childress (2015) definen algunos criterios para la redacción de los objetivos, 1) incorporar información específica relacionada a la conducta o habilidad que se desea que el niño/a consiga; 2) considerar las circunstancias en las que esa habilidad o comportamiento será aprendido; y 3) contemplar los criterios establecidos estipulados para considerar logrado ese objetivo (p. 64). Por otra parte, estas mismas autoras, marcan unas características que deben cumplir los objetivos bien diseñados y descritos en el PIAF, tales a, que estén basados en las fortalezas del niño/a y la familia, en las esperanzas y deseos que la familia tiene para ese niño/a, que sean individualizados, contextualizados, funcionales y medibles (p. 65).

Tras la realización del plan de intervención, da paso la implementación de esta. Hay algunos aspectos referidos a la intervención, que se tratan en el siguiente epígrafe, pero se adelanta, que estudios previos, han concluido que, las prácticas centradas en la familia implementadas en los entornos naturales del niño/a y su familia, han demostrado ser más eficaces para la consecución de objetivos, que otros tipos de prácticas implementadas en entornos artificiales o clínicos (Law y Darrah, 2014; Novak, McIntyre, Morgan, Campbell, Dark y Morton, 2013). En la figura 2 se puede ver, como las prácticas se van alejando de las recomendadas, o consideradas de calidad, a medida que el trabajo con la familia se va disipando en colaboración y se va haciendo cada vez más terapéutico, y, por tanto, en las que el profesional adquiere un rol de experto, centrado en el niño/a y sus déficits.

Ya desde el proceso de evaluación en atención temprana, se habla del papel colaborativo que desempeña el profesional con la familia, en las prácticas de atención temprana centradas en la familia (Trivette y Dunst, 2000), las cuales se pueden empezar a identificar como prácticas eficaces y de calidad a lo largo de este capítulo. Para describir más en profundidad el rol del profesional y la relación colaborativa, se analiza las prácticas, que ya definen muchos autores al respecto, y que dividen como, “prácticas relacionales” y “prácticas participativas” (Dempsey y Dunst, 2004; Dunst, Boyd, Trivette y Hamby, 2002; Espe-Sherwindt, 2008), las cuales, conjuntamente en la implementación de la intervención por parte del profesional, constituyen esa relación de ayuda que Dunst (2000) llama “help-giving”.



**Figura 2.** Entorno de implementación de la intervención Vs relación con los agentes principales en las práctica de atención temprana. (Adaptada de Rantala, Uotinen y McWilliam, 2009)

En lo que refiere, a las “prácticas relaciones”, son aquellas prácticas que definen la relación efectiva establecida entre el profesional y la familia, y las cuales parten de unas actitudes que son imprescindibles por parte del profesional para asegurar la horizontalidad en la intervención. Entre ellas, destacan, la escucha activa, la empatía, la sinceridad, el respeto y la visión positiva hacia la familia (Dempsey y Dunst, 2004; Dunst et al., 2002; Escorcía-Mora et al., 2018; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014). Por otra parte, las “prácticas participativas”, son aquellas orientadas a la acción colaborativa, y las que tienen más influencia sobre el empoderamiento de la familia, van dirigidas a compartir toda la información con la familia, a potenciar y respetar la toma de decisiones informada por parte de la familia, a fomentar las habilidades previas que ya formaban parte de la misma, y a la ayuda y capacitación de la familia en nuevas habilidades y competencias útiles para el desarrollo de su hijo/a y para mejorar en general el funcionamiento familiar (Dempsey y Dunst, 2004; Dunst et al., 2002; Escorcía-Mora et al., 2018; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014).

Algunos estudios realizados sobre este tipo de prácticas, identifican, que muchos servicios de atención

temprana, los cuales se definen como centrados en la familia, muestran un desequilibrio entre las practicas relacionales y participativas es sus procesos de implementación de la intervención, viéndose así, potenciadas las primeras y por tanto marcada la horizontalidad y la visión positiva establecida con y hacia la familia, pero, poco involucradas las segundas, por tanto, con deficiencias en la ayuda para identificar las habilidades y competencias previas de la familia, que enriquezcan así su sentido de autoeficacia, y la capacitación de nuevas habilidades que favorezcan su sentido de competencia y por tanto que influyan sobre el nivel de empoderamiento de la familia (Escorcia-Mora et al., 2018; Espe-Sherwindt, 2008). Tales servicios, no cumplirían los estándares de calidad, que hasta el momento se han definido en este trabajo, relacionados con el rol del profesional. En los estudios más recientes realizados en España, concluyen que, actualmente el intercambio de información con la familia no es acorde a los definidos por las prácticas en atención temprana centradas en la familia, en relación con la participación e implicación de las familias en mostrar y poner en auge durante la intervención, sus competencias y aprendizajes previos (Escocia-Mora et. al 2018).

Por otra parte, en las prácticas de atención temprana eficaces y de calidad, tal y como se observa a lo largo de este capítulo, el agente principal de la intervención es la familia, y sobre todo los adultos de esta, es importante considerar el proceso de aprendizaje de éstos, el cual, difiere al proceso de aprendizaje de los niños/as. Los niños/as aprenden mejor a partir de sus intereses e iniciativa, con experiencias repetitivas que les ayuden a explorar, practicar y dominar las habilidades y aprendizajes que han adquirido en su contexto habitual y entorno natural, con las personas propias de tales contextos y entornos y que forman parte de su vida diaria (Anastasiow, 1990; Escorcia-Mora et al. 2018; García-Sánchez et. al, 2014; Nelson, 2000; Tierney y Nelson-III, 2009). Mientras que, por otra parte, los aprendizajes del adulto y por tanto los de la familia, son más efectivos a partir del modelado, el feedback en las interacciones y las estrategias de coaching que ayuden en el acompañamiento e instrucción del adulto en la adquisición de esos nuevos aprendizajes (Escorcia-Mora et at., 2018; Knowles, Holton y Swason, 2005; Rush y Shelden, 2011). Cuando la enseñanza del aprendizaje va dirigida únicamente a la transmisión de información, no se asegura su aprendizaje por parte del adulto, de igual forma, que no se hará efectivo este aprendizaje como habito incluido en sus rutinas diarias, es por ello por lo que el profesional debe ayudar y acompañar en el análisis de la habilidad o competencia a lo largo del proceso de aprendizaje de esta (Escorcia-Mora et. al 2018; McWilliam, 2010).

Por último, tras el proceso de intervención, daría paso la transición a otros recursos y/o servicios (educativos, sociales y/o sanitarios). Poco, hasta el momento, se encuentra en la evidencia, pero si destaca el trabajo realizado con Lansman (2001), el cual desarrollo un estudio comparativo entre familias de niños/as con trastornos emocionales graves, que habían recibido atención temprana desde el enfoque de prácticas centradas en la familia y las que no, tras recibir el alta. En este estudio demuestran, que las prácticas centradas en la familia proporcionan más estabilidad en la vida del niño/a y por tanto en la de su familia, que otro tipo de prácticas en atención temprana no centradas en la familia (Landsman, Groza, Tyler y Maloke, 2001).

### **2.1.2 ¿Dónde y cuándo se llevan a cabo las intervenciones para que sean eficaces y de calidad?**

Con relación al dónde, de acuerdo con McWilliam (2010), la idea de ofrecer atención temprana implementada en los entornos naturales es muy posiblemente, el evento más importante que ha ocurrido en este campo desde la última década del siglo XX. Familia, escuela y comunidad, son reconocidos como los "agentes" que potencialmente más pueden influir sobre el desarrollo del niño/a, a través de las oportunidades de aprendizaje que les proporcionan las rutinas de su vida diaria. En este sentido, el Work Group on Principles and Practices in Natural Environments (Grupo de Trabajo sobre Principios y Prácticas en Entornos Naturales) (2008) dice: *"la misión de la atención temprana se centra en las familias, y proporcionar apoyos y recursos para ayudar a los familiares y cuidadores principales a promover el desarrollo y el aprendizaje de los niños/as a través de oportunidades cotidianas"*, de esta idea, se puede extraer por tanto, la importancia de los entornos propios y naturales, donde se dan esas oportunidades de aprendizaje diarias, tal y como evidencian algunos estudios, entendiendo los entornos naturales como espacios ricos de oportunidades de aprendizaje para el niño/a, ofreciendo éstos, posibilidades de generalización únicas, por las condiciones en la que se da la adquisición de esos aprendizajes (Dunst, 2019; Dunst y Bruder, 1999; Dunst et al., 2001a, 2001b; Dunsts y Raab, 2004).

En el epígrafe anterior, ya se habla de algunos estudios que evidencian, la involucración de la familia en los servicios de atención temprana, como facilitador para la eficacia y calidad de los servicios (Childress, 2004; Dunst, 2002), al igual que hay trabajos de investigación que concluyen, que las intervenciones eficaces, son aquellas que consideran los entornos naturales del niño/a (Wade, Milton y Matthews, 2007). En relación a esto, también hay estudios en los que se piensa, que la filosofía de los

servicios de atención temprana y el contexto donde se llevan a cabo, también están relacionados, con la forma en la que el profesional involucra a la familia en la intervención de su hijo/a (Dunst, Bruder y Espe-Sherwindt, 2014), inhibiendo o promoviendo la capacidad de la familia (Dunst, Bruder, Trivette, Raab y McClean, 2006a), para identificar los intereses del niño/a en las oportunidades de aprendizaje que les ofrece su vida diaria, lo cual, invita a la familia a que fomente el uso de sus competencias y la adquisición de nuevos aprendizajes, para mejorar así, el proceso de aprendizaje y desarrollo de su hijo/a (Swanson, Raab y Dunst, 2011).

La implementación de la intervención de atención temprana en los entornos naturales se lleva a cabo a través de las visitas domiciliarias, conocidas en inglés como “home visit”, las cuales, proveen a la familia, por una parte, de información y por otra, de apoyo tanto material como emocional (McWilliam y Scott, 2001). Las aportaciones que hace el profesional de referencia de la familia en estas visitas domiciliarias están basadas en el funcionamiento del niño y la familia dentro de sus rutinas diarias, y requieren de una sólida justificación de los objetivos funcionales establecidos en el programa de intervención PIAF (McWilliam, 2011; McWilliam y García-Grau, 2019). El profesional de referencia para la familia en la visita domiciliaria, puede identificar cómo están evolucionando las cosas respecto al desarrollo del niño/a y el funcionamiento de la familia a partir de la implementación de la intervención, de igual manera, que puede determinar qué le gustaría hacer a la familia o que hiciera el niño/a en una rutina específica, puede también, reconocer discrepancias entre la demanda del nivel de competencias que requiere la rutina y las habilidades o intereses que tiene el niño/a, y además, valorar las estrategias que la familia ha probado previamente, y así, ofrecer información acerca de esa y/u otras posibles estrategias potencialmente óptimas para la familia y el niño/a. A partir de aquí, puede medir el interés de la familia por las estrategias planteadas, y siempre que la familia esté interesada en dichas estrategias, se las enseña - modela, considerando en todo momento cómo aprenden los adultos (McWilliam, 2011).

Algunas de las razones, por las que hoy en día, varios estudios justifican la intervención en entornos naturales, mediante las visitas domiciliarias son, a) que el entorno natural del niño/a es un espacio óptimo para dar apoyo a la familia, b) que este apoyo en el entorno natural evita los desplazamientos de la familia, y por último y más sólido, c) que las investigaciones han demostrado que los profesionales que implementan la intervención en el entorno natural del niño/a, usan más y mejor el

enfoque de prácticas centradas en la familia, que los que implementan la intervención en centros (McWilliam, 2003; McWilliam et al., 2000; Rantala et al., 2009), por tanto, el hecho de la implementación de prácticas centradas en la familia, lleva consigo que se asegure la calidad de los servicios de atención temprana, con intervenciones eficaces, las cuales se dan cuando son implementadas en los entornos naturales del niño/a y la familia (Wade, Milton y Matthews, 2007).

Hanft y Pilkington (2000), sugieren que la relación colaborativa establecida entre el profesional y la familia en los entornos naturales del niño/a, es la clave de eficacia y calidad en los servicios de atención temprana, ya que como se decía anteriormente, los entornos naturales del niño/a, son los espacios idóneos para generalizar los aprendizajes y las nuevas competencias adquiridas (Dunst, 2019; Dunst, Bruder, Trivette, Raab y McLean 2001). Cuando se contemplan, las rutinas de la vida diaria de la familia en la implementación de la intervención de atención temprana, las familias sienten más significación e implicación en las intervenciones con su hijo/a, sienten la intervención como algo más de su día a día, y no como un hecho extra que deben de añadir a su vida diaria (Dunst et al., 2002).

En un estudio realizado por Dunst, Bruder y Espe-Sherwindt (2014), basado en un meta-análisis sobre el apoyo proporcionado por los servicios de atención temprana, bajo el enfoque de prácticas centradas en la familia, con familias que recibían estos servicios en los entornos naturales y familias que los recibían en centros de atención temprana, identificaron que, la provisión de atención temprana en parte o totalmente fuera del entorno natural, es decir sin visita domiciliaria, se asocia con menos involucración de la familia en dicha intervención (Dunst, Bruder y Espe-Sherwindt, 2014), hecho que también se puede observar en la Figura 2 (presentada en el epígrafe anterior) recopilada y adaptada del estudio realizado por Rantala, Uotinen y McWilliam (2009), en la cual, se identifica el entorno donde se implementa la intervención en relación al rol que asume la familia en la misma. En los resultados del estudio al que se está haciendo mención, se puede ver, como tan solo, el 22% de las familias que estaban recibiendo los servicios de atención temprana en el centro, se sentían involucrados en la intervención, frente al 54% de familias que se sentían totalmente involucradas en la intervención y un 52% que se sentían parcialmente involucradas, en las intervenciones que se implementaban en el domicilio, y por tanto consideraban los entornos naturales del niño/a y su familia como lugar idóneo para la implementación de la misma (Dunst et al., 2014). De las familias que estaban recibiendo

intervención en los entornos naturales, tan solo un 4%, no se sentían involucradas en la implementación de esta.

La visita domiciliaria, es la práctica coherente de los servicios de atención temprana basados en la filosofía centrada en la familia. McWilliam (2008) las define como el encuentro entre profesional y familia, en lugares cotidianos para el niño/a, como puede ser su casa u otro entorno de la comunidad. Además, también apunta, la importancia de entender adecuadamente este modo de intervenir, y no pensar que es únicamente un cambio de espacio. Como aclaración a esto, algunos autores, destacan como objetivo de la intervención, el de ayudar a la familia para mejorar el desarrollo de sus hijo/a, ofreciéndole oportunidades de aprendizaje en ambientes naturales (Dunst, Hamby, Trivette, Raab y Bruder, 2000), ya que, desde este modo de implementación de la atención temprana, se requiere de la participación de todos los agentes implicados en la vida del niño/a y su familia, así como, de una coordinación intersectorial que favorezca la comunicación entre los distintos recursos involucrados en la vida del niño/a y la familia (agentes sociales, educativos y sanitarios), facilitando a la familia la derivación y la transición a ellos, siempre que esto se requiera (McWilliam, 2010). Esta coordinación, es muy probable, que también influya en la eficacia y por tanto en la calidad del servicio, ya que el hecho de que los profesionales conozcan la información acerca del resto de recursos agiliza los procesos para que se pueda identificar qué necesita el niño/a y/o la familia en un momento determinado, informándola adecuadamente y orientando a la familia sobre los procedimientos del recurso que conjuntamente se valore más adecuado para atender sus circunstancias del momento.

Con toda la información recopilada hasta el momento, se puede entender la visita domiciliaria como, prácticas eficaces implementadas por los servicios de atención temprana que aseguran la calidad, y que consisten, en visitas al entorno natural del niño/a (domicilio y comunidad), realizadas por el profesional de atención temprana de referencia para la familia, que de forma colaborativa con la familia, educadores y/u otros cuidadores principales, identifican el estado de la intervención en relación al desarrollo del niño/a y el funcionamiento familiar, valoran las estrategias implementadas hasta el momento y buscan conjuntamente estrategias, que faciliten oportunidades de aprendizaje en las rutinas de la vida diaria del niño/a y la familia, ajustadas a los intereses y prioridades de la familia, así como a los intereses del niño/a, y su nivel de competencia, adquiriendo el profesional el rol de, tras el ejercicio de comprensión y escucha activa con la familia, proveerles con respeto, honestidad, empatía, humildad y confianza, de la información, orientación y/o estrategias más adecuadas al momento de

intervención y prioridad de la familia, enseñando, modelando y ofreciendo feedback a la familia, siempre que así lo desee, acerca de las estrategias planteadas para la intervención, con el fin de que tras esta visita, sea la familia la promotora de esas estrategias, aprovechando las oportunidades de aprendizaje de su vida cotidiana y por tanto siendo los agentes principales en los aprendizajes y desarrollo de su hijo/a. La afirmación de Frank F. Maple (1977), explica muy adecuadamente el objetivo y visión del profesional de atención temprana que implementa con eficacia sus prácticas en visitas domiciliarias, el autor dice: *"En mi opinión nuestro objetivo como profesionales no es aprender a ser una estrella, sino ayudar a las familias a convertirse en la estrella de su vida"* (citada por Dunst y Trivette, 1994b, p. 170).

En Estados Unidos, tan solo el 25% de las intervenciones de atención temprana son implementadas fuera del entorno natural (Hebbeler, Spiker, Bailey, Scarborough, Mallink, Simeonsson y Nelson, 2007; US Department of Education, 2012). No se cuenta con esta misma realidad en España, ya que uno de los estudios más recientes desarrollados en el país, identifica la visita domiciliaria, como una de las prácticas del enfoque centrado en la familia, que menos se da en la actualidad (Escorcía-Mora et al., 2018).

Por tanto, en relación a la cuestión de dónde (entornos naturales o centro de atención temprana) se desarrolla la implementación de la intervención de los servicios de atención temprana eficaces y de calidad, influye muy probablemente la manera en la que la familia se involucra en la "construcción de capacidades" de su hijo/a, por lo que se recomienda solo la excepcionalidad de dejar de hacer la intervención en los entornos naturales, cuando haya causas suficientemente sólidas que lo justifiquen (Dunst et al., 2014), ya que las prácticas de atención temprana implementadas en los entornos naturales, fomentan los aprendizajes del niño/a, potenciando las competencias ya adquiridas y promoviendo la adquisición de otras nuevas, a partir de las experiencias, eventos y lugares que forman parte de la vida diaria del niño/a, los cuales se completan de multitud de oportunidades de aprendizaje (Swanson et al., 2011). Además, si se atiende al impacto sobre el desarrollo del niño, las intervenciones centradas en la familia, las cuales propician de forma diaria, la interacción de la familia con el niño/a, tienen un impacto considerablemente superior que las intervenciones destinadas únicamente sobre el niño/a (Dunst et al., 2001; Hanft y Pilkington, 2000; McWilliam, 2000)

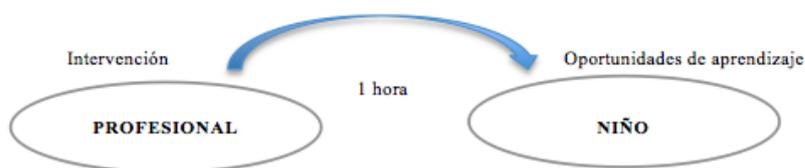
Con esta última idea y a lo largo de este epígrafe, ya se ha hecho referencia al cuándo de la intervención en los servicios de atención temprana eficaces y de calidad, pero se intenta a continuación ampliar estas ideas, para clarificar, la última variable cuestionada en referencia a la calidad de los servicios de atención temprana, ¿más es mejor?

Las oportunidades de aprendizaje para el niño/a, se dan en su vida diaria y en su entorno, y parten de las experiencias de participación que le proporciona su familia y su comunidad (Dunst et al., 2001b). Algunos estudios evidencian, que cuando, las experiencias diarias del niño/a, están basadas en sus intereses, y se facilita la participación e implicación en estas experiencias, promoviendo que haga uso de sus competencias, enseñándole habilidades nuevas y reconociendo el impacto de sus acciones sobre su entorno, el desarrollo y aprendizaje del niño/a mejora considerablemente (Dunst et al., 2001a).

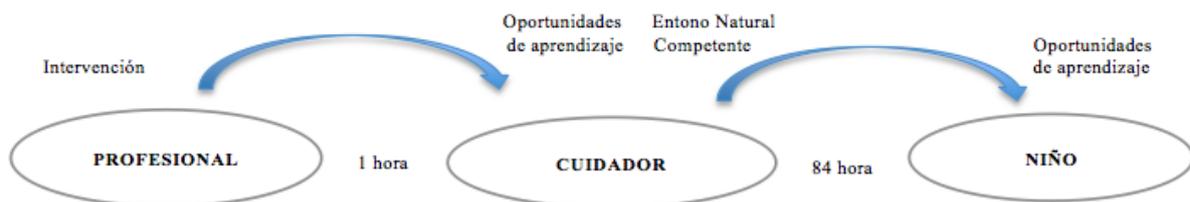
Los modelos de intervención en atención temprana tradicionales minimizan el rol de la familia, siendo ésta, agente pasivo, y por tanto sin posibilidad de implicarse en los objetivos de aprendizaje y desarrollo de su hijo/a (Campbell y Sawyer, 2009; Mahoney y Wigger, 2007; McBride y Peterson, 1997), ya que, el rol asumido por el profesional, no suele proveer a la familia de apoyo que les capacite para promover ese aprendizaje en su hijo/a (Hebbeler y Gerlach-Downie, 2002). Por lo que, resulta más interesante, cambiar el tiempo que el profesional dedica únicamente con el niño/a, por tiempo que el profesional dedica con la familia, para pensar conjuntamente, sobre qué está pasando durante las visitas en los entornos naturales (Jung, 2003), lo cual ayuda, por una parte, a maximizar las oportunidades de aprendizaje que se dan en el entorno natural de forma habitual y que proporcionan experiencias para el niño/a, y por tanto, aprendizaje, conocimiento y desarrollo (Dunst, 2019; Dunst et al. 2001a), mientras por otra parte, ayuda a incorporar la intervención a las rutinas que la familia suele seguir de forma diaria, ya que éstas, proveen de muchos pequeños momentos de aprendizaje y aplicación de los conocimientos adquiridos (Cripe y Venn, 1997, Dunst, 2019; McWilliam, 2010). La familia, tiene infinitas más oportunidades de potenciar los aprendizajes y desarrollo de su hijo/a, que las que tiene el profesional de atención temprana (Dunst et al., 2014; Jung, 2003), el cual no es, ni el agente más significativo para el niño/a, ni tampoco el más permanente en su vida.

De acuerdo con la figura 3, que propone Jung (2003), se observa, como la provisión de estrategias a la familia, permite maximizar las oportunidades de aprendizaje en el entorno natural del niño/a, favorecido gracias a las experiencias de participación que tiene en sus rutinas diarias. El autor hace una aproximación de 12 horas al día que el niño/a esta despierto, y por tanto involucrado en su día a día, con lo cual a lo largo de la semana el niño/a puede tener un total de 84 horas de oportunidades de aprendizaje y por ende de intervención, frente a la hora de intervención que el profesional puede ofrecerle plena de oportunidades de aprendizajes, desde los modelos más tradicionales.

### MODELOS DE SERVICIOS CENTRADOS EN EL NIÑO



### MODELOS DE SERVICIOS CENTRADOS EN LA FAMILIA



**Figura 3.** Oportunidades de aprendizaje a través de las experiencias diarias. Gráfico sobre incremento de oportunidades para mejorar la probabilidad de impacto positivo sobre el desarrollo del niño/a. (Adaptado de Jung, 2003)

Es cierto que, en el comienzo de la intervención, puede que la familia tenga dudas en cómo aprovechar esas oportunidades de aprendizaje, pero Jung (2003), también dice, que el aprovechamiento y el número de oportunidades, van incrementando, a medida que se instaura el modelo de trabajo de involucración a la familia en la intervención implementada en el entorno natural. Por lo que concluye diciendo: *“... algunas veces, más es mejor, pero a menudo, el camino más eficaz para conseguir más es apoyando las habilidades de la familia para maximizar las oportunidades de aprendizajes naturales, e incorporar así la intervención dentro de sus propias actividades y rutinas”* (p. 26). En este sentido, y atendiendo al principio de “Menos es Más”, es importante que valoremos en los servicios de atención temprana de calidad, la eficacia en la implementación de servicios, es decir, utilizando menor número de recursos, procedimientos, componente o elemento, conseguir los resultados que se habían previsto

(Dunst, 2019).

Así pues, en lo que refiere a la calidad de los servicios de atención temprana, a lo largo de este punto, se puede concluir, por una parte, que la calidad parte del nivel de satisfacción de las familias, el cual dependen en gran medida del nivel de involucración que permita el servicio a la familia en la intervención de sus hijos. Por otra parte, se observa, que la calidad de los servicios también está influenciada por el agente al que va dirigido la intervención, entre los cuales, se define claramente por las revisiones que se hacen a lo largo de este trabajo, que la familia es el agente principal de la intervención, siendo ésta la que más impacto puede tener sobre el aprendizaje y desarrollo de su hijo/a con trastornos en el desarrollo o riesgo de tenerlo. En relación al dónde se lleve a cabo la intervención, también se ha revisado, la importancia de los entornos naturales como factor de eficacia y calidad, ya que son estos los entornos idóneos de funcionalidad y generalización de aprendizajes del niño/a, y en los cuales se identifican numerosas oportunidades de aprendizaje, que permiten la participación del niño/a y por tanto de vivir experiencias, que gracias a las rutinas se repetirán constantemente y permitirán que el niño/a practique competencias adquiridas y adquiera otras nuevas, que favorecerán su desarrollo. Y con relación al cuándo se lleva a cabo la intervención, se ha hecho una revisión de los estudios más significativos que evidencian, que el niño/a aprende por medio de sus intereses, experiencias e interacciones en sus entornos naturales, por lo que, concluíamos con la idea de Jung (2003), que nos aclaraba el concepto de más será mejor, pero más solo lo conseguiremos a través de la familia, aprovechando sus actividades y rutinas diarias, lo que nos lleva al principio de “menos es más” que analiza Dunst (2019) para acalarar la eficacia en la implementación de los servicios de atención temprana.

Una vez aclaradas estas variables de estudio, acerca de la calidad de los servicios de atención temprana, también es importante recalcar, que la calidad y eficacia de los servicios de atención temprana, se depositan bajo el paradigma de la visión bio-psico-social, donde como prácticas recomendadas en atención temprana destacan las prácticas centradas en la familia, tal y como muestra el Division for Early Intervention (DEC, 2014), el cual asume la eficacia y calidad de estos en relación, a la mejorara del desarrollo del niño/a con trastornos en el desarrollo, centrándose en los datos que evidencias una relación positiva entre las prácticas recomendadas y el bienestar familiar.

## **2.2. Practicas Centradas en la Familia en Atención Temprana.**

Probablemente, uno de los precursores más importantes de las prácticas centradas en la familia, fue Carl Rogers (1961) (Law, Rosenbaum et al. 2003), quien con el modelo "centrado en el cliente", se esforzó por dar mayor significación y control de la intervención al cliente que al profesional. La "Association for the Care of Children in Hospital" (Asociación para la Atención de Niños en el Hospital), en los años sesenta del siglo pasado, incorporó estas ideas de cuidado de los niños/as y sus familias, al poner en auge el concepto "family-centered care" (cuidado centrado en la familia). Posteriormente, muchos estudios y evidencias han ido construyendo lo que hoy conocemos como prácticas en atención temprana centradas en la familia.

Dunst y Trivette (2009), entre algunos de los componentes en los que se centran para la construcción de la filosofía de prácticas centradas en la familia identifican, el enfoque ecológico del desarrollo humano y los sistemas sociales (Bronfenbrenner, 1979), la teoría de "empoderamiento" de Rappaport (1981), los resultados sobre las fortalezas de las familias de Stinnett, Chesser y DeFrain (1985), el apoyo social de Gottlieb (1981) y por último, el trabajo de Cronenwett y Brickmant (1982) sobre las prácticas de ayuda. Tal y como muestran las teorías que construyen la base de estas prácticas en atención temprana, la familia es el eje vertebrador de esta filosofía, y como ya se ha mencionado con anterioridad, la preocupación por qué y cómo hacer con la familia, ha sido una constante permanente en este campo.

En los esfuerzos de aclaración de esta constante preocupación, algunos estudios, describen la transición de los enfoques en atención temprana más tradicionales hacia el enfoque centrado en la familia, como un continuo, en el que la relación de ayuda y el rol de la familia se diferencian claramente, y por tanto, se pueden describir diferentes modelos de intervención (Dunst et al., 1991; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014), desde los modelos centrados en el profesional, donde éste adquiere el rol de experto, determinando las necesidades del niño y la familia, hasta los modelos centrados en la familia, en los que el profesional considera a la familia como un miembro más del equipo de intervención, y que por tanto, establece una relación de colaboración en pro del desarrollo del niño/a y el funcionamiento familiar. En la transición de las diferencias entre ambos modelos, se contemplan otros, con diferentes líneas de trabajo. Por una parte, los modelos de familia como aliada, entendiendo también el rol de experto del profesional, ya que es éste, el responsable de identificar las necesidades del niño/a y la familia, pero con la característica de considerar la capacidad

de intervenir de la familia, en otras palabras, la familia sería co-terapeuta de la intervención, por otra parte, los modelos enfocados en la familia, los cuales, siguen manteniendo el rol de experto del profesional en la identificación de necesidades, pero potencian la posibilidad de elección de la familia, entre las diferentes propuestas que le plantea el profesional, sin contemplar en ningún caso, la opción de potenciar las competencias familiares o valorar qué necesita para fomentar el desarrollo de su hijo/a con trastornos o riesgo de los mismos (Dunst et al., 2002; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014). Otros estudios, han evidenciado que las variaciones entre asumir un modelo de trabajo u otro, puede ser predictor de la relación de ayuda establecida, marcada principalmente por el profesional hacia la familia (Brickman, Kidder, Coates, Rabinowitz, Cohn y Kazuza, 1983; Dunst et al., 2002; Karuza, Rabinowitz y Zenon, 1986; Ryn y Heaney, 1997). En la Tabla 1, recuperada y adaptada de García-Sánchez et al., (2014), se puede observar una breve descripción de estos modelos, teniendo en cuenta en cada uno de ellos, el rol del profesional, de la familia, la responsabilidad de la descripción de objetivos y los aspectos más significativos de la intervención.

Los principios de la atención temprana centrada en la familia (McWilliam, 2010) basados en evidencias y desarrollados a partir de la propuesta que plantea el Work Group on Principles and Practices in Natural Environments (2008), ayudan a entender la filosofía y los modelos prácticos que se han ido construyendo para la implementación de estas prácticas en el campo de la atención temprana, estos principios especifican que:

1. Los niños, aprenden mejor a partir de las experiencias diarias e interacciones con la gente y el contexto familiar.
2. Todas las familias, con los apoyos y los recursos necesarios, pueden favorecer el aprendizaje y desarrollo de su hijo/a.
3. El rol principal del profesional de atención temprana, es apoyar y trabajar con los miembros de la familia y los cuidadores principales en la vida del niño/a.
4. El proceso de intervención en atención temprana, desde la acogida hasta la transición, ha de ser dinámico, individualizado, reflejando al niño/a y los miembros significativos de su familia, contemplando los estilos educativos y sus creencias culturales.

**Tabla 1***Continuo de modelos de atención temprana*

<b>MODELO</b>	<b>ROL DEL PROFESIONAL</b>	<b>ROL DE LA FAMILIA</b>	<b>DECISIÓN DE OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>
<b>Profesional Experto</b>	Experto			
	Delimita necesidades y organiza soluciones	Pasivo		Tratamiento ambulatorio a cargo del profesional
	Responsable exclusivo del programa de intervención	Llevar al niño/a a la intervención	Profesional	
<b>Familia como aliada (Co-Terapeuta)</b>	Experto			
	Delimita necesidades y organiza soluciones	Activo		Tratamiento ambulatorio a cargo del profesional y en casa a cargo de la familia
	Enseña/forma a la familia sobre cuestiones técnicas de la intervención	Hacer en casa los ejercicios prescritos por el profesional	Profesional	
<b>Enfocado en la Familia</b>	Experto		El profesional plantea opciones	Tratamiento ambulatorio a cargo del profesional
	Delimita necesidades y organiza soluciones	Algo Activo		Orientaciones a la familia en casa, pero con poco seguimiento
	Orienta a la familia	Hacer en casa los ejercicios prescritos por el profesional	Familia decide entre ellas, sobre todo en lo que refiere a las posibles acciones que hace la familia en casa	
<b>Centrado en la Familia</b>	Experto en psicología del desarrollo y trastornos de este			
	Apoyo y consultor de la familia	Activo	Descritos por el profesional a partir de las preocupaciones y prioridades identificadas por las familias en la valoración funcional	Intervención con la familia en el entorno natural del niño/a, aprovechando las oportunidades de aprendizaje que les facilitan sus actividades y rutinas diarias
	Colaborador en la generación de oportunidades de aprendizaje en las rutinas de la familia	Experta en las necesidades y prioridades de su hijo/a y su familia		
	Co-responsable de la intervención	Co-responsable de la intervención	Compromiso compartido	

Nota. Tabla recuperada y adaptada de García-Sánchez et al. (2014)

5. Los objetivos de los programas de intervención de la familia (PIAF), deben ser funcionales, basados en las necesidades del niño/a, las preocupaciones familiares y las prioridades identificadas por la familia.
6. Las preocupaciones, prioridades e intereses de la familia, serán mejor atendidos por un profesional que cuente con el apoyo de su equipo y la comunidad.

7. La intervención con la familia y el niño/a, tiene que estar soportada por principios específicos, prácticas validadas, basadas en evidencias a partir de las mejores y más recientes investigaciones, así como de las leyes y regulaciones vigentes más relevantes en este campo

A partir de los principios, se establece una definición clara de qué son las prácticas centradas en la familia, ahora bien, en ocasiones puede haber prácticas difíciles de catalogar y, por tanto, puede que se trabaje bajo la filosofía de prácticas centradas en la familia, pero que en la implementación de la práctica se encuentren incongruencias con la filosofía que se pretende seguir. En un empeño por diferenciar de forma sencilla y clarificada qué son y qué no son las prácticas centradas en la familia, Roggman, Boyce e Innocenti (2008), resumen las principales características de las prácticas centradas en la familia, frente a las prácticas tradicionales, tal y como se ve en la Tabla 2.

**Tabla 2**

*Diferencias en las prácticas de atención temprana*

<b>Prácticas Centradas en la Familia</b>	
<b>Significa...</b>	<b>No significa...</b>
Preguntar a los cuidadores principales cómo es el niño/a, qué puede hacer y qué les gustaría que hiciese	Evaluar el desarrollo del niño/a con pruebas estandarizadas, y explicamos cuáles son las necesidades del niño/a
Ayudar a los cuidadores principales, a encontrar su propio estilo educativo y su forma de enseñar, porque se pretende que la familia pueda seguir apoyando a sus hijos/as durante todo el proceso de desarrollo	Hacer actividades con el niño/a para servir como un modelo para su familia
Construir una relación de colaboración con familia, en pro al desarrollo del niño/a	Establecer una buena relación con la familia y luego trabajar con el niño/a
El profesional, ayuda a la familia, a pensar en los recursos disponibles para aprovechar las oportunidades de aprendizaje con su hijo/a en los entornos y las rutinas habituales.	El profesional proporciona los materiales que se utilizarán en las sesiones que se llevan a cabo en el centro o durante la visita domiciliaria

Nota. Diferencias en las prácticas centradas en la familia contra el paradigma tradicional o las creencias infundadas. Tabla recuperada y adaptada de Roggman, Boyce, Innocenti (2008).

Por tanto, queda especialmente referenciado que las prácticas centradas en la familia en el campo de la atención temprana, consideran que la familia es el agente activo y más significativo para lograr los mejores resultados en el aprendizaje y desarrollo de su hijo/a, ya que, algunos estudios apuntan, que las familias con un óptimo sentido de competencia, confianza y auto-eficacia, es decir empoderadas, con recursos y capacidades para favorecer el desarrollo de su hijo/a, pueden proporcionar un entorno

familiar que satisfaga perfectamente las necesidades del niño/a, y apoyar así eficazmente, su proceso de aprendizaje y desarrollo, lo cual invita a destacar, la importancia de forjar alianzas significativas con las familias (Bruder, 2000; Espe-Sherwindt, 2019; Powell, Batsche, Ferro, Fox y Dunlap, 1997).

La relación de colaboración entre la familia y el profesional es uno de principales principios de la atención temprana centrada en la familia (Wolery y Hemmeter, 2011). Para ello es importante que el profesional que provee de atención temprana a la familia desarrolle la capacidad de respetar y no juzgar las reacciones de la familia con relación a sus valores, creencias y estilos de vida (Espe-Sherwindt, 2008; Zang y Bennett, 2001). De igual modo, es importante no confundir la relación colaborativa con la relación de amistad, a pesar de ser un apoyo amable y cordial, es necesario establecer límites profesionales, los cuales no están marcados en una relación de amistad (Raver y Childress, 2015). Espe-Sherwindt (2008), en relación con esto dice: *"... No es suficiente con ser simpático"* (p.139), ya que ser acogedor con la familia o tener estupendas habilidades comunicativas, no lleva implícito que el servicio de atención temprana este centrado en la familia (García-Sánchez et al., 2014; Espe-Sherwindt, 2008).

Una vez más, la evidencia apunta, que la relación de ayuda y colaboración con la familia en atención temprana centrada en la familia, se puede diferenciar en, 1) prácticas relacionales, y 2) prácticas participativas (Dunst et al., 2002). Como ya se ha mencionado, las prácticas relacionales, son las identificadas apriori como buenas prácticas clínicas (Brammer, 1993; Combs y Gonzalez, 1994, Dunst et al., 2002), las cuales, han sido clarificadas y descritas en otros estudios, caracterizándolas por las actitudes profesionales de escucha activa, empatía, cercanía y honestidad, desarrolladas en su relación con la familia (Dunst et al., 2002), además de estar seriamente determinadas por la visión positiva hacia la familia (Espe-Sherwindt, 2008). Por otra parte, las prácticas participativas, de las cuales también se ha hablado, están más relacionadas con la ayuda a las familias, para que encuentren soluciones y adquieran conocimientos y competencias que mejoren sus situaciones familiares, que incluyen su elección, su toma de decisiones y la participación activa en el transcurso de la intervención, y así, lograr los resultados que desean en cuanto al desarrollo de su hijo y su funcionamiento familiar (Dunst et al., 2002; Maple, 1977; Northouse, 1997; Rappaport, 1987).

Se debe considerar también, que algunas actitudes que pueden aparecer en los profesionales, pueden también obstaculizar los resultados óptimos de la intervención, como así pasa, cuando el profesional

no entiende ni valora las prácticas centradas en la familia (Baum y McMurray-Schwarz, 2004; McWilliam, Maxwell, y Sloper, 1999), cuando existe falta de voluntad para reconciliarse con puntos de vista de las familias que difieran de los suyos, cuando hay carencias en las habilidades para implicar y trabajar con familias (Flynn y Nolan, 2008) y/o cuando existe una visión equivocada del rol que desempeña la familia para con su hijo/a.

Es obvio, que para que los profesionales de atención temprana implementen correctamente las prácticas relacionales y participativas, en sus intervenciones centradas en las familias, necesitan una formación, sólida y bien definida para trabajar con diferentes niños/as y familias. Esta formación debe dotar al profesional de conocimientos en, 1) el desarrollo infantil, en las diferentes áreas del desarrollo, 2) prácticas centradas en la familia, 3) andragogía, para saber apoyar adecuadamente al adulto, y 3) estrategias suficientes para fomentar el desarrollo y aprendizajes del niño/a y la familia a través de sus rutinas diarias (DEC, 2014). En la Figura 4, se pretende presentar los requisitos formativos para el profesional de atención temprana que implementa sus intervenciones con familias y niños/as desde en el enfoque de prácticas centradas en la familia. Los profesionales, necesitan formación para conseguir un trabajo eficaz con las familias, tanto a nivel emocional, como a nivel educativo (Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson y Beegle, 2004; Dinnebeil y Hale, 1999).



**Figura 4.** Base formativa del profesional de atención temprana para implementar prácticas centradas en la familia en atención temprana

Por tanto, de acuerdo a las líneas marcadas por la Division for Early Childhood (DEC, 2014), se entiende, por una parte, que las relaciones colaborativas en las visitas domiciliarias se centran en identificar cómo integrar las estrategias en las rutinas familiares, para que las familias puedan implementarlas a lo largo de la semana a pesar de no estar el profesional de atención temprana presente (Ridgley, Snider, McWilliam y Davis, 2011; Sandall, Hemmeter, Smith y McLead, 2005). Anteriormente, ya se ha hablado de dónde se lleva a cabo la intervención de atención temprana, concluyendo que las prácticas de atención temprana eficaces y de calidad, se deben implementar en los entornos naturales del niño/a y la familia, en este sentido DEC (2014) identifica estos espacios, como los lugares habituales para el niño/a y la familia (casa, escuela, parque...), y donde de forma natural también se encuentran niños/as sin dificultades en el aprendizaje, fomentando así la interacción del niño/a con trastornos en el desarrollo con estos otros niños sin dificultades en este sentido. Además, las rutinas, materiales y actividades usados en la visita domiciliaria, son las comunes del niño/a y la familia, las que forman parte de su entorno habitual, con el fin de potenciar las fortalezas y capacidades del niño/a de forma individualizada y significativa, basada en sus intereses (Coppe y Bredekamp, 2009).

Otro concepto, importante a considerar y en muchas implementaciones relacionado con las prácticas de atención temprana centrada en la familia, es el de equipo transdisciplinar, el cual se compone de profesionales de distintas disciplinas, pero que trabajan conjuntamente, de forma diacrónica, unisona y transversal, en colaboración con la familia a lo largo de todo el proceso de implementación de la intervención. Los profesionales, identificados para la familia como su profesional de referencia, adoptan el rol de facilitador y consultor, con la finalidad de minimizar su toma de decisiones, potenciando su participación en orientar a la familia, para que sea ésta la responsable de un proceso informado de toma de decisiones. Los profesionales, por tanto, deben apoyar y orientar a la familia, sin hacerles creer que son incompetentes en el proceso de intervención de su hijo/a (Dunst, Trivette y Deal, 1988), aquí toma especial relevancia la temporalidad de las sesiones, que el profesional esté demasiado presente, puede hacer a la familia sentirse incompetente (Jung, 2003).

Desde las prácticas centradas en la familia, se acompaña y apoya a la familia, atendiendo a sus prioridades, potenciando sus fortalezas, y confiando en sus elecciones, más que poniendo énfasis en rectificar sus debilidades (Brody, Stonenam, MacKinnon, y MacKinnon, 1985). El trabajo del profesional es facilitar a la familia lo máximo posible el proceso de desarrollo de su hijo/a, pero siendo

conscientes de lo importante que es para estos cuidadores principales, que conocen perfectamente los intereses de su hijo/a, y que como agentes permanentes en la vida del niño/a, sean conscientes que tienen infinitas oportunidades de aprendizaje que aprovechar para el desarrollo del niño/a en el transcurso de su vida diaria. La familia, por tanto, es la clave del equipo de intervención, y los profesionales tienen que trabajar junto a ellos (Patterson, 2002). En este sentido la transdisciplinariedad en la intervención minimiza los servicios y por tanto su fragmentación, y reduce las posibilidades de informaciones contradictorias y confusas para las familias (Carpenter, 2007).

### **2.3. Empoderamiento.**

Múltiples disciplinas han contribuido, a través de sus estudios, en la definición de empoderamiento, desde las estructuras organizacionales de negocios, la educación y la logopedia, hasta la medicina, el trabajo social y la psicología organizacional, entre otros. Pero fue Rappaport (1981), desde la Psicología Comunitaria quien contribuyó a estas definiciones, considerando el empoderamiento en la familia, en oposición a la actitud directiva de los profesionales; este concepto, pronto fue incorporado a la organización y gestión de los modelos de atención temprana (Dunst, Trivette y Lapointe, 1992).

El empoderamiento, implica que muchas competencias, ya son propias de la familia o son posibles aprenderla (Espe-Sherwind, 2008), ya que ese pobre funcionamiento competencial, es el resultado de estructuras sociales (Rappaport, 1981), que han imposibilitado a la familia para adquirir esas competencias, que serán mejor aprendidas y adquiridas en los entornos de su vida diaria, donde la familia es la experta (Dunst y Espe-Sherwindt, 2017; McWilliam 2010; McWilliam y García-Grau, 2019; Rappaport, 1981). A partir de estas contribuciones, se marcan tres principios a considerar, de los cuales el profesional debe partir para favorecer el empoderamiento en la familia, en primer lugar, la creencia de que todas las personas tienen fortalezas y capacidades, así como, la creencia en su capacidad de adquirir nuevas competencias; en segundo lugar, tener el conocimiento sobre, que el hecho de que una persona no demuestre competencias en algo, no es debido a los déficits de la persona, sino, a la incapacidad de los sistemas sociales para dotarla de las oportunidades y experiencias para que se adquieran, se comprendan y se muestren esas competencias; y por último, el tercero de los principios marcados, es tomar conciencia que para fortalecer o adquirir competencias siempre es mejor, a través de experiencias que contribuyan y se atribuyan a las capacidades de la persona y que repercutan sobre su vida diaria (Dunst, 2007; Dunst et al., 1992).

Por otra parte, Dunst, Trivette y Deal (1988) marcan tres condiciones importantes para favorecer el empoderamiento de la familia, a partir de prácticas profesionales de ayuda y colaboración. El primero de ellos, hace referencia a la proactividad de la intervención, para la adquisición de competencias por parte de la familia. En segundo lugar, crear experiencias donde la familia pueda poner en acción sus competencias. Y, por último, en tercer lugar, destacan, el sentido de control, en relación con la toma de decisiones de los asuntos familiares.

La filosofía de empoderamiento sugiere cambios sobre, cómo son vistas las preocupaciones y circunstancias del momento, cómo son dirigidas esas preocupaciones y deseos, y sobre cómo hacer efectivos los indicadores de los resultados, relacionados con los esfuerzos para el empoderamiento de la persona (Rappaport, 1984).

### Tabla 3

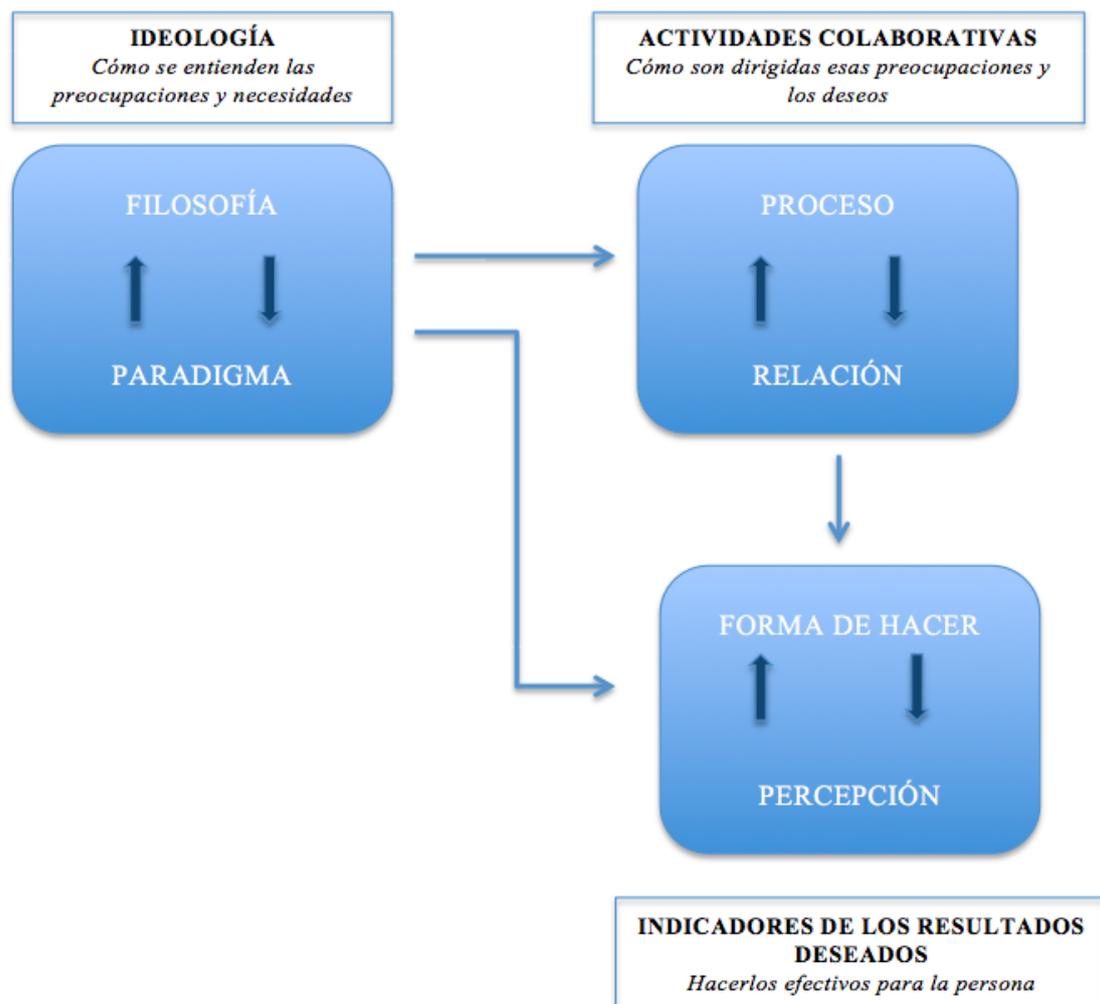
#### *Dimensiones, Elementos y Ejemplos de Empoderamiento*

<b>DIMENSIONES, ELEMENTOS Y EJEMPLOS DE EMPODERAMIENTO</b>		
<b>Dimensiones</b>	<b>Elementos</b>	<b>Ejemplos</b>
Filosófica	Principios	Las presuntas capacidades de la persona Valoración de la diversidad
Paradigma	Propiedades	Basado en las fortalezas, Proactividad, Orientación de aprendizajes
Proceso	Habilitar experiencias	Aprender de las experiencias y oportunidades
Relacional	Colaboración	Respecto Mutuo, Compartir la toma de decisiones, la cooperación
Forma de hacer	Capacidades comportamentales	Conocimientos, habilidades, Crecimiento Personal, Comportamiento afiliado
Percepción	Atribuciones	Autoeficacia, Control Personal, Autoestima, Locus de Control, Eficacia Política.

Nota. Presentación de las diferentes dimensiones y elementos, estudiados a lo largo de varias investigaciones realizadas por diferentes autores, con el fin de clarificar el constructo de empoderamiento. (Tabla recuperada de Duns, Trivette y LaPointte, 1992)

Previo a entrar más en profundidad sobre el empoderamiento de la familia, es importante entender el constructo de empoderamiento. La forma para definir el empoderamiento y contribuir en su constructo, ha sido tratada desde diversas dimensiones, que han ido mostrando los elementos principales que configuran cada una de esas dimensiones, aportaciones como las de Clark (1989), Rappaport (1981) y Dunst (1985); en las que entienden el empoderamiento desde una dimensión filosófica, aportaciones de Rappaport (1987) y Swift (1984), que muestran una forma de entender el empoderamiento como paradigma; las de Withmore (1991) y del Cornell Empowerment Group (Grupo de Empoderamiento Cornell) (1989), que entienden y evidencian el empoderamiento como proceso, las aportaciones de Conger y Kanungo (1988), así como las de Dunst (1987) que entienden el empoderamiento como forma relacional (relaciones interpersonales); Thomas y Velhouse (1990) y de Witmore y Kerans (1988) hacen aportaciones donde entienden el empoderamiento como una forma de hacer; y por último Lord y Farlow (1990), Zimmerman (1990) y otros, que presentan el empoderamiento como percepciones, atribuciones o creencias. En la Tabla 3, tomada de muy probablemente el estudio más solvente en la materia, realizado por Dunst, Trivette y LaPointe (1992), se puede ver de forma resumida, una recopilación de las diferentes contribuciones que ha habido a lo largo de la historia, con la intención de definir y concretar el constructo de empoderamiento, tanto personal como familiar.

Con esta aclaración de las dimensiones y elementos de empoderamiento, que ayudan a tener una visión más amplia de lo que implica el cambio de concepción hacia el empoderamiento, y las sugerencias que hacía Rappaport (1984), acerca de los cambios que requiere la persona, o en este caso la familia, para potenciar así el éxito en el logro de sus deseos y salir empoderada, se presenta la Figura 5, en la que se muestra la relación de dimensiones, elementos y cambios conceptuales.



**Figura 5.** Relación entre dimensiones, elementos y cambios de visión que requiere el empoderamiento. (Recuperada y adaptada de Dunst, Trivette y LaPoint, 1992)

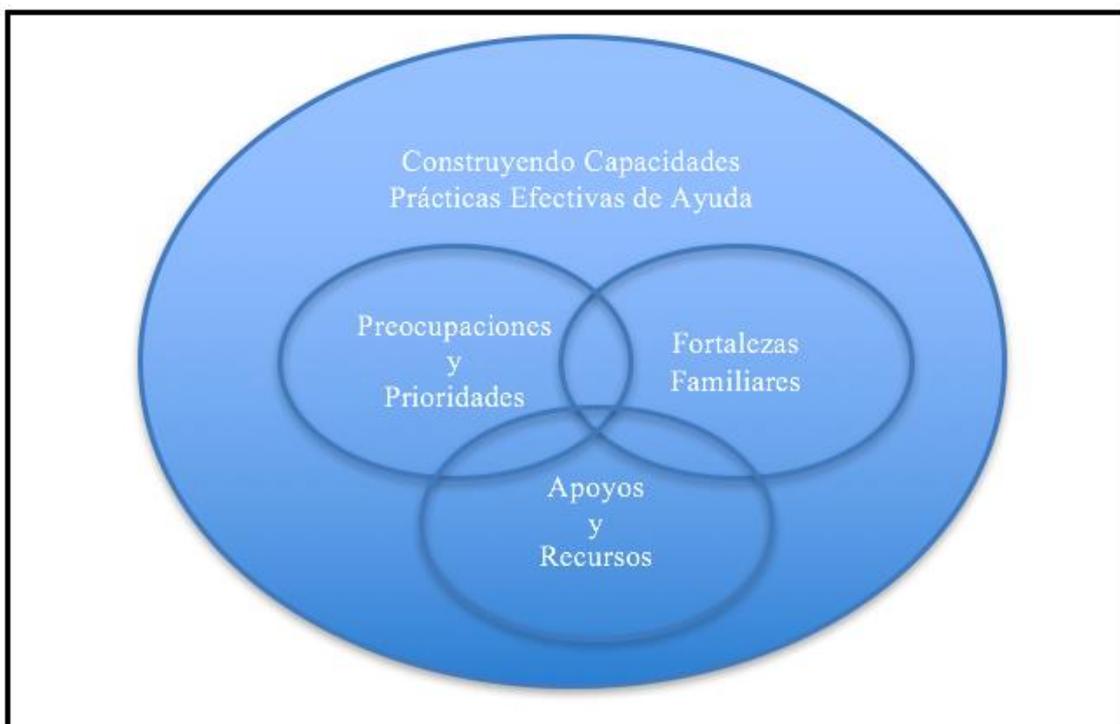
A partir de estas contribuciones, Dunst, Trivette y LaPointe (1992), presentan un Modelo Unificado de Empoderamiento, donde además de estas dimensiones incorporan por una parte la *unidad*, entendida como el foco a quién se refiere el empoderamiento, el cual puede ser, individual, grupal, organizativo o a la comunidad (Zimmermand, 1990), y por otra parte el *contexto*, desde el cual el empoderamiento puede tomar diferentes tipos de análisis, dependiendo si se centra sobre el Microsistema, Mesosistema, Exosistema o Macrosistema, los cuales tienen una sólida evidencia proveniente de las teorías de Bronfenbrenner (1979).

### 2.3.1 Empoderamiento Familiar en las Prácticas de Atención Temprana.

En una ampliación sobre el concepto de atención temprana centrada en la familia, Dunst y Trivette (2009) proponen una definición basada en la revisión de sus trabajos anteriores, en la cual incorporan elementos nuevos: *"La atención temprana y el apoyo familiar se definen como proveedoras o*

*movilizadoras de apoyos y recursos de las familias por miembros de redes sociales informales y formales, quienes directa o indirectamente afectan y mejoran el funcionamiento de los padres, la familia y el niño. Las experiencias, las oportunidades, el asesoramiento, la orientación, etc., provistos a las familias por los miembros de las redes sociales se conceptualizan ampliamente como diferentes tipos de intervenciones que contribuyen a un mejor rendimiento. El resultado del apoyo y los recursos ofrecidos a las familias incluye cualquier consecuencia que resulte en la construcción de sus capacidades y empoderamiento" (p.p. 126-127).* Es importante señalar que la definición de Dunst y Trivette (2009) difiere de muchas otras, ya que incluye los apoyos formales e informales como foco de intervención y considera la "construcción de capacidades" y el "empoderamiento" en la familia como el resultado principal de la movilización de apoyos y recursos, los cuales son significativos incluso sin hacer uso de ellos, solo por el hecho de tener la percepción de "se que puedo contar con..." (Serrano, 2019).

Dunst y Trivette (2009) han intentado operativizar e integrar diferentes modelos, que han acordado llamar el paradigma de "capability – building" (construyendo capacidades), el cual, tal y como vemos en la Figura 6, incluye cuatro componentes, lo cuales se abordan más en detalle a continuación:



**Figura 6.** Cuatro componentes del modelo de intervención del Sistema Familiar. (Recuperada y adaptada de Trivette, Dunst y Hamby, 2010)

### *1. Prioridades y preocupaciones de la familia*

Las preocupaciones se definen como la percepción o indicación de una discrepancia entre la situación actual y lo que desea. Las prioridades se definen como una condición que se considera importante y digna de atención. Ambas preocupaciones y prioridades se consideran determinantes para comprender lo que las personas gastan en términos de tiempo y energía para obtener recursos y apoyos que les ayuden a lograr un propósito particular.

### *2. Apoyos y recursos.*

El apoyo y los recursos se definen en términos de los tipos de atención e información, asistencia, experiencias y oportunidades para abordar y responder a las preocupaciones y prioridades de la familia. Las fuentes de apoyo y recursos incluyen redes sociales formales e informales. Aquellos que se consideran el apoyo y los recursos más apropiados son aquellos que involucran activamente a los miembros de la familia para obtener ayuda en lugar de brindarles ayuda sin más.

### *3. Capacidades e intereses de los miembros de la familia.*

Las fortalezas de la familia se definen en términos de habilidades, intereses, talentos, etc., que son reconocidos y utilizados por el resto de los miembros de la familia.

### *4. Las prácticas ayudan a las familias a desarrollar capacidades.*

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, la investigación ha identificado dos prácticas de componentes que ayudan a las familias, a estas se les llama "relacionales" y "participativas". Según Dunst y Trivette (2009), ayudar a las familias a desarrollar capacidades incluye prácticas relacionales, comúnmente asociadas con buenas prácticas profesionales y creencias positivas de los profesionales sobre las fortalezas y habilidades de los miembros de la familia. Un ejemplo de práctica de apoyo relacional es escuchar las preocupaciones de una familia y buscar aclaraciones y detalles. Las prácticas participativas de apoyo se relacionan con profesionales proactivos que apoyan a los padres e incluyen la individualización, la flexibilidad y la sensibilidad a las preocupaciones y prioridades de la

familia. Estas son prácticas que ayudan a las familias a tomar decisiones informadas, así como su compromiso de lograr los objetivos y los resultados deseados.

El trabajo centrado en la familia considera como el punto central de la intervención el empoderamiento de las familias (Espe-Sherwindt, 2008); y un largo esfuerzo para fortalecer las capacidades familiares, especialmente las relacionadas con las prácticas educativas, proporcionándoles la formación y la colaboración necesaria y apoyándolas en la búsqueda de estrategias para satisfacer sus necesidades (Dunst et al., 2007; Dunst y Trivette, 1994). Por lo tanto, intenta generar nuevas fortalezas y contribuir a la creación de capacidades para permitir que las familias tomen el control de sus propias vidas.

El empoderamiento de la familia se favorece a través de una relación positiva entre el profesional y la familia, que se llama "colaboración". En las prácticas centradas en la familia, la relación entre profesionales y familias se rige por la confianza, el aprecio y el respeto a las características, habilidades, talentos, recursos y aspiraciones de las familias (Espe-Sherwindt, 2008, 2019).

Cuando hablamos de la relación colaborativa entre el profesional y la familia, es importante poner el acento en el consenso (Espe-Sherwindt, 2008; McWilliam y García-Grau, 2019), el cual puede en ocasiones no darse, debido a que la familia este esperando la prescripción del profesional, hecho que a menudo, el profesional puede juzgar, interpretando resistencias familiares, falta de cooperación y poca involucración en la intervención de su hijo/a (Merton, Merton y Barber, 1983). Cuando ocurre esta situación, invita a reflexionar sobre qué y cómo se ha ofrecido la información a la familia, e incluso cómo se ha establecido la relación principal con la familia desde el momento de la cogida, ya que, desde el siglo pasado, gracias a diferentes estudios se sabe que las personas que ocupan diferentes posiciones en una estructura social (cliente vs. profesional), tienden a tener diferentes apreciaciones sobre qué constituye las necesidades individuales y familiares, y por tanto, también sobre cómo se debe invertir el tiempo para conocer esas necesidades (Merton, 1976). Dicho con otras palabras, puede que la familia si no ha recibido la información adecuada, y el profesional no ha marcado la relación colaborativa (que requiere su rol) claramente, es muy probable que las expectativas de uno sobre el otro estén muy distorsionadas de lo que realmente se pretende llevar a cabo con las prácticas centradas en la familia. No es fácil, identificar si las familias conocen o no las necesidades que tienen, pero es importante que las conozcan, ya que esto puede tener consecuencias sobre el empoderamiento de estas, así como en la adquisición de competencias de su hijo/a, lo que repercute

en que la familia tenga más confianza, tiempo, y recursos para mejorar el bienestar de los miembros de la familia (Dunst, Trivette y Deal, 1988). Uno de los principios de intervención en atención temprana centrada en la familia, pone énfasis sobre el empoderamiento familiar, como objetivo de esta (Dunst et. al, 2014; Espe-Sherwindt, 2008; Rappaport, 1981, 1987), en el cual se puede favorecer, a través de la identificación y creación de capacidades, para mejorar el funcionamiento familiar, desde un rol colaborativo con la familia, tal y como se ha destacado en epígrafes anteriores.

# CAPÍTULO III

---

## OBJETIVOS

### 3. PROBLEMA Y OBJETIVOS

Todavía hoy, la investigación tiene que aclarar algunas de las relaciones entre las variables diferentes y complejas de las prácticas de intervención en atención temprana, y los resultados tanto en las familias que la reciben, como en los niños y niñas que presentan trastornos en el desarrollo o padecen riesgo de sufrirlos. Algunos estudios, apuntan las prácticas centradas en la familia, como la calidad de los servicios de intervención en atención temprana a través de los cuales la familia se habrá empoderado por excelencia (Dunst et al., 2014), y este es el ámbito de estudio de esta investigación.

El objetivo principal de este proyecto es, identificar la relación entre la calidad de los diferentes servicios de atención temprana relacionándolos con el nivel de empoderamiento de las familias de dichos servicios, pero para conseguir este objetivo, se hace imprescindible la validación a la población española de todas las escalas utilizadas en la recogida de datos de este.

Según las teorías y estudios descritos en el capítulo anterior, este estudio de investigación parte de una hipótesis inicial estrechamente relacionada con el objetivo principal de estudio, relacionando la calidad de los servicios de atención temprana con el nivel de empoderamiento de las familias. Además, se sugiere la posibilidad, de que el nivel de empoderamiento de la familia pueda estar influenciado por otros factores determinantes de sus factores sociodemográficos, como puede ser el nivel de ingresos, el cual es un indicador muy importante en el estatus socioeconómico de la familia. Por lo tanto, este estudio muestra otros objetivos específicos, como son: 1) determinar la influencia del estado socioeconómico de la familia en relación con el nivel de empoderamiento, y, 2) conocer la influencia del estado socioeconómico de la familia con respecto a los diferentes apoyos con los que cuenta la misma, así como, 3) la relación de la provisión de estos apoyos respecto a su nivel de empoderamiento familiar. Finalmente, también pretende como objetivo específico de este, 4) determinar la mejor relación entre todas las variables planteadas, es decir, entre la calidad de los servicios de atención temprana, el tiempo que la familia y el niño/a están recibiendo estos servicios, la red de apoyos con la que cuenta y el nivel socioeconómico de la familia.

Así pues, se resaltan los siguientes objetivos específicos (OE) de estudio que se pretenden conocer, a lo largo de este trabajo y que darán respuesta al objetivo principal de este:

(OE1) Conocer en que medida el empoderamiento de la familia aumenta, conforme los servicios de atención temprana se aproximan a la implementación de prácticas centradas en la familia, las cuales son consideradas como prácticas eficaces y de calidad, tal y como se puede ver en el marco teórico.

(OE2) Develar si el nivel de empoderamiento de la familia será mayor cuanto mayor sean los ingresos de la familia, es decir, familias con un estatus socioeconómico alto o tendente a serlo.

(OE3) Observar si las familias con mayor apoyo formal son las familias con mayor nivel de ingresos y por tanto con mejor nivel socioeconómico.

(OE4) Comprender si las familias con más apoyos formales e informales son las familias con mayores niveles de empoderamiento.

(OE5) Descubrir si las familias con mayores niveles de empoderamiento son aquellas familias con un estatus socioeconómico medio-alto, que a su vez tienen un número importante de apoyos tanto formales como informales, y que, a su vez, llevan recibiendo más de un año intervención en servicios de atención temprana centrada en la familia.

# CAPÍTULO IV

---

## DISEÑO METODOLÓGICO

### 4. METODOLOGÍA

En este capítulo se explica el procedimiento llevado a cabo durante toda la investigación, destacando los principales aspectos metodológicos con la finalidad de establecer un diseño metodológico que sirva de guía para el estudio empírico de este campo de conocimiento y permita conseguir los objetivos previamente planteados. Para ello, este capítulo se ha dividido en cuatro apartados. En el primero de ellos, describe las características de la muestra objeto de este estudio. En el segundo se presentan los instrumentos utilizados, explicándose las fuentes de dónde han sido extraídas las escalas y mostrando los índices de fiabilidad de éstas. En el tercer apartado se describe el procedimiento general seguido para la recogida de datos. Y finalmente, en el cuarto y último apartado, se especifican los análisis estadísticos utilizados para conseguir los objetivos generales y específicos previamente planteados.

#### 4.1. Participantes

Los participantes han sido 432 familias, con uno o más hijos/as de entre 0 y 6 años de edad, con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, que estaban recibiendo (desde al menos seis meses antes de la recogida de datos) servicios de atención temprana en proceso de transformación (de prácticas tradicionales a prácticas centradas en la familia), en uno de los 18 centros de atención temprana de España [de Castilla La Mancha, Extremadura, Madrid, Canarias, Baleares, Comunidad Valenciana, Andalucía, La Rioja y País Vasco], que han participado en la recogida de datos.

Según datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 1999) sobre niños/as tratados con retraso en el desarrollo o riesgo de padecerlo en los servicios de atención temprana de España, pudimos saber que 86.865 niños/as fueron tratados en 1999, de los cuales 3.594 niños/as necesitaron intervención únicamente con productos de apoyo; 68,031 niños/as recibieron intervención continuada en los servicios de atención temprana; mientras que 15,240 niños/as requirieron ambas intervenciones, tanto intervención de productos de apoyo, como en intervención continuada en atención temprana. El último informe proporcionado por el INE (2008) sugiere que las estadísticas de datos fueron en aumento: en este informe destacaron un aumento del 22% en niños/as de 0 a 6 años con

retraso en el desarrollo (N = 105,975), observando un incremento superior a este, en niños/as con riesgo de padecerlo (dato específico no incluido en este informe). De acuerdo con Krejcie y Morgan (1970), la muestra que previamente necesitábamos para darle consistencia a este proyecto de investigación sería de al menos 370 familias (n = 370), habiendo sido definitivamente un total de 432 (n = 432) familias las que participaron en el mismo, cumpliendo las características definidas previamente.

En relación con los datos descriptivos, pudimos determinar que, atendiendo a la edad media de los sujetos que compusieron la muestra, era de 41.56 meses (DT = 15.37), siendo la edad mínima de 18 meses y la máxima de 82 meses. En cuanto al género de los sujetos que componían la muestra, como se puede observar en la tabla 4, el número de niños (65.30%) fue superior al de niñas (34.70%).

**Tabla 4**

*Genero de los niños/as que reciben servicios de AT.*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Niño	281	65.2
	Niña	149	34.6
	Total	430	99.8
Perdidos	No contesta	1	.2
Total		431	100.0

Por otro parte, en la tabla 5, se muestra la distribución porcentual de la muestra de acuerdo con si estaban o no estaban escolarizados los niños/as. Como se puede observar, con relación a la escolarización de los niños/as, la mayoría de ellos/as 60.80% se encontraban escolarizados, mientras que el 39.20% no lo estaban.

**Tabla 5**

*Número de niños/as escolarizados*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	262	60.8
	No	169	39.2
	Total	431	100.0

Atendiendo a las necesidades especiales de los niños/as de las familias que componían la muestra, teniendo en cuenta si las familias contaban o no con el certificado de minusvalía, tal y como podemos ver en la tabla 6, el 30.40% de las familias contaban con certificado de minusvalía, mientras que el 69.60% de las familias no contaban con certificado de minusvalía.

**Tabla 6**

*Poseción del certificado de minusvalía*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	129	29.9
	No	295	68.4
	Total	424	98.4
Perdidos	No contesta	7	1.6
Total		431	100.0

Con relación a si los niños/as de las familias que participaron en el estudio y su diagnóstico, como se puede observar en la tabla 7, la mayoría de los niños/as tenían diagnóstico de trastorno de espectro autista (22.90%), seguido de trastornos motores (22.30%), otros tipos de diagnóstico (17 %) y de problemas en la comunicación (13.10%).

**Tabla 7**

*Niños/as según tipo de diagnóstico*

Diagnóstico		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Trastorno de Espectro Autista	77	17.9
	Discapacidades sensoriales	7	1.6
	Otros	57	13.2
	Transtornos motores	75	17.4
	Problemas de Comunicación	44	10.2
	Prematuridad	34	7.9
	Síndrome o alteración Genética	42	9.7
	Total	336	78.0
Perdidos	Sistema	95	22
Total		431	100.0

En relación con el número de hermanos, la tabla 8 muestra como la mayoría de los niños/as eran hijos/as únicos/as o tenían al menos 1 hermano (89.30%). El resto de las familias manifestaba tener más de 1 hermano/a (10.70 %).

**Tabla 8***Número de hermanos*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menos de 1	385	89.3
	Más de 1	46	10.7
	Total	431	100.0

Con relación a si tenían hermanos o hermanas con discapacidad, tal y como se puede ver en la tabla 9, la mayoría de las familias (95.30%) no tenían otro hijo/a con discapacidad, mientras que el 4.70% de las familias sí los tenían.

**Tabla 9***Hermanos con discapacidad*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	20	4.6
	No	406	94.2
	Total	426	98.8
Perdidos	No contesta	5	1.2
Total		431	100.0

Como se observa en la tabla 10, atendiendo al número de hermanos/as que había en las familias con reconocimiento del certificado de minusvalía, el 95.10% no tenía hermanos con reconocimiento de minusvalía, mientras que solamente un 4.70% tenían un hermano/a y el 0.20% tenía dos.

**Tabla 10***Número de hermanos/as con reconocimiento de minusvalía*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	0	405	94.0
	1	20	4.6
	2	1	.2
	Total	426	98.8
Perdidos	No contesta	5	1.2
Total		431	100.0

Respecto al número de personas que vivían en el hogar, en la tabla 11, se observan como en la mayoría de las familias (53.60%) vivían 4 o más personas en el hogar frente al 46.40 % que señalan vivir menos de 4 personas en el hogar.

**Tabla 11**

*Número de personas que viven en el domicilio familiar*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menos de 4 personas	200	46.4
	4 o más personas	231	53.6
	Total	431	100.0

En relación con el número de personas adultas que vivían en el hogar, la mayor parte de las familias tenía 2 ó 3 personas adultas (93.70%), mientras que un menor porcentaje de familias tenían una persona adulta o más de 3 adultos en el hogar. En la tabla 12 se pueden observar estos datos:

**Tabla 12**

*Número de personas adultas en el domicilio familiar*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1 adulto	10	2.3
	2 o 3 adultos	404	93.7
	4 o más adultos	17	3.9
Total		431	100.0

Respecto a los niños y niñas con diagnóstico, tal y como se muestra en la tabla 13, el 78.40% de los niños y niñas sí tenían diagnóstico, mientras que el 21.60% de estos no lo tenían.

**Tabla 13**

*Niños/as con diagnóstico*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	330	76.6
	No	91	21.1
	Total	421	97.7
Perdidos	No contesta	10	2.3
Total		431	100.0

En la tabla 14, se pueden observar los datos descriptivos referentes al rol del profesional de referencia que atiende a los hijos/as de las familias. El 21.40% son fisioterapeutas, el 26.70% son logopedas, el 20.50% son psicólogos, mientras que el 19.30% son terapeutas ocupacionales.

**Tabla 14**

*Rol del profesional de referencia que atiende al hijo/a de la familia*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	T.O.	82	19.0
	Psicólogo	87	20.2
	Fisioterapeuta	116	26.9
	Logopeda	113	26.2
	Pedagogo	19	4.4
	Otros	6	1.4
	Total	424	98.4
Perdidos	No contesta	7	1.6
Total		431	100.0

Con relación a las familias que además de la intervención realizada por el profesional de referencia o habitual, hacen uso de otros servicios o profesionales de apoyo, tal y como se puede ver en la tabla 15 el 40.80% de las familias hacen uso, mientras el 56.10% no lo hacen.

**Tabla 15**

*Número de familias que hacen uso de otros servicios o profesionales para la intervención de su hijo/a en los mismos centros y/o servicios de atención temprana*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	176	40.8
	No	242	56.1
	Total	420	97.4
Perdidos	No procede	1	.2
	No contesta	10	2.3
	Total	11	2.6
Total		431	100.0

En relación con el tipo de profesional del que hacen uso las familias que además de la intervención realizada por el profesional de referencia de atención temprana, hacen uso de otros servicios o

profesionales de apoyo del mismo servicio de atención temprana. En la tabla 16, se observa como el 41.40% de las familias hacen uso de logopedas, seguidas del 24.90% que hacen uso de psicólogos y un 23.2% de fisioterapeutas. Solamente un 9.90% de estas familias hacen uso de terapeutas ocupacionales y un 0.60% hacen uso de pedagogos.

**Tabla 16**

*Disciplina del profesional secundario que atiende a las familias en los centros o servicios de atención temprana*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	T.O.	18	4.2
	Psicólogo	45	10.4
	Fisioterapeuta	42	9.7
	Logopeda	75	17.4
	Pedagogo	1	.2
	Total	181	42.0
Perdidos	No procede	241	55.9
	No contesta	9	2.1
	Total	250	58.0
Total		431	100.0

En cuanto al número de familias que hacen uso de otros profesionales de apoyo fueran del servicio de atención temprana, el 57.80% no hacen uso de éste, mientras que el 42.20% sí que hacen uso de éste, tal y como se puede ver en la tabla 17.

**Tabla 17**

*Número de familias atendidas por servicios o profesionales privados fuera del servicio de atención temprana*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	174	40.4
	No	238	55.2
	Total	412	95.6
Perdidos	No procede	8	1.9
	No contesta	11	2.6
	Total	19	4.4
Total		431	100.0

En la tabla 18, se puede ver el porcentaje de las disciplinas de profesionales que atienden a las familias que hacen uso de otros profesionales fuera del servicio de atención temprana, la mayoría de ellos hacen uso de logopedas (30.60%), mientras que el 16.20% hace uso de terapeutas ocupacionales, el 15.60% hacen uso de fisioterapeutas, el 11% de psicólogos, el 5.80 de maestros de audición y lenguaje, el 5.20% de pedagogos y el 4% de maestros de educación especial.

**Tabla 18**

*Disciplina de los profesionales que ofrecen los servicios privados*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	T.O.	28	6.5
	Psicólogo	19	4.4
	Fisioterapeuta	27	6.3
	Logopeda	53	12.3
	Pedagogo	9	2.1
	Maestro de educación especial	7	1.6
	Maestro de audición y lenguaje	10	2.3
	otros	20	4.6
	Total	173	40.1
	Perdidos	No procede	247
No contesta		11	2.6
Total		258	59.9
Total		431	100.0

Como se observa en la tabla 19, el número de familias que están inscritas en alguna asociación o fundación de niños/as con discapacidad o necesidades específicas de apoyo educativo, el 77.10% no lo estaban, mientras que un 22.90% sí lo estaban.

**Tabla 19**

*Número de familias inscritas en alguna asociación y/o fundación dirigida a familiares de niños/as con algún tipo de necesidad específica o diagnóstico*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	88	20.4
	No	297	68.9
	Total	385	89.3
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	26	6.0
	Total	46	10.7
Total		431	100.0

Atendiendo al número de familias que participa en algún grupo de apoyo mutuo con otras familias de niños con necesidades especiales similares a su hijo/a, como se observa en la tabla 20 el 92.60% no participaban en ellas, mientras que un 7.40% sí lo hacían.

**Tabla 20**

*Número de familias que participan en algún grupo de apoyo mutuo (o similar) con otra familias de niños/as con necesidades similares a las de su hijo/a*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	29	6.7
	No	365	84.7
	Total	394	91.4
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	17	3.9
	Total	37	8.6
Total		431	100.0

Tomando en consideración el número de familias que cuentan con un trabajador social de referencia para ayudarle en la tramitación de ayudas, becas o subvenciones, tal y como se puede observar en la tabla 21, la mayoría de ellas no contaban con él (67.70%), mientras que el 32.30% sí que contaba con él.

**Tabla 21**

*Número de familias que cuentan con un trabajador social de referencia para ayudarle en lo referente a la tramitación de ayudas, becas y/o subvenciones públicas*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	126	29.2
	No	264	61.3
	Total	390	90.5
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	18	4.2
	Sistema	3	.7
	Total	41	9.5
Total		431	100.0

En la tabla 22, referente al género del tutor principal, la tabla muestra como la mayoría de ellos eran hombres (81.30%) mientras que un 18.50% eran mujeres.

**Tabla 22**

*Género del tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	317	73.5
	Femenino	72	16.7
	Total	390	90.5
Perdidos	No procede	21	4.9
	No contesta	20	4.6
	Total	41	9.5
Total		431	100.0

En relación con el estado civil de los tutores principales, tal y como se puede ver en la tabla 23 la mayoría de ellos estaban casados (81.30%), mientras que un 16.60% estaban solteros/as, un 1.80% separados y un 0.30% estaban viudos.

**Tabla 23***Estado civil del tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero/a	65	15.1
	Casado/a	318	73.8
	Separado/a	7	1.6
	Viudo/a	1	.2
	Total	391	90.7
Perdidos	No procede	21	4.9
	No contesta	19	4.4
	Total	40	9.3
Total		431	100.0

Atendiendo al nivel de estudios de éste, en la tabla 24 se puede ver que el 38.10% ha estudiado la educación obligatoria, educación no obligatoria básica el 28.60%, educación superior un 27.80%, y aquellos que manifestaban no tener estudios únicamente un 5.4%

**Tabla 24***Nivel de estudios del tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin estudios	21	4.9
	Educación Obligatoria	148	34.3
	Educación no obligatoria Básica	111	25.8
	Estudios superiores	108	25.1
	Total	388	90.0
Perdidos Sistema		43	10.0
Total		431	100.0

En la tabla 25 se puede observar la situación laboral del tutor principal, estos manifestaban que un 84.30 % se encontraban trabajando mientras que solamente un 14.40% de ellos no trabajaban.

**Tabla 25***Situación laboral del tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	327	75.9
	No	56	13.0
	Total	388	90.0
Perdidos	No procede	21	4.9
	No contesta	22	5.1
	Total	43	10.0
Total		431	100.0

Tomando en consideración el tiempo en el que el tutor principal se encontraba en esta situación laboral, la mayoría de ellos hacía más de tres años que se encontraban en ésta (75.10%), mientras que el 13% de ellos hacía menos de un año, el 6.70% más de dos años y el 5.10% más de un año, tal y como se puede ver en la tabla 26.

**Tabla 26***Tiempo de permanencia de la situación laboral del tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menos de 1 año	33	7.7
	Más de 1 año	13	3.0
	Más de 2 años	17	3.9
	Más de 3 años	190	44.1
	Total	253	58.7
Perdidos	No procede	21	4.9
	No contesta	157	36.4
	Total	178	41.3
Total		431	100.0

En relación con la ocupación del tutor principal de la familia, en la tabla 27 se ve que, el 83.20% de ellos se encontraban trabajando seguida de un 8.40% que se dedicaban a las labores del hogar. El 3.30% se encontraban en situación de desempleo mientras que el 3.80% se encontraban estudiando, y solamente el 0.30% estaban jubilados.

**Tabla 27***Ocupaciones principales del tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Trabajo	307	71.2
	Jubilado	1	.2
	Estudio	14	3.2
	Labores del hogar	31	7.2
	Desempleado	12	2.8
	Cuidado de hijos/as	3	.7
	Otros	1	.2
	Total	369	85.6
Perdidos	No procede	28	6.5
	No contesta	34	7.9
	Total	62	14.4
Total		431	100.0

Atendiendo al número de tutores principales de las familias que reciben algún tipo de apoyo profesional relacionado con la salud mental, en la tabla 28 se ve que, el 96.10% no lo reciben mientras que el 3.90% sí que lo reciben.

**Tabla 28***Número de tutores principales que reciben algún tipo de apoyo relacionado con salud mental*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	15	3.5
	No	372	86.3
	Total	387	89.8
Perdidos	No procede	21	4.9
	No contesta	23	5.3
	Total	44	10.2
Total		431	100.0

En cuanto al tipo de profesional de apoyo relacionado con la salud mental del que hacen uso las familias, la tabla 29 muestra como la mayoría de ellas hacen uso del psicólogo (56.30%) mientras que una minoría hacen uso del psiquiatra (31.30%).

**Tabla 29***Tipo de apoyo profesional relacional con salud mental que recibe el tutor principal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Psicólogo	9	2.1
	Psiquiatra	5	1.2
	Total	16	3.7
Perdidos	No procede	88	20.4
	No contesta	327	75.9
	Total	415	96.3
Total		431	100.0

A continuación, en la tabla 30, se pueden observar las variables descriptivas relacionadas al género del tutor secundario, la mayoría de ellos eran mujeres (89.50%) mientras que un 10.20% eran hombres.

**Tabla 30***Género del tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	38	8.8
	Femenino	332	77.0
	Total	371	86.1
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	40	9.3
	Total	60	13.9
Total		431	100.0

En relación con el estado civil de los tutores secundarios, en la tabla 31 se observa como la mayoría de ellas estaban casadas (77.20%), mientras que un 19.10% estaban solteros/as, un 3.20% separados y un 0.50% estaban viudos.

**Tabla 31***Estado civil del tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero/a	71	16.5
	Casado/a	287	66.6
	Separado/a	12	2.8
	Viudo/a	2	.5
	Total	372	86.3
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	39	9.0
	Total	59	13.7
Total		431	100.0

Atendiendo al nivel de estudios de éste, la tabla 32 se comprueba como el tutor secundario manifiesta tener educación superior en un 40.10%, el 31.10% indica poseer educación no obligatoria básica, educación obligatoria el 25.30%, y aquellos que manifestaban no tener estudios únicamente un 3.5%.

**Tabla 32***Nivel de estudios del tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Sin estudios	13	3.0
	Educación obligatoria	93	21.6
	Educación no obligatoria básica	114	26.5
	Estudios Superiores	147	34.1
	Total	367	85.2
Perdidos	Sistema	64	14.8
Total		431	100.0

Con relación a la situación laboral del tutor secundario, se comprueba en la tabla 33, que el 60.70% de los tutores principales se encontraban trabajando mientras que solamente un 38.70% de ellos no trabajaban.

**Tabla 33***Situación laboral del tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	221	51.3
	No	141	32.7
	Total	364	84.5
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	47	10.9
	Total	67	15.5
Total		431	100.0

Tomando en consideración el tiempo en el que el tutor secundario se encontraba en esta situación laboral, en la tabla 34 se observa como la mayoría de ellos hacía más de tres años que se encontraban en ésta (75.60%), mientras que el 11.20% de ellos hacía menos de un año, el 3.60% más de dos años y el 6.10% más de un año.

**Tabla 34***Tiempo de permanencia de la situación laboral del tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Menos de 1 año	22	5.1
	Más de 1 año	12	2.8
	Más de 2 años	7	1.6
	Más de 3 años	149	34.6
	Total	197	45.7
Perdidos	No procede	20	4.6
	No contesta	214	49.7
	Total	234	54.3
Total		431	100.0

En la tabla 35 se muestra la ocupación del tutor secundario de la familia, el 59.90% de ellos se encontraban trabajando seguida de un 28.40% que se dedicaban a las labores del hogar. El 1.90% se encontraban en situación de desempleo mientras que el 5.80% se encontraban estudiando, mientras que solamente el 1.90% estaban jubilados.

**Tabla 35***Ocupaciones principales del tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Trabajo	215	49.9
	Voluntario	4	.9
	Estudio	21	4.9
	Labores del hogar	102	23.7
	Desempleado	7	1.6
	Cuidado de hijos/as	8	1.9
	Otros	2	.5
	Total	359	83.3
Perdidos	No proceda	20	4.6
	No contesta	52	12.1
	Total	72	16.7
Total		431	100.0

Atendiendo al número de tutores secundarios de las familias que reciben algún tipo de apoyo profesional relacionado con la salud mental, tal y como se puede observar en la tabla 36, el 94.70% no lo reciben mientras que el 5.30% sí que lo reciben.

**Tabla 36***Número de tutores secundarios que reciben algún tipo de apoyo relacionado con salud mental*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	20	4.6
	No	359	83.3
	Total	379	87.9
Perdidos	No contesta	52	12.1
Total		431	100.0

En cuanto al tipo de profesional de apoyo relacionado con la salud mental del que hacen uso las familias, en la tabla 37 se ve que, la mitad de ellas hacen uso del psicólogo (50%) mientras que la otra mitad hacen uso del psiquiatra (50%).

**Tabla 37***Tipo de apoyo profesional relacionado con salud mental que recibe el tutor secundario*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Psicólogo	9	2.1
	Psiquiatra	9	2.1
	Total	18	4.2
Perdidos	No procede	358	83.1
	No contesta	55	12.8
	Total	413	95.8
Total		431	100.0

Atendiendo a los ingresos familiares mostrados en la tabla 38, más de la mitad de las familias (51.70%) tenían ingresos inferiores a 2000 euros, seguidos del 31.80% que tenía ingresos entre 2000 y 3000 euros, mientras que un 16.60% tenía ingresos superiores a 3000 €.

**Tabla 38***Ingresos familiares*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	menos de 2000	223	51.7
	entre 2000- 3000	137	31.8
	más de 3000	71	16.5
Total		431	100.0

#### **4. 2. Variables e instrumentos de medición**

En este apartado se describen las características de los instrumentos utilizados, indicando los principales indicadores de bondad de ajuste de las escalas de medida en el apartado de resultados.

Las herramientas utilizadas a lo largo de este estudio, por una parte, evaluaban los servicios de atención temprana, para determinar el tipo de implementación que se estaba llevando a cabo en los diferentes servicios de atención temprana participantes en la presente investigación (Familia Finesse, McWilliam, 2015). También buscaban establecer el nivel de empoderamiento de las familias a través de dos listas de verificación: Escala de empoderamiento familiar (FES, Koen, DeChilo y Fieson, 1992) y Encuesta de resultados familiares (FOS Early Childhood Outcomes Center, 2010). Finalmente, otra

escala que se utilizó buscaba considerar las formas de apoyo que la familia había recibido en los 6 meses anteriores a recopilar estos datos: Escala de Apoyo Familiar (FSS, Dunst, Trivette y Jenkins, 1984). Todas estas escalas iban acompañadas de una serie de datos sociodemográficos generales de la familia, donde se recopilaba información sobre el niño/a, los padres y el estado socioeconómico de la familia (Cuestionario de datos sociodemográficos).

FINESSE FAMILIA (McWilliam, 2015): Es una escala de identificación de los diferentes tipos de prácticas en atención temprana, desde las centradas en las necesidades del niño, a las que consideran las prioridades de la familia en sus entornos naturales, hasta la percepción y satisfacción de las familias por los servicios recibidos en los centros de atención temprana. En 2015, el Dr. Robin McWilliam desarrolló esta escala para la recopilación de datos de este estudio. Esta escala se divide en 19 ítems, que preguntan sobre las cuestiones más relevantes en la implementación de la atención temprana, desde los relacionados con prácticas más clínicas y tradicionales, hasta los más relevantes en la práctica centrada en la familia. Las familias cumplimentaban la escala Finesse Familia, teniendo la oportunidad de evaluar cada elemento relevante de la implementación que los servicios de atención temprana prestaban a su hijo/a y/o su familia. Por un lado, la familia evaluaba la experiencia típica (es decir, el servicio habitual que recibían), mientras, por otro lado, evaluaban la experiencia ideal (es decir, el servicio que deseaban recibir). En ambas, las opciones de respuesta de la familia eran a través de una Escala Likert del 1 al 7, en la que cada puntaje tenía su propio descriptor tanto para las prácticas típicas como para las ideales. El puntaje máximo era de 7; por lo tanto, este es el que correspondía a una participación plena de la familia en los servicios de atención temprana, es decir, en esta puntuación es donde entendíamos que los servicios de atención temprana estaban implementando fielmente lo que conocemos como prácticas centradas en la familia.

FES (Koen, DeChilo y Fieson, 1992): una escala con un coeficiente de consistencia interna de .93 (DeVellis, 1991), que valoraba el empoderamiento de las familias con niños/as con retraso del desarrollo o riesgo de padecerlo. Esta escala, formada por 34 ítems, se divide en tres secciones de 12 ítems cada una de ellas. El puntaje general de todos los ítems de la escala los cumplimentaba las familias, teniendo las siguientes posibilidades: 1 nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre o 5 siempre. La primera sección de la escala hablaba sobre la familia, mientras que la segunda se centraba en los servicios que recibía su hijo/a, y la tercera en la participación que tenía la familia en su comunidad. El informe de FES se realizó a través de tres niveles de empoderamiento: el primero de

ellos relacionado con la familia (es decir, Competencia), el segundo relacionado con el Sistema de servicio (es decir, Conocimiento y Autoeficacia) y el tercero y último relacionado con la Comunidad / Políticas (es decir, Apoyo del sistema). Además, el empoderamiento se expresó de tres maneras (actitudes, conocimiento y comportamientos).

De un estudio previo (Nirbhay, Singh, Curtis, Ellis, Nicholson, Villani y Wechsler, 1995) supimos que era posible reportar la información de FES a través de cuatro factores: Factor 1 correspondiente a la comunidad / política, y medía los esfuerzos de los padres para defender y mejorar los servicios para sus niños/as y sus familias ( $\alpha = .98$ ) (ítems 3, 8, 14, 15, 17, 20, 22, 25, 32). Los factores 2 y 4, correspondían al nivel del sistema de servicios y median el empoderamiento de la familia con respecto al sistema de servicios, el segundo factor, el conocimiento ( $\alpha = .98$ ), se refería a la comprensión y habilidades para trabajar con los servicios que necesitaban para satisfacer sus necesidades (ítems 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 23, 24, 30); y el factor 4, autoeficacia ( $\alpha = .88$ ), se basaba en la percepción que los padres tenían del impacto de sus habilidades para actuar sobre los servicios que les afectaban a ellos o a sus hijos/as (ítems 1, 13, 18, 19, 26, 28). Finalmente, el factor 3, Competencia ( $\alpha = .98$ ), correspondía al nivel familiar, y medía el empoderamiento dentro de la familia, en base a la percepción que tenían los padres de sus habilidades, y más específicamente sobre las habilidades de crianza (ítems 2, 4, 21, 29, 31, 33, 34).

FOS (Bailey, 2010): esta escala con una consistencia interna de .88 (Bailey, 2010), entiende como resultados, los objetivos implícitos que reflejan la percepción de las familias respecto a sus competencias, confianza y habilidades de cuidado hacia su hijo/a con necesidades especiales, para lograr así un nivel de funcionamiento satisfactorio (Bailey, Raspa, Olmsted, Novak, Sann, Humphreys, Nelson, Robinson y Guillen, 2011). A partir del estudio de validación y datos psicométricos, realizado por Bailey et al., 2011, la escala FOS revisada (Bailey et al., 2011) se dividía en dos secciones y mostraba los resultados que se plasman a continuación. La sección A ( $\alpha = .90$ ), la cual plasmaba los cinco resultados del impacto de la intervención en atención temprana sobre las familias (Bailey et al., 2006), los cuales se basaban en el conocimiento y las habilidades de la familia, siendo el resultado 1: Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo. Este resultado 1 comprendía los ítems del 1 al 4 ( $\alpha = .73$ ). El resultado 2: Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo, comprendía del ítem 5 al 9 ( $\alpha = .82$ ). El resultado 3: Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender, comprendía del ítem 10 al 13 ( $\alpha = .89$ ). El resultado 4: Formar un sistema de apoyos, comprendía del

ítem 14 al 18 ( $\alpha = .78$ ). Y, por último, el resultado 5: Acceso a la comunidad, el cual, comprendía del ítem 19 al 24 ( $\alpha = .91$ ). Es decir, la sección A, la cual atendía a los resultados del impacto de la atención temprana sobre la familia y su hijo/a, estaba compuesto por un total de 24 ítems, los cuales cumplimentaba la familia, cada uno de ellos a rellenar entre una de estas opciones: nada, un poco, algo, casi y totalmente. La Sección B ( $\alpha = .96$ ), contemplaba los tres indicadores útiles para conocer en qué medida la intervención en atención temprana ha ayudado a la familia, marcados por el Programa Oficial de Educación Especial de Estados Unidos (OSEP). En este mismo estudio de validación, llevado a cabo por Bailey y colegas en el 2011 vemos que, el primer indicador (Conocer sus derechos), contemplaba los ítems del 1 al 5 ( $\alpha = .73$ ); el segundo indicador (Comunicar las necesidades de sus hijos/as), contemplaba del ítem 6 al 11 ( $\alpha = .92$ ); y finalmente el indicador tercero (Ayudar a su hijo/a a desarrollarse y aprender), contemplaba los ítems del 12 al 17 ( $\alpha = .95$ ). Finalmente, la sección B se componía por un total de 17 ítems, cada uno cumplimentado por la familia con una opción entre: nada útil, poco útil, algo útil, muy útil y extremadamente útil.

ESCALA DE APOYO FAMILIAR (Dunst, Trivette y Jenkins, 1984) (en adelante FSS): esta escala tiene un coeficiente alfa de .79 (Dunst y Trivette, 1988). FSS media la utilidad de las diferentes fuentes de apoyo familiar para el cuidado del niño/a con retraso en el desarrollo o riesgo de padecerlos, que la familia había recibido durante los 6 meses anteriores a cumplimentarla. Estaba compuesta por 19 ítems (+2 ítems de iniciativa del encuestado) que la familia cumplimento y puntuarían en una Escala Likert de 1 a 5, siendo 1 Nada útil a 5 Extremadamente útil.

Este instrumento, fue validado en 1994 por Dunst, Trivette y Jenking y revisado por estos mismos autores en el año 2007, cuando se incorporó el ítem 19 y se realizó el estudio de validación al que se hace referencia a continuación (Dunst, Trivette y Jenkins, 2007).

En este estudio, se utilizó un análisis factorial de componentes principales de las respuestas de escala, utilizando la rotación varimax para discernir la validez de constructo de FSS. La matriz de correlación se factorizó con unidades en la diagonal y los factores con valores propios que excedían de 1.0 se conservaron para la rotación. El análisis desveló cinco factores ortogonales que, en conjunto, representaron el 55% de la varianza. Factor 1: Parentescos (Familia) Informales, el cual comprendía los ítems 1 y 3; Factor 2: Apoyo de esposo/a o compañero/a, el cual comprendía los ítems 2, 4 y 5; Factor 3: Organizaciones Sociales, el cual comprendía los ítems 11, 12, 13 y 17; Factor 4: Apoyos

Informales, el cual comprendía los ítems 6, 7, 8, 9, 10 y 14; y por último el Factor 5: Servicios Profesionales, que comprendía los ítems 15, 16, 18 y 19. La solución de factores múltiples indicaba que, FSS medía diferentes fuentes de apoyo social disponibles de forma independiente.

La validez predictiva concurrente del FSS se determinó de dos maneras: con las correlaciones entre las escalas de bienestar personal y familiar del FSS en el Cuestionario Sobre Recursos y Estrés (QRS) y mediante el análisis de la varianza que predice el bienestar personal y familiar del QRS de miembros del grupo FSS.

A partir de los datos obtenidos, se concluyó que la Escala de Apoyos Familiares (FSS) es un instrumento fiable y válido para la población estadounidense.

#### **4. 3. Procedimientos Éticos**

Para llevar a cabo este proyecto, en primer lugar, se llevó a cabo una adaptación cultural de todas las escalas utilizadas en esta investigación. La adaptación cultural, fue realizada mediante directivas internacionales de adaptación cultural (Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz, 2000), siendo realizada mediante algunas etapas que mostraron la adecuación completa de las escalas, a través de la adaptación semántica, de idioma, de experiencia y conceptual, entre el instrumento original y el utilizado y adaptado en este estudio. Las etapas desarrolladas se caracterizan por: la traducción inicial del inglés al español; la síntesis de las traducciones; *back translation*, es decir, la vuelta de la traducción del español nuevamente al inglés; la aprobación de un comité de especialistas en atención temprana compuesto por dos profesores universitarios con título de doctor, cuatro profesionales de atención temprana y seis familias; un pretest; y la revisión del proceso de adaptación por los investigadores de este estudio.

En la primera etapa de la adaptación, los instrumentos, Finesse Familia (McWilliam, 2015) y FES (Koen, DeChilo y Fieson, 1992) (ya que el resto de las escalas ya se podían encontrar en español), fueron enviados a dos traductores con nivel bilingüe reconocido por su grado universitario en filología inglesa, para realizar la traducción del inglés al español. Los traductores poseían características distintas; uno de ellos fue informado de los objetivos y temática de los instrumentos, mientras el otro, desconocía toda información al respecto. Tras obtener ambas traducciones, fue realizada una síntesis de las versiones traducidas inicialmente, construyendo una versión única de cada una de las escalas

traducidas. Después de la síntesis de las traducciones fue realizada la etapa de *back translation*, en la cual la versión síntesis fue sometida a una nueva traducción a la versión original en inglés, por otros dos traductores, que no fueron informados del contenido de la materia, ni objeto de estudio para evitar significados equivocados.

La versión retrotraducida fue enviada al comité de especialistas, detallado anteriormente. Este comité evaluó las equivalencias semántica, cultural, idiomática y conceptual, así como, la validez de la escala, aprobándola para ser utilizada en el pretest; así se desarrolló la versión que hemos utilizado en el presente estudio, la cual se probó con 30 familias de atención temprana de España.

El pretest objetivó si los ítems de la escala representaban el contenido que se deseaba analizar, siendo aplicadas de forma individual para que cada participante pudiese identificar las dudas que les planteaban, de las cuales, no se recibió ninguna, tomando esta versión como la definitiva utilizada para este trabajo.

Tras valorar la idoneidad de las escalas que utilizaríamos para la recogida de datos, y de acuerdo al Código de Conducta Ética da Universidade do Minho (Código de Conducta Ética de la Universidad de Minho) (CEUM, 2012) y el Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (Guión para sometimiento de procesos a apreciar por la Subcomisión de Ética para las Ciencias Sociales y Humanas) (SECSH), aprobado por el Despacho RT-07/2015, el 26 de Enero, se elaboró el dossier de recogida de datos (ANEXO 1), el cual, estaba compuesto, por una parte, de la hoja de Adherencia al Estudio, la cual rellenaban los centros de atención temprana españoles que estaban interesados en participar en el estudio. En dicha hoja de Adherencia, se les informaba a los centros de atención temprana interesados en participar, del fin de la investigación, de los componentes que formaban el equipo de investigación y de la documentación que debían aportar cada uno de los centros participantes, así como, de la formación que implicaba para asegurar el correcto uso de escalas y, por consiguiente, la validez de los datos recogidos a las familias que percibían sus servicios de atención temprana. Esta misma hoja recogía alguna información del centro adherido al estudio, tal como, nombre del centro de atención temprana, ciudad y comunidad autónoma de pertenencia, tipo de intervención que estaban llevando a cabo en el momento de recogida de datos, y persona responsable del centro para la recogida de datos para el estudio. Todos estos datos, también se les informaba que estaban sujetos bajo la Ley de protección de datos vigente en ese momento en España, la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre.

Una vez, los centros adheridos al estudio recibían la formación acerca de la utilidad y uso de las escalas que componían el dossier de recogida de datos, se les entregaba por una parte el calendario de recogida de datos, y por otra el dossier de escalas, para que pudiesen distribuirlo entre las familias que cumplieran los requisitos del estudio, es decir, familias con hijos/as en edades comprendidas entre los 0 y los 6 años, con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, y que estuviesen recibiendo intervención de su servicio de atención temprana, al menos durante los 6 meses anteriores a la recogida de datos. En cuanto al calendario de recogida de datos (diferente para cada centro de atención temprana participante), tras la formación los centros adheridos al estudio contaban con un mes para la recogida de datos, tiempo en el que se estimó que no se podían producir cambios sustanciales en el servicio de atención temprana, y que ello pudiese repercutir sobre los datos recogidos para el proyecto de investigación.

El dossier en un sobre blanco era entregado a las familias por los profesionales formados de cada uno de los centros adheridos. De acuerdo al Código de Conducta Ética da Universidade do Minho (Código de Conducta Ética de la Universidad de Minho) (CEUM, 2012) y el Guião para submissão de processos a apreciar por la Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (Guión para sometimiento de procesos a apreciar por la Subcomisión de Ética para las Ciencias Sociales y Humanas) (SECSH), aprobado por el Despacho RT-07/2015, el 26 de Enero, se presentaba junto al consentimiento informado de las familias, el cual constaba de una parte informativa y explicativa al detalle del proyecto de investigación, sus fines y las partes de las que constaba el dossier, así como el tiempo estimativo que podían tardar en rellenarlo, mientras que por otra parte, se aseguraba la confidencialidad, la privacidad y el carácter anónimo de todos los datos, así como, la voluntariedad de la participación en el mismo, la cual podían retirar en el momento que así lo requiriesen, el trato de los datos se hizo de forma grupal, en ningún caso de forma individual, y aseguraban su mayoría de edad para la participación en el mismo. Los consentimientos informados requerían de un código de identificación, que era estipulado por el centro de atención temprana, lo cual aseguraba el anonimato de los participantes en el análisis de datos de este estudio, ya que en ningún momento se trataban datos personales. La parte a cumplimentar por las familias, eran las escalas que hemos mencionado con anterioridad (Finnesse Familia, FES, FOS y FSS), y el cuestionario de datos sociodemográficos elaborado para este estudio, en el cual se contemplaban información general del niño/a, información sobre el diagnóstico, información sobre la intervención en atención temprana, información sobre recursos y ayudas, e información acerca de los tutores y núcleo familiar, como eran los ingresos mensuales familiares, para posteriormente

junto a otros datos, se determinase el estatus socioeconómico de la familia. En dossier una vez cumplimentado por la familia, era sellado en el sobre blanco que se había entregado junto al dossier, y entregado al profesional del servicio de atención temprana, para mandarlo al equipo de investigación de este estudio.

Una vez recogidos los datos y mandados al investigador principal del estudio, el cual hacía el reporte al software estadístico SPSS, se hacía un reporte individual a cada uno de los centros, ofreciéndoles los datos más significativos que se habían obtenido tanto en las prácticas que implementaban en su servicio de atención temprana típicas como las que las familias habían identificado como ideales, así como los datos más significativos en cuanto al empoderamiento de las familias. Ambos datos, ayudaban a los servicios a plantear líneas de actuación tanto para dirigir sus implementaciones hacia las que deseaban las familias, como dónde debían poner la atención para que las familias saliesen de sus servicios empoderadas, lo cual les ayudaba a mejorar la calidad y eficacia de sus servicios de atención temprana.

#### **4.3.1. Incorporación de Centros al estudio.**

Al ser el campo de la atención temprana, donde todos los miembros del equipo de esta investigación desarrollamos nuestras funciones profesionales, la difusión de este proyecto de investigación no fue difícil.

Por una parte, se hizo difusión a partir del Centro de Atención Temprana L'Alqueria, situado en Valencia y dependiente de la Universidad Católica de Valencia (UCV en adelante), del cual es directora la Dra. Margarita Cañadas, codirectora de esta tesis doctoral. Este centro de atención temprana viene siendo pionero desde el año 2013, en la implementación de prácticas centradas en la familia, por lo cual reciben visitas continuamente de otros centros de España que implementan o están interesados en implementar este tipo de prácticas en atención temprana. Se aprovecharon varias reuniones con centros de atención temprana de otras comunidades autónomas, para explicarles personalmente el procedimiento y fin de este proyecto de investigación.

Y, por otra parte, también se recibió el apoyo de Plena Inclusión (antiguamente FEAPS), quien representa como federación, a entidades nacionales de familiares de personas con discapacidad, y la cual lleva dirigiendo, apoyando y acompañando los procesos de transformación de los servicios de

atención temprana desde finales de 2015, echo por el cual se interesaron enormemente en este proyecto de investigación, el cual apoyaron y difundieron desinteresadamente.

A partir, de estas dos entidades de gran impacto en el panorama nacional, se consiguió la participación de 18 centros de atención temprana repartidos por las diferentes comunidades autónomas, de los cuales se obtuvo, tal y como mencionábamos en apartados anteriores, la participación de 432 familias que cumplían los criterios de inclusión para este estudio.

#### **4.4. Análisis estadísticos**

Para realizar el tratamiento estadístico de los datos obtenidos, se han utilizado diferentes técnicas de análisis estadísticos de los datos, con la finalidad de responder a los objetivos e hipótesis de la investigación previamente planteados. Para realizar los análisis estadísticos, se ha utilizado un programa informático especializado en el análisis estadístico en el área de Ciencias Sociales, el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, Version 23) y el programa EQS (Structural Equation Modeling Software, Versión 6.2). A continuación, se enumeran y describen los principales análisis estadísticos realizados:

##### **4.4.1. Análisis de fiabilidad y validez de las escalas.**

Se realizó en primer lugar un análisis factorial exploratorio y posteriormente un análisis factorial confirmatorio de cada una de las escalas utilizadas en el presente estudio.

Dado que el primer objetivo de esta investigación es desarrollar y validar las escalas FSS, FFS, FES y FOS en el contexto español, para lograr este objetivo, se utilizó la técnica de modelos de ecuaciones estructurales (SEM). Según Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham (2006), los modelos de ecuaciones estructurales son utilizados en numerosas áreas de investigación porque proporcionan un método directo a la hora de tratar relaciones múltiples simultáneas, a la vez que, otorgan eficacia estadística y presentan la capacidad para evaluar las relaciones de forma exhaustiva, proporcionando una evolución del análisis exploratorio al confirmatorio.

En primer lugar, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) de cada una de las escalas. Se observaron las medidas de adecuación muestral de Kaiser Meyer Olkin (KMO) y la prueba de

esfericidad de Bartlett. Por otro lado, los ítems con cargas factoriales inferiores a .40, o superiores a este valor en dos o más factores, se eliminaron antes de realizar el siguiente AFE. Además, siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco (2014), en este estudio sólo se mantuvieron los factores con al menos tres indicadores. Por último, se procedió a comprobar la interpretación teórica de la solución extraída del AFE.

Sin embargo, para conocer la validez y utilidad de la escala para un determinado estudio, el análisis factorial confirmatorio (AFC) es más fuerte y concluyente que el análisis factorial exploratorio, que sólo proporciona una evidencia inicial de los factores importantes de la escala (Meyers, Gamst y Guarino, 2006). Por ello, en segundo lugar, se procedió a realizar un AFC.

De este modo, para la evaluación del ajuste global, se utilizaron distintos índices de bondad de ajuste recomendados en la literatura (Browne y Cudeck, 1993; Kline, 2005), como la significación del Chi-cuadrado (Bentler, 2004). También, se calcularon otros coeficientes que permitieron comprobar la adecuación de los modelos propuestos como la ratio de  $\chi^2$  y sus grados de libertad ( $\chi^2/gl$ ; Wheaton, Muthén, Alwin y Summers, 1977), siendo aceptables valores inferiores a cinco (Byrne, 2009; Carmines y McIver, 1981). Asimismo, se comprobaron los coeficientes de los índices de bondad de ajuste robustos de los modelos propuestos correspondientes al Índice de Ajuste No Normado (NNFI; Hu y Bentler, 1995), el Índice de Ajuste Comparado (CFI; Bentler, 1990) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI). Para estos indicadores, se considera un buen ajuste los valores superiores a .90 (MacCallum y Austin, 2000). Para finalizar, se muestra el Root Mean-Square Error of Approximation (RMSEA), siendo necesario para considerar un buen ajuste del mismo puntuaciones inferiores a .08 (Browne y Cudeck, 1993).

Por otra parte, para la evaluación de la fiabilidad de la escala se tuvieron en cuenta tres medidas: Alfa de Cronbach, la Fiabilidad Compuesta (FC) y la Medida de la Varianza Extraída (AVE) para cada factor (Hair et al., 2006). Además, la validez discriminante, se evaluó mediante el método sugerido por Fornell y Lacker (1981). Este método, acepta la validez discriminante si la raíz cuadrada del valor AVE de un determinado factor es mayor que los coeficientes de correlación entre el factor y cualquier otro factor de la escala propuesta. Otro criterio para asegurar la validez discriminante es que las correlaciones entre los diversos pares de factores sean inferiores a .85 (Kline, 2005).

#### **4.4.2. Análisis descriptivo de variables.**

Se hizo el cálculo de estadísticos descriptivos como porcentaje, media, desviación típica, promedio de las escalas y valores máximo y mínimo.

#### **4.4.3. Análisis de correlación.**

Se utilizaron las pruebas de correlación de Pearson con la finalidad de comprobar la relación entre las variables objeto de estudio.

#### **4.4.4. Análisis de regresión lineal múltiple.**

Se realizó para conocer las variables predictoras de las escalas FES y FOS, que son las relacionadas con el empoderamiento de las familias.

# CAPÍTULO V

---

## RESULTADOS

### 5. RESULTADOS

En el presente capítulo, se muestran los resultados provenientes de la investigación, con los cuales se intenta responder a los objetivos e hipótesis previamente planteados en este estudio. En primer lugar, se analizarán las propiedades psicométricas, la fiabilidad y la validez de las escalas de este estudio mediante la realización tanto de análisis factoriales exploratorios, así como confirmatorios. De esta manera se pretende validar todas las escalas utilizadas en la tesis. En segundo lugar, se analizará la relación entre las variables mediante un análisis correlacional entre los diferentes constructos y el nivel socioeconómico de las familias (nivel de estudios, ingresos económicos) así como el tiempo de intervención. También, se realizará un modelo de relaciones causales en el que las variables independientes o predictoras serán las escalas de empoderamiento familiar FES y FOS.

#### 5.1. Propiedades psicométricas de las escalas

En este apartado se analizan las propiedades psicométricas de las escalas FES (Family Empowerment Scale, Koen, DeChilo y Fieson, 1992), FFS (Family FINESSE Scale, McWilliam, 2015), FOS (Family Outcome Survey, Bailey, 2010) y FSS (Family Support Scale, Dunst, Trivette y Jenkins, 1984), para la consecución de uno de los objetivos principales de este estudio, que es, el desarrollo y validación de estas escalas en población española. Sin embargo, el desarrollo de la escala comienza con la selección de los ítems y su agrupación en las dimensiones que se agrupaban en el análisis factorial exploratorio.

De acuerdo con Kline (2005), determinación del tamaño de la muestra, es un área de discusión, siendo necesario según algunos autores (e.g., Hair et al., 2006) 10 sujetos por parámetro estimado, mientras que para otros es suficiente con 5 participantes por variable estimada (Bentler, 1985). Del mismo modo, diversos autores (e.g., Carmines y Mclver, 1981; Marsh, Balla y McDonald, 1988; Tanaka, 1987) han destacado que a medida que el tamaño de la muestra se incrementa (pasando de 400 o 500 casos), aumenta la sensibilidad del método Máxima Verosimilitud, provocando que los diferentes indicadores y medidas de calidad del ajuste muestren un ajuste muy pobre.

Aunque no existe un consenso sobre cuál el tamaño muestral óptimo, diversos autores recomiendan 200 casos como “tamaño de muestra crítico” (Hair et al., 2006; Kline, 2005). De este modo, con tamaños muestrales superiores a 200 (que es el caso del presente estudio, el cual se compone de una  $n=432$ ), se asegura que los índices de bondad de ajuste no son inflados como consecuencia de una muestra pequeña (Anderson y Gerbing, 1988).

### **5.1.1. Escala FES**

En primer lugar, se procedió a analizar las propiedades de los ítems que componen cada una de las dimensiones propuestas. De esta manera, en la tabla 39, se muestran los datos de los ítems, agrupados según la dimensión a la que pertenecen: la media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total ( $r_{ix}$ ), el alpha de Cronbach, si se elimina dicho ítem ( $\alpha-x$ ) y los valores de asimetría y curtosis.

Tal y como se puede apreciar en la tabla 39, todos los indicadores presentan coeficientes de correlación ítem-total elevados ( $>.30$ ), prácticamente en todos los casos a excepción de los ítems 1 y 4. La escala FES, en su conjunto se muestra con un excelente coeficiente de fiabilidad ( $\alpha=.91$ ). Los valores de la fiabilidad de nuestras dimensiones por separado muestran un coeficiente del alpha de Cronbach que oscila entre .83 (dimensión 1), .84 (dimensión 2) y .85 (dimensión 3).

También, para observar la distribución normal de los datos, se observaron los valores de asimetría y curtosis de cada uno de los indicadores. De acuerdo con Hair et al., (2006) los valores superiores a  $\pm 2.58$ , rechazan el principio de normalidad con un nivel de probabilidad de .01 y los valores por encima de  $\pm 1.96$  rechazan dicho principio con un nivel de probabilidad de .05. Tal y como se puede comprobar en la tabla 39, los valores de asimetría son aceptables en la mayoría de los casos, mientras que los de curtosis son aceptables en la mayoría de los casos exceptuando el ítem 13, 15, 18, 29 y 34 ya que son superiores a 3.0 (Chou y Bentler, 1995).

**Tabla 39**

*Análisis de las propiedades de los ítems de la escala FES. Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r<sub>ix</sub>), alpha de Cronbach si se elimina el ítem (α-x), asimetría (A) y curtosis (C).*

Cuestionario completo (α=.91)		M	DT	R <sub>ix</sub>	α-x	A	C
<b>FES1</b>	Cuando surgen problemas con mi hijo/a, los puedo resolver bien	3.92	.60	.21	.89	-.08	-.03
<b>FES2</b>	Tengo confianza en mi capacidad de ayudar a mi niño/a a crecer y desarrollarse.	4.23	.72	.33	.89	-.66	-.12
FES3	Sé qué hacer cuando surgen problemas con mi niño/a.	3.86	.63	.31	.89	-.04	-.21
<b>FES4</b>	Siento que mi vida familiar está bajo control.	3.86	.94	.18	.89	-.81	.67
<b>FES5</b>	Soy capaz de conseguir información que me ayude a entender mejor a mi niño/a.	4.23	.73	.45	.88	-.61	-.19
<b>FES6</b>	Creo que puedo resolver los problemas con mi niño/a, cuando éstos ocurren.	4.00	.62	.34	.89	-.12	-.19
<b>FES7</b>	Cuando necesito ayuda con los problemas familiares, soy capaz de pedírsela a otros	3.92	1.06	.26	.89	-.78	-.09
<b>FES8</b>	Hago esfuerzos por aprender nuevas formas de ayudar a mi niño/a a crecer y desarrollarse.	4.62	.58	.40	.88	-1.41	1.25
<b>FES9</b>	Cuando se trata de mi niño/a, me concentro en las cosas buenas, así como en los problemas.	4.36	.71	.41	.88	-1.17	1.74
<b>FES10</b>	Cuando me enfrento a un problema referente a mi niño/a, decido que hacer y lo hago.	4.37	.68	.34	.88	-.61	-.72
<b>FES11</b>	Entiendo bien la condición1 de mi niño/a.	4.39	.71	.43	.88	-.97	.66
<b>FES12</b>	Siento que soy un buen padre/madre.	4.19	.70	.34	.89	-.41	-.51
<b>FES13</b>	Creo que tengo derecho de participar y aprobar todos los servicios que reciba mi niño/a.	4.62	.63	.37	.88	-1.81	3.75
<b>FES14</b>	Sé qué pasos seguir cuando estoy preocupada porque mi niño/a está recibiendo un pobre o mal servicio.	3.8	1.08	.52	.88	-1.04	.64
<b>FES15</b>	Me aseguro que los profesionales entiendan mis opiniones acerca de qué servicios necesita mi niño/a.	4.44	.73	.51	.88	-1.64	3.66
<b>FES16</b>	Soy capaz de tomar buenas decisiones sobre qué servicios necesita mi niño/a	4.16	.70	.59	.88	-.86	1.85
<b>FES17</b>	Soy capaz de trabajar con los profesionales para definir qué servicios necesita mi niño/a	4.45	.74	.56	.88	-1.46	2.37
<b>FES18</b>	Aseguro el contacto regular con los profesionales que ofrecen el servicio a mi niño/a.	4.62	.61	.42	.88	-1.85	5.01
<b>FES19</b>	Mi opinión es tan importante como la de los profesionales, cuando se trata de decidir qué servicios necesita mi niño/a.	4.38	.80	.53	.88	-1.41	1.97
<b>FES20</b>	Comunico a los profesionales lo que pienso sobre los servicios que recibe mi niño/a.	4.3	.93	.51	.88	-1.46	1.92
<b>FES 21</b>	Yo sé que servicios necesita mi niño/a.	3.7	.81	.57	.88	-.31	.37
<b>FES22</b>	Cuando es necesario, tomo la iniciativa en buscar servicios para mi niño/a y la familia.	4.17	.99	.55	.88	-1.38	1.66
<b>FES23</b>	Entiendo bien el sistema de servicios en el que está involucrado mi niño/a.	4.32	.79	.51	.88	-1.17	1.65
<b>FES24</b>	Los profesionales, deben preguntarme, qué servicios quiero para mi niño/a.	4.08	1.07	.39	.88	-1.04	.43
<b>FES25</b>	Creo que puedo tomar parte en la mejora de los servicios2 de mi comunidad para	3.49	1.06	.49	.88	-.46	-.08

	niños/as.								
<b>FES26</b>	Me pongo en contacto con la dirección de estos servicios, cuando, cuestiones importantes referentes a los niños/as, están pendientes.	3.45	1.37	.49	.88	-.53	-1.00		
<b>FES27</b>	Entiendo, cuál es la organización del sistema de servicios para los niños/as.	3.75	1.07	.62	.88	-.85	.32		
<b>FES28</b>	Tengo ideas sobre el sistema de servicios ideal para los niños/as.	3.2	1.07	.58	.88	-.34	-.35		
<b>FES29</b>	Ayudo a otras familias a que consigan el servicio que necesitan	2.97	1.67	.36	.89	3.89	44.36		
<b>FES30</b>	Creo que, junto a otros padres, podemos influenciar sobre los servicios destinados a niños/as.	3.61	1.13	.44	.88	-.57	-.46		
<b>FES31</b>	Comunico a dirección, cómo creo que pueden mejorar los servicios dirigidos a los niños/as.	2.57	1.30	.42	.88	.35	-1.08		
<b>FES32</b>	Sé cómo conseguir que los responsables y directivos me escuchen.	3.15	1.25	.51	.88	-.27	-.93		
<b>FES33</b>	Conozco los derechos de los padres y niños con necesidades educativas especiales.	3.1	1.22	.5	.88	-.23	-.81		
<b>FES34</b>	Creo que mis conocimientos y experiencia como padre/madre, pueden ser usadas para mejorar los servicios para niños/as.	3.74	1.99	.32	.89	1.03	16.93		

### **5.1.1.1. Análisis factorial exploratorio.**

Después de analizar las propiedades de los ítems y la fiabilidad de la escala FES (Koen, DeChilo y Fieson, 1992), se comprobó su validez interna mediante diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Para determinar el número de factores en los que se agrupan los ítems se utilizó la rotación Varimax.

El AFE realizado con el programa estadístico SPSS con los 34 ítems recomendó la agrupación en tres factores, que eran los que se correspondían con la interpretación teórica por la que previamente se habían creado.

Tras la aplicación del AFE que lo agrupaba en 3 factores, se estipuló eliminar los ítems 7, 8, 12, 14, 22, 24, y 34, por presentar unas cargas considerablemente inferiores a .40. El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.90) y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativo ( $\chi^2=4217.368$ ;  $gl=561$ ;  $p\leq.001$ ). La varianza explicada por los 3 factores fue de 42.87%. A continuación, en la Tabla 40 se presentan dichos resultados:

**Tabla 40***Agrupación en tres factores, cargas factoriales y comunalidades escala FES*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
FES1	-0.05	<b>.66</b>	-0.01	.44
FES2	.13	<b>.71</b>	-0.03	.53
FES3	-0.01	<b>.69</b>	.07	.49
FES4	.02	<b>.58</b>	-0.08	.34
FES5	.35	<b>.58</b>	.03	.46
FES6	.03	<b>.73</b>	.04	.55
FES7	.11	.39	.09	.17
FES8	.26	.40	.16	.26
FES9	.22	<b>.55</b>	.10	.37
FES10	.15	<b>.56</b>	.05	.34
FES11	.31	<b>.59</b>	.02	.45
FES12	.27	.53	-0.02	.35
FES13	<b>.63</b>	.07	-0.01	.40
FES14	.49	.20	.28	.36
FES15	<b>.68</b>	.12	.13	.50
FES16	<b>.66</b>	.27	.18	.54
FES17	<b>.69</b>	.18	.16	.54
FES18	<b>.53</b>	.15	.10	.32
FES19	<b>.67</b>	.10	.19	.50
FES20	<b>.59</b>	.05	.25	.42
FES21	<b>.60</b>	.22	.25	.47
FES22	.47	.17	.36	.38
FES23	<b>.54</b>	.34	.11	.42
FES24	.51	-0.04	.23	.32
FES25	.19	.07	<b>.61</b>	.42
FES26	.22	.00	<b>.65</b>	.47
FES27	.39	.22	<b>.52</b>	.48
FES28	.22	.02	<b>.74</b>	.61
FES29	.10	-0.07	<b>.58</b>	.36
FES30	.16	-0.05	<b>.66</b>	.46
FES31	-0.03	-0.01	<b>.77</b>	.60
FES32	.14	.09	<b>.67</b>	.49
FES33	.18	.12	<b>.60</b>	.41
FES34	.09	.04	.45	.21

En la tabla 41 se pueden observar los valores ordenados según el peso factorial de cada uno de los ítems, y a su vez distribuidos en el factor correspondiente.

**Tabla 41***Cargas factoriales ordenas según peso factorial escala FES*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
FES6	<b>.73</b>	.03	.04	.55
FES2	<b>.71</b>	.13	-.03	.53
FES3	<b>.69</b>	-.01	.07	.49
FES1	<b>.66</b>	-.05	-.01	.44
FES11	<b>.59</b>	.31	.02	.45
FES5	<b>.58</b>	.35	.03	.46
FES4	<b>.58</b>	.02	-.08	.34
FES10	<b>.56</b>	.15	.05	.34
FES9	<b>.55</b>	.22	.10	.37
FES12	.53	.27	-.02	.35
FES8	.40	.26	.16	.26
FES7	.39	.11	.09	.17
FES17	.18	<b>.69</b>	.16	.54
FES15	.12	<b>.68</b>	.13	.50
FES19	.10	<b>.67</b>	.19	.50
FES16	.27	<b>.66</b>	.18	.54
FES13	.07	<b>.63</b>	-.01	.40
FES21	.22	<b>.60</b>	.25	.47
FES20	.05	<b>.59</b>	.25	.42
FES23	.34	<b>.54</b>	.11	.42
FES18	.15	<b>.53</b>	.10	.32
FES24	-.04	.51	.23	.32
FES14	.20	.49	.28	.36
FES22	.17	.47	.36	.38
FES31	-.01	-.03	<b>.77</b>	.60
FES28	.02	.22	<b>.74</b>	.61
FES32	.09	.14	<b>.67</b>	.49
FES30	-.05	.16	<b>.66</b>	.46
FES26	.00	.22	<b>.65</b>	.47
FES25	.07	.19	<b>.61</b>	.42
FES33	.12	.18	<b>.60</b>	.41
FES29	-.07	.10	<b>.58</b>	.36
FES27	.22	.39	<b>.52</b>	.48
FES34	.04	.09	.45	.21

### 5.1.1.3. Análisis factorial confirmatorio

Una vez realizados los AFE, se realizaron diversos AFC con el objetivo de comprobar, por un lado, la estructura factorial extraída por el AFE (27 ítems agrupados en tres dimensiones).

La aplicación del AFC sobre la estructura factorial extraída del AFE previo, mostró un buen ajuste (ver Tabla 42). Este modelo presenta un chi-cuadrado estadísticamente significativo ( $S_B\chi^2 = 494.71$ ;  $gl=296$ ;  $p < .05$ ) y un valor del chi-cuadrado normado ( $S_B\chi^2/gl = 1.67$ ), el cual, indicaba un buen ajuste, ya que muestra un valor inferior al valor de corte propuesto por diversos autores ( $< 5.0$ ; Schumacker & Lomax, 2004). El RMSEA mostró un valor de .044 (IC=.037-.050), que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable ( $\leq .08$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Asimismo, el resto de los índices muestran un buen ajuste del modelo, ya que presentaban valores superiores a ( $\geq .90$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999): el Índice de Ajuste No Normado (NNFI = .90), el Índice de Ajuste Comparado (CFI = .91) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI=.91).

**Tabla 42**

*Índices de bondad de ajustes de la escala FES*

Modelo inicial	S-B $\chi^2$ (gl)	$\chi^2/gl$	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
<b>26 ítems, 3 factores</b>	494.71 (296)	1.67	.044 (.037-.050)	.91	.90	.91

Nota. S-B=Satorra Bentler; gl=grados de libertad; RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio ( $\leq .080$ ); IC=Intervalo de Confianza RMSEA; CFI = Índice de Ajuste Comparado; NNFI = Índice de Ajuste No Normado; IFI = Índice de Ajuste Incremental; CFI, NNFI, IFI ( $\geq .90$ );  $\chi^2/ gl$  ( $\leq 5.00$ ).

Por último, la validez de constructo se contrastó a través del análisis de la validez convergente y discriminante. Así pues, para comprobar la validez convergente de la escala definitiva de tres factores, y 27 ítems se tuvieron en cuenta las cargas factoriales y los valores de las pruebas t. Como se puede observar en la Tabla 43, las cargas factoriales de los ítems que componen la escala FES oscilan entre  $\lambda=.56$  y  $\lambda=.74$  para el factor 1 **Competencia**; entre  $\lambda=.54$  y  $\lambda=.67$  para el factor 2 **Autoeficacia**, y el factor 3 **Conocimientos**, desde  $\lambda=.60$  hasta  $\lambda=.78$ . Todas las cargas factoriales de los indicadores correspondientes a cada constructo, fueron significativas ( $p \leq .05$ ) y superiores en su mayoría al punto de corte recomendado ( $> .60$ ).

**Tabla 43**

*Número de ítems, alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), fiabilidad compuesta (FC) y varianza media extraída (AVE) para la escala FES.*

Números de Ítems		$\alpha$	FC	AVE
9	Factor 1. Competencia	.83	.95	.48
FES1	<b>.66</b>			
FES2	<b>.71</b>			
FES3	<b>.69</b>			
FES4	<b>.58</b>			
FES5	<b>.58</b>			
FES6	<b>.73</b>			
FES9	<b>.55</b>			
FES10	<b>.56</b>			
FES11	<b>.59</b>			
9	Factor 2. Autoeficacia	.84	.95	.44
FES13	<b>.63</b>			
FES15	<b>.68</b>			
FES16	<b>.66</b>			
FES17	<b>.69</b>			
FES18	<b>.53</b>			
FES19	<b>.67</b>			
FES20	<b>.59</b>			
FES21	<b>.60</b>			
FES23	<b>.54</b>			
8	Factor 3. Conocimientos	.85	.95	.46
FES25	<b>.61</b>			
FES26	<b>.65</b>			
FES28	<b>.74</b>			
FES29	<b>.58</b>			
FES30	<b>.66</b>			
FES31	<b>.77</b>			
FES32	<b>.67</b>			
FES33	<b>.60</b>			

La fiabilidad del modelo, se contrasto a través del alfa de Cronbach, FC y AVE. Tal y como se puede comprobar en la tabla 44, los coeficientes del Alfa de Cronbach como los de la FC (para cada factor),

oscilaron entre .83 y .85, siendo superiores al criterio recomendado (>.70; Hair et al., 2006; Nunnally y Bernstein, 1994). Asimismo, los valores de la AVE oscilaron entre .48 y .46, inferiores al punto de corte recomendado (>.50; Baggozi y Yi, 1998; Fornell y Larcker, 1981).

Para evaluar la validez discriminante, comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 44. Otro criterio que se suele utilizar consiste en comprobar si la raíz cuadrada del AVE es superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981). Este criterio se cumplió para todas las dimensiones como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 44**

*Correlación entre factores y raíz cuadrada de AVE en la escala FES.*

	F1	F2	F3
Factor 1. Competencia	<b>.69</b>		
Factor 2. Autoeficacia	.54	<b>.66</b>	
Factor 3. Conocimientos	.19	.59	<b>.68</b>

Finalmente, se realizó una nueva rotación varimax, con el objetivo de comprobar el peso factorial de cada uno de los ítems correspondientes, tras realizar el análisis factorial confirmatorio. En la tabla 45 se pueden observar dichos resultados, así como sus comunalidades.

**Tabla 45***Rotación Varimax post análisis factorial confirmatorio y comunalidades.*

	F1. Competencia	F2. Autoeficacia	F3. Conocimientos	Comu
FES 6	<b>.75</b>	.07	.03	.58
FES 3	<b>.73</b>	.01	.08	.54
FES 2	<b>.72</b>	.17	-.03	.55
FES 1	<b>.71</b>	-.03	-.01	.51
FES 4	<b>.58</b>	.07	-.07	.35
FES 5	<b>.57</b>	.38	.01	.47
FES 11	<b>.53</b>	.39	-.01	.43
FES 10	<b>.51</b>	.22	.04	.31
FES 17	.17	<b>.68</b>	.15	.52
FES 19	.06	<b>.68</b>	.19	.50
FES 15	.10	<b>.67</b>	.19	.50
FES 16	.26	<b>.64</b>	.21	.53
FES 13	.02	<b>.62</b>	-.02	.39
FES 18	.06	<b>.61</b>	.06	.39
FES 20	.01	<b>.59</b>	.25	.42
FES 23	.32	<b>.55</b>	.08	.42
FES 21	.22	<b>.54</b>	.29	.43
FES 31	.00	-.03	<b>.79</b>	.63
FES 28	.00	.18	<b>.76</b>	.62
FES 32	.08	.14	<b>.70</b>	.52
FES 30	-.08	.10	<b>.68</b>	.48
FES 26	-.02	.21	<b>.67</b>	.49
FES 25	.05	.14	<b>.64</b>	.43
FES 33	.12	.18	<b>.61</b>	.43
FES 29	-.10	.09	<b>.58</b>	.36

Así pues, podemos concluir, que la Escala de Empoderamiento Familiar (FES, Koen, DeChilo y Fieson, 1992), válida para la población española, estaría compuesta por un total de 27 ítems (habiéndose retirado los ítems 7, 8, 12, 14, 22, 24 y 34, por presentar cargas factoriales inferiores a .40), y un coeficiente de fiabilidad de  $\alpha=.91$ , componiendo así un modelo de 3 dimensiones de empoderamiento familiar, donde el Factor 1: **Competencia** ( $\alpha=.83$ ), se entiende como, la capacidad y el sentido de control que tienen las familias para la toma de decisiones con respecto a la crianza de sus hijos, completándose de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10 y 11. Por otra parte, el Factor 2: **Autoeficacia**

( $\alpha=.84$ ), entendido como la percepción de la familia sobre su capacidad y habilidad para actuar sobre los servicios que necesitan para atender el retraso en el desarrollo de su hijo/a y/o el funcionamiento familiar, y se completa de los ítems 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, y 23. Por último, el Factor 3: **Conocimientos** ( $\alpha=.85$ ), el cual es entendido como la comprensión y habilidades sobre su participación y derechos en los servicios que atienden a su familia e hijo/a, se compone de los ítems 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, y 33.

### 5.1.2. Escala FOS

Al igual que anteriormente, en primer lugar, se procedió a analizar las propiedades de los ítems que componen cada una de las dimensiones propuestas en el Análisis Factorial Exploratorio de la escala FOS sección A (Bailey, 2010). De esta manera, en la tabla 46 se muestran los datos de los ítems agrupados según la dimensión a la que pertenecen: la media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total ( $r_{ix}$ ), el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem ( $\alpha-x$ ) y los valores de asimetría y curtosis.

Como se puede observar en la tabla 46, todos los indicadores presentan coeficientes de correlación ítem-total elevados ( $>.30$ ) en todos los casos. La escala FOS-A, en su conjunto muestra un excelente buen coeficiente de fiabilidad ( $\alpha=.86$ ). Los valores de la fiabilidad de las dimensiones por separado muestran un coeficiente del alpha de Cronbach que oscila entre .74 (dimensión 1), .81 (dimensión 2), .88 (dimensión 3), .76 (dimensión 4), y .76 (dimensión 5).

Además, para observar si existía distribución normal de los datos de la escala FOS-A, se observaron los valores de asimetría y curtosis de cada uno de los indicadores. De acuerdo con Hair et al., (2006) los valores superiores a  $\pm 2.58$  rechazan el principio de normalidad con un nivel de probabilidad de .01 y los valores por encima de  $\pm 1.96$  rechazan dicho principio con un nivel de probabilidad de .05. Tal y como se puede comprobar en la tabla 46, los valores de asimetría son aceptables en la mayoría de los casos, mientras que los de curtosis no lo son en la mayor parte de los casos ya que son superiores a  $\pm 3.00$  una gran parte de los ítems (Chou y Bentler, 1995).

**Tabla 46**

*Análisis de las propiedades de los ítems de la escala FOS-A: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r<sub>ix</sub>), alpha de Cronbach si se elimina el ítem (α-x), asimetría (A) y curtosis (C).*

Cuestionario completo (α = .86)		M	DT	R <sub>x</sub>	α-x	A	C
<b>FOS 1</b>	Sabemos cuáles son los siguientes pasos en el crecimiento y aprendizaje de nuestro hijo	4.05	.86	.50	.85	-.74	.22
<b>FOS 2</b>	Conocemos las fortalezas y habilidades de nuestro hijo	4.44	.71	.46	.85	-1.26	1.45
<b>FOS 3</b>	Conocemos las dificultades o necesidades de nuestro hijo	4.55	.64	.47	.85	-1.34	1.40
<b>FOS 4</b>	Vemos cuándo nuestro hijo está progresando	4.8	.46	.38	.86	-2.58	7.64
<b>FOS 5</b>	Somos capaces de encontrar y usar servicios y programas disponibles para nuestro hijo.	4.09	.93	.58	.85	-.98	.74
<b>FOS 6</b>	Conocemos nuestros derechos con relación a las necesidades especiales de nuestro hijo.	3.77	1.07	.55	.85	-.64	-.26
<b>FOS 7</b>	Sabemos con quién contactar y qué hacer cuando tenemos dudas o preocupaciones.	4.18	.92	.56	.85	-1.12	1.16
<b>FOS 8</b>	Conocemos las opciones disponibles para cuándo nuestro hijo sale del programa.	3.32	1.35	.49	.85	-0.41	-1.00
<b>FOS 9</b>	Estamos cómodos al pedir los servicios y apoyos que nuestro hijo y nuestra familia necesitan	4.43	2.72	.22	.89	16.49	314.72
<b>FOS 10</b>	Podemos ayudar a nuestro hijo a llevarse bien con los demás.	4.51	.72	.59	.85	-1.59	2.55
<b>FOS 11</b>	Podemos ayudar a nuestro hijo a aprender nuevas habilidades.	4.57	.65	.65	.85	-1.47	1.94
<b>FOS 12</b>	Podemos ayudar a nuestro hijo a satisfacer sus necesidades.	4.51	.66	.59	.85	-1.20	1.04
<b>FOS 13</b>	Podemos trabajar en los objetivos de nuestro hijo durante las rutinas diarias.	4.64	.59	.51	.85	-1.66	2.7
<b>FOS 14</b>	Nos sentimos a gusto al hablar con nuestros familiares y amigos sobre las necesidades de nuestro hijo.	4.18	1.11	.49	.85	-1.37	1.05
<b>FOS 15</b>	Tenemos amigos o miembros de la familia que escuchan y muestran interés por nosotros.	4.48	.91	.51	.85	-2.03	3.95
<b>FOS 16</b>	Podemos hablar con otras familias que tienen un hijo con necesidades parecidas.	3.97	1.29	.44	.85	-.98	-.19
<b>FOS 17</b>	Tenemos amigos o miembros de la familia con los que podemos contar cuándo necesitamos ayuda.	4.48	1.01	.40	.85	-2.16	3.96
<b>FOS 18</b>	Yo puedo satisfacer mis propias necesidades y hacer cosas que disfruto	3.98	1.04	.52	.85	-.91	.21
<b>FOS 19</b>	Nuestro hijo participa en las actividades sociales, recreativas o religiosas que deseamos	4.03	1.13	.51	.85	-1.08	0.35
<b>FOS 20</b>	Podemos hacer cosas juntos que disfrutamos en familia.	4.54	.75	.52	.85	-1.65	2.17
<b>FOS 21</b>	Nuestras necesidades médicas y dentales están satisfechas.	4.52	.81	.45	.85	-2.02	4.25
<b>FOS 22</b>	Las necesidades relacionadas en el cuidado de nuestro hijo están satisfechas.	4.68	.62	.54	.85	-2.16	5.26

---

<b>FOS 23</b>	Nuestras necesidades de transporte están satisfechas.	4.53	.96	.4	.85	-2.44	5.53
<b>FOS 24</b>	Nuestras necesidades de transporte están satisfechas.	4.78	.61	.32	.86	-3.55	14.30

---

### 5.1.2.1. Análisis factorial exploratorio

Después de analizar las propiedades de los ítems y la fiabilidad de la escala FOS-A, se procedió a comprobar su validez interna mediante diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Para determinar el número de factores en los que se agrupan los ítems, se utilizó la rotación Varimax.

El AFE realizado con el programa estadístico SPSS con los 24 ítems de la escala FOS-A recomendó la agrupación en cinco factores. En primer lugar, se eliminaron los ítems 9, 18, 19 y 20, por presentar unos pesos irregulares.

De esta manera, el AFE quedó reducido a 20 ítems agrupados en cinco dimensiones. El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.89) y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativo ( $\chi^2=4108.87$ ;  $gl=276$ ;  $p\leq.001$ ). La varianza explicada por los cinco factores fue de 59.20%. A continuación, en la tabla 47 se presentan dichos resultados:

**Tabla 47**

*Cargas factoriales y comunalidades escala FOS-A.*

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	Com.
FOS1	<b>.5</b>	.46	.24	.11	.03	.54
FOS2	<b>.73</b>	.23	.22	.03	.19	.68
FOS3	<b>.73</b>	.19	.23	.09	.15	.65
FOS4	<b>.47</b>	.08	.33	.15	.01	.36
FOS5	.18	<b>.76</b>	.13	.18	.08	.68
FOS6	.23	<b>.81</b>	.12	.06	.08	.74
FOS7	.24	<b>.66</b>	.17	.13	.16	.57
FOS8	.00	<b>.73</b>	.19	.11	.05	.59
FOS9	-.33	.35	.21	.07	.10	.29
FOS10	.21	.15	<b>.73</b>	.08	.23	.67
FOS11	.19	.20	<b>.80</b>	.14	.16	.78
FOS12	.14	.21	<b>.81</b>	.08	.11	.75
FOS13	.18	.16	<b>.72</b>	.12	.05	.60
FOS14	.04	.15	.23	<b>.71</b>	.01	.59
FOS15	.12	.07	.08	<b>.82</b>	.17	.73
FOS16	-.05	.33	.11	<b>.59</b>	.02	.47
FOS17	.09	-.03	.02	<b>.81</b>	.20	.71
FOS18	.14	.14	.40	.45	.13	.43
FOS19	.02	.25	.32	.33	.30	.37
FOS20	.04	.10	.54	.26	.29	.46
FOS21	.10	.16	.11	.06	<b>.79</b>	.68
FOS22	.15	.12	.31	.14	<b>.67</b>	.61
FOS23	-.04	.14	.06	.15	<b>.75</b>	.62
FOS24	.09	-.04	.13	.07	<b>.70</b>	.53

Para una mejor valoración, se han ordenado los ítems a razón el peso factorial de dicho ítem en cada uno de los factores extraídos. En la tabla 48 se observa esta distribución.

**Tabla 48**

*Relación de ítems ordenados según cargas factoriales.*

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5	Com.
FOS2	<b>.73</b>	.23	.22	.03	.19	.68
FOS3	<b>.73</b>	.19	.23	.09	.15	.65
FOS1	<b>.5</b>	.46	.24	.11	.03	.54
FOS4	<b>.47</b>	.08	.33	.15	.01	.36
FOS6	.23	<b>.81</b>	.12	.06	.08	.74
FOS5	.18	<b>.76</b>	.13	.18	.08	.68
FOS8	.00	<b>.73</b>	.19	.11	.05	.59
FOS7	.24	<b>.66</b>	.17	.13	.16	.57
FOS12	.14	.21	<b>.81</b>	.08	.11	.75
FOS11	.19	.20	<b>.80</b>	.14	.16	.78
FOS10	.21	.15	<b>.73</b>	.08	.23	.67
FOS13	.18	.16	<b>.72</b>	.12	.05	.60
FOS15	.12	.07	.08	<b>.82</b>	.17	.73
FOS17	.09	-.03	.02	<b>.81</b>	.20	.71
FOS14	.04	.15	.23	<b>.71</b>	.01	.59
FOS16	-.05	.33	.11	<b>.59</b>	.02	.47
FOS18	.14	.14	.40	.45	.13	.43
FOS19	.02	.25	.32	.33	.30	.37
FOS21	.10	.16	.11	.06	<b>.79</b>	.68
FOS23	-.04	.14	.06	.15	<b>.75</b>	.62
FOS24	.09	-.04	.13	.07	<b>.70</b>	.53
FOS22	.15	.12	.31	.14	<b>.67</b>	.61
FOS19	.02	.25	.32	.33	.30	.37
FOS20	.04	.10	.54	.26	.29	.46

### 5.1.2.2. Análisis factorial confirmatorio

Una vez realizados los AFE, se realizaron diversos AFC, con el objetivo de comprobar la estructura factorial extraída por el AFE en el FOS-A (20 ítems agrupados en cinco dimensiones).

La aplicación del AFC sobre la estructura factorial extraída del AFE previo, mostró un buen ajuste en la FOS-A (ver Tabla 49). Este modelo, presenta un chi-cuadrado significativo ( $SB\chi^2= 296.30$ ;  $gl=160$ ;  $p <.05$ ), y un valor del chi-cuadrado normado ( $\chi^2/gl = 1.85$ ) que indicaba un buen ajuste, ya que

muestra un valor superior al valor de corte propuesto por diversos autores ( $<.05$ ; Schumacker & Lomax, 2004). El RMSEA mostró un valor de .046 (IC=.038 - .054), que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable ( $\leq.08$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Asimismo, el resto de los índices, muestran un buen ajuste del modelo, ya que presentaban valores superiores a .90 ( $\geq.90$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999): el Índice de Ajuste No Normado (NNFI = .92), el Índice de Ajuste Comparado (CFI = .93) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI=.93).

Por lo tanto, el modelo parece que muestra una adecuada validez interna para la escala FOS-A. A continuación, se pueden observar dichos resultados:

**Tabla 49**

*Índices de bondad de ajuste de la escala FOS-A*

Modelo inicial	$\chi^2$ (gl)	$\chi^2$ /gl	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
<b>20 ítems, 5 factores</b>	296.30 (160)	1.85	.046 (.038-.054)	.93	.92	.93

Nota. S-B=Satorra Bentler; gl=grados de libertad; RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio ( $\leq.080$ ); IC=Intervalo de Confianza RMSEA; CFI = Índice de Ajuste Comparado; NNFI = Índice de Ajuste No Normado; IFI = Índice de Ajuste Incremental; CFI, NNFI, IFI ( $\geq.90$ );  $\chi^2$ / gl ( $\leq 5.00$ ).

Por último, la validez del constructo se contrastó a través del análisis de la validez convergente y discriminante. Así pues, para comprobar la validez convergente de la escala definitiva de cinco factores y 20 ítems, se tuvieron en cuenta las cargas factoriales y los valores de las pruebas t. Como se puede observar en la tabla 50, las cargas factoriales de los ítems que componen la escala FOS-A, oscilan entre  $\lambda=.47$  y  $\lambda=.73$  para el factor 1 **Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo/a**; entre  $\lambda=.66$  y  $\lambda=.81$  para el factor 2 **Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo/a**, entre  $\lambda=.72$  y  $\lambda=.81$  para el factor 3 **Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender**, entre  $\lambda=.59$  y  $\lambda=.82$  para el factor 4 **Formar un sistema de apoyos**, y el factor 5 **Acceso a la comunidad**, desde  $\lambda=.67$  hasta  $\lambda=.79$ . La mayor parte de las cargas factoriales de los indicadores correspondientes a cada constructo, fueron significativas ( $p\leq.05$ ) y superiores al punto de corte recomendado ( $>.60$ ).

**Tabla 50**

*Cargas factoriales, alfa de cronbach ( $\alpha$ ), fiabilidad compuesta (FC) y varianza media extraída (AVE) en escala FOS-A.*

Número de Ítems		$\alpha$	FC	AVE
4	Factor 1	.74	.78	.44
FOS1	.5			
FOS2	.73			
FOS3	.73			
FOS4	.47			
4	Factor 2	.81	.87	.56
FOS5	.76			
FOS6	.81			
FOS7	.66			
FOS8	.73			
4	Factor 3	.88	.89	.62
FOS10	.73			
FOS11	.80			
FOS12	.81			
FOS13	.72			
4	Factor 4	.76	.86	.51
FOS14	.71			
FOS15	.82			
FOS16	.59			
FOS17	.81			
4	Factor 5	.76	.87	.55
FOS21	.79			
FOS22	.67			
FOS23	.75			
FOS24	.70			

La fiabilidad del modelo, se contrasto a través del alfa de Cronbach, FC y AVE. Tal y como se puede comprobar en la tabla 50, los coeficientes del Alfa de Cronbach como los de la FC para cada factor, oscilaron entre .74 y .89, siendo superiores al criterio recomendado (>.70; Hair et al., 2006; Nunnally y Bernstein, 1994). Asimismo, los valores de la AVE oscilaron entre .44 y .62, también alrededor del punto de corte recomendado (>.50; Bagozzi y Yi, 1998; Fornell y Larcker, 1981).

Para evaluar la validez discriminante comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 51. Otro criterio que se suele utilizar consiste en comprobar si la raíz cuadrada del AVE es superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981). Este criterio se cumplió para todas las dimensiones como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 51**

*Correlación entre factores y raíz cuadrada de AVE en escala FOS-A.*

	F1	F2	F3	F4	F5
Factor 1. Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo/a	<b>.66</b>				
Factor 2. Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo/a	.65	<b>.75</b>			
Factor 3. Ayudar a su hijo/a a desarrollarse y aprender	.65	.53	<b>.79</b>		
Factor 4. Formar un sistema de apoyos	.33	.35	.37	<b>.71</b>	
Factor 5. Acceso a la comunidad	.45	.39	.51	.42	<b>.74</b>

Finalmente, se realizó una nueva rotación varimax con el objetivo de comprobar el peso factorial de cada uno de los ítems correspondientes, tras realizar el análisis factorial confirmatorio. Tras este análisis, la varianza explicada se sitúa en un 65.28%. En la tabla 52 se pueden observar dichos resultados, así como sus comunalidades.

**Tabla 52***Rotación Varimax post análisis factorial confirmatorio y comunalidades escala FOS-A.*

	F1	F2	F3	F4	F5	Com.
FOS 3	<b>.81</b>	.17	.16	.07	.12	.74
FOS 2	<b>.76</b>	.24	.16	.00	.18	.69
FOS 4	<b>.54</b>	.04	.29	.17	.00	.42
FOS 1	<b>.48</b>	.48	.22	.07	.03	.52
FOS 6	.19	<b>.82</b>	.13	.05	.19	.75
FOS 5	.16	<b>.76</b>	.15	.19	.16	.68
FOS 8	-.00	<b>.75</b>	.19	.08	-.00	.61
FOS 7	.23	<b>.65</b>	.17	.13	.23	.56
FOS 12	.15	.22	<b>.83</b>	.09	.13	.79
FOS 11	.22	.21	<b>.81</b>	.15	.18	.81
FOS 13	.14	.19	<b>.75</b>	.12	.08	.64
FOS 10	.27	.13	<b>.73</b>	.1	.25	.70
FOS 15	.12	.08	.09	<b>.83</b>	.18	.76
FOS 17	.08	-.01	.03	<b>.82</b>	.21	.73
FOS 14	.08	.14	.23	<b>.72</b>	.02	.61
FOS 16	-.01	.36	.07	<b>.57</b>	.02	.46
FOS 21	.15	.16	.06	.04	<b>.79</b>	.68
FOS 23	-.04	.15	.04	.14	<b>.76</b>	.63
FOS 24	.06	-.05	.18	.10	<b>.71</b>	.56
FOS 22	.20	.12	.29	.14	<b>.67</b>	.62

Así pues, podemos concluir, que la Escala de Resultados de la Familia (FOS, Bailey, 2010), válida para la población española, solo contemplaría la sección A, compuesta por los cinco resultados del impacto de la intervención en atención temprana sobre las familias (Bailey et al., 2006), ya que en España no es imprescindible, reiterar la información añadiendo la parte B, con los tres indicadores útiles para conocer en qué medida la intervención en atención temprana ha ayudado a la familia, marcados por el Programa Oficial de Educación Especial de Estados Unidos (OSEP), puesto que se rige por otra legislación. FOS estaría compuesta por un total de 20 ítems (habiéndose retirado los ítems 9, 18, 19 y 20, por presentar cargas factoriales inferiores a .40), y un coeficiente de fiabilidad de  $\alpha=.86$ , componiendo así, un modelo de 5 dimensiones (resultados) de empoderamiento familiar, totalmente acorde al realizado por Bailey y colegas en 2011, donde el **Resultado 1: Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo/a** ( $\alpha=.74$ ), se completó de los ítems 1, 2, 3 y 4. Por otra parte, el **Resultado 2: Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo/a** ( $\alpha=.81$ ),

se compuso de los ítems 5, 6, 7 y 8. El **Resultado 3: Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender** ( $\alpha=.88$ ), estaba compuesto de los ítems 10, 11, 12 y 13. El **Resultado 4: Formar un sistema de apoyos** ( $\alpha = .76$ ), comprendía los ítems 14, 15, 16 y 17. Y finalmente, el **Resultado 5: Acceso a la comunidad** ( $\alpha = .76$ ), el cual, comprendía los ítems 21, 22, 23 y 24.

### 5.1.3. Escala FSS

En el caso de la escala FSS, se procedió también a analizar las propiedades de los ítems que componen cada una de las dimensiones propuestas en el Análisis Factorial Exploratorio de esta escala. De este modo, en la tabla 53 se muestran los datos de los ítems agrupados según la dimensión a la que pertenecen: la media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total ( $r_{ix}$ ), el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem ( $\alpha-x$ ) y los valores de asimetría y curtosis.

Como se puede ver en la tabla 53, todos los indicadores presentan coeficientes de correlación ítem-total elevados ( $>.30$ ) en la mayoría de los casos. La escala FSS en su conjunto muestra un excelente buen coeficiente de fiabilidad ( $\alpha=.83$ ). Los valores de la fiabilidad de las dimensiones por separado muestran un coeficiente del alpha de Cronbach que oscila entre .72 (dimensión 1), .86 (dimensión 2) y .70 (dimensión 3).

Además, para observar si existía distribución normal de los datos de la escala FSS, se analizaron los valores de asimetría y curtosis de cada uno de los indicadores. De acuerdo con Hair y colegas (Hair et al., 2006), los valores superiores a  $\pm 2.58$  rechazan el principio de normalidad con un nivel de probabilidad de .01 y los valores por encima de  $\pm 1.96$  rechazan dicho principio con un nivel de probabilidad de .05. Tal y como se puede comprobar en la tabla 53, los valores de asimetría son aceptables en la mayoría de los casos, mientras que los de curtosis también lo son en la mayor parte de los casos ya que son inferiores a los valores mencionados anteriormente en una gran parte de los ítems (Chou y Bentler, 1995).

**Tabla 53**

*Análisis de las propiedades de los ítems de la escala FSS: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r<sub>ix</sub>), alpha de Cronbach si se elimina el ítem (α-x), asimetría (A) y curtosis (C).*

Cuestionario completo (α = .83)		M	DT	R <sub>ix</sub>	α-x	A	C
FSS 1	Mis Padres	3.56	1.59	.28	.83	-.59	-1.24
FSS 2	Los padres de mi esposo (a) o compañero	2.78	1.57	.34	.82	.22	-1.49
FSS 3	Mis parientes / hermanos	2.96	1.44	.42	.82	.07	-1.38
FSS 4	Los parientes/hermanos de mi esposo(a) o compañeros	2.46	1.40	.49	.82	.58	-.87
FSS 5	Esposo (a) o compañero (a)	4.28	1.13	.28	.83	-1.54	1.38
FSS 6	Mis amistades	2.58	1.27	.58	.81	.39	-.92
FSS 7	Las amistades de mi esposo(a) o compañero (a)	2.11	1.29	.58	.81	.88	-.47
FSS 8		2.26	1.6	.32	.83	.75	-1.14
FSS 9	Vecinos	1.57	1.09	.47	.82	2.47	7.97
FSS 10	Otros padres	1.74	1.14	.57	.81	1.97	5.38
FSS 11	Agrupaciones para padres	1.6	1.09	.49	.82	2.33	7.26
FSS 12	Agrupaciones para padres	1.5	1.14	.49	.82	2.67	7.98
FSS 13	Agrupaciones sociales/clubes	1.39	1.02	.43	.82	3.31	13.16
FSS 14	Miembros / ministro de la Iglesia	1.27	.85	.36	.82	4.45	26.09
FSS 15	El médico de la familia o de mi hijo	2.89	1.38	.47	.82	.11	-1.17
FSS 16	Programa de Intervención Temprana	4.19	1.02	.36	.82	-1.45	1.77
FSS 17	Escuela/Guardería de niños	3.56	1.40	.32	.83	-.74	-.74
FSS 18	Profesionales (trabajadores sociales, terapistas, maestros, etc.)	3.37	1.49	.39	.82	-.47	-1.18
FSS 19	Agencias profesionales (salud pública, servicios sociales, salud mental, etc.)	2.47	1.48	.32	.82	.42	-1.32

### 5.1.3.1. Análisis factorial exploratorio

Después de analizar las propiedades de los ítems y la fiabilidad de la escala FSS, se comprobó su validez interna mediante diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios. Para determinar el número de factores en los que se agrupan los ítems se utilizó la rotación Varimax.

El AFE realizado con el programa estadístico SPSS con los 19 ítems, recomendó la agrupación en tres factores. Por consiguiente, tras la aplicación del AFE que lo agrupaba en 3 dimensiones, se decidió eliminar el ítem 8 dada su escasa carga factorial en las 3 dimensiones extraídas.

De esta manera, el AFE quedó reducido a 18 ítems agrupados en tres dimensiones. El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.81) y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativo ( $\chi^2=1542,94$ ;  $gl=171$ ;  $p\leq.001$ ). La varianza explicada por los tres factores fue de 45.01%. A continuación, en la tabla 54 se presentan dichos resultados:

**Tabla 54**

*Cargas factoriales y comunalidades escala FSS.*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
FSS 1	.21	<b>.51</b>	-.17	.34
FSS 2	.02	<b>.64</b>	.05	.42
FSS 3	.18	<b>.63</b>	.00	.44
FSS 4	.06	<b>.71</b>	.21	.56
FSS 5	-.05	<b>.5</b>	.18	.28
FSS 6	.46	<b>.52</b>	.16	.51
FSS 7	.40	<b>.57</b>	.18	.53
FSS 8	.28	.14	.29	.18
FSS 9	<b>.66</b>	.22	.02	.49
FSS 10	<b>.70</b>	.25	.15	.58
FSS 11	<b>.61</b>	.27	.04	.45
FSS 12	<b>.71</b>	-.01	.27	.58
FSS 13	<b>.69</b>	-.05	.21	.53
FSS 14	<b>.59</b>	.03	.09	.36
FSS 15	.22	.31	<b>.44</b>	.34
FSS 16	.01	.20	<b>.62</b>	.42
FSS 17	.12	.07	<b>.55</b>	.32
FSS 18	.15	.02	<b>.74</b>	.57
FSS 19	.17	-.08	<b>.71</b>	.55

Para una mejor valoración, se han ordenado los ítems a razón el peso factorial de dicho ítem en cada uno de los factores extraídos. En la tabla 55 se observa esta distribución.

**Tabla 55***Relación de ítems ordenados según cargas factoriales.*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
FSS 4	<b>.71</b>	.06	.21	.56
FSS 2	<b>.64</b>	.02	.05	.42
FSS 3	<b>.63</b>	.18	.00	.44
FSS 7	<b>.57</b>	.40	.18	.53
FSS 6	<b>.52</b>	.46	.16	.51
FSS 1	<b>.51</b>	.21	-.17	.34
FSS 5	<b>.5</b>	-.05	.18	.28
FSS 12	-.01	<b>.71</b>	.27	.58
FSS 10	.25	<b>.70</b>	.15	.58
FSS 13	-.05	<b>.69</b>	.21	.53
FSS 9	.22	<b>.66</b>	.02	.49
FSS 11	.27	<b>.61</b>	.04	.45
FSS 14	.03	<b>.59</b>	.09	.36
FSS 18	.02	.15	<b>.74</b>	.57
FSS 19	-.08	.17	<b>.71</b>	.55
FSS 16	.20	.01	<b>.62</b>	.42
FSS 17	.07	.12	<b>.55</b>	.32
FSS 15	.31	.22	<b>.44</b>	.34
FSS 8	.14	.28	.29	.18

**5.1.3.2. Análisis factorial confirmatorio**

Una vez realizados los AFE, se realizaron diversos AFC con el objetivo de comprobar la estructura factorial extraída por el AFE en el FSS (18 ítems agrupados en 3 dimensiones).

La aplicación del AFC sobre la estructura factorial extraída del AFE previo, mostró un buen ajuste en la FSS (ver tabla 56). Este modelo presenta un chi-cuadrado significativo ( $SB\chi^2 = 29.25$ ;  $gl=24$ ;  $p < .05$ ) y un valor del chi-cuadrado normado ( $\chi^2/gl = 1.21$ ), el cual, indicaba un buen ajuste, ya que muestra un valor superior al valor de corte propuesto por diversos autores ( $< .05$ ; Schumacker & Lomax, 2004). El RMSEA mostró un valor de .027 (IC=.000 - .057), que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable ( $\leq .08$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Asimismo, el resto de los índices muestran un buen ajuste del modelo, ya que presentaban valores superiores a .90 ( $\geq .90$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999): el Índice de Ajuste No Normado (NNFI = .97), el Índice de Ajuste Comparado (CFI = .98) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI=.98).

Por lo tanto, el modelo parece que muestra una adecuada validez interna para la escala FSS. A continuación, se pueden observar dichos resultados en la tabla 56:

**Tabla 56***Índices de bondad de ajuste de la escala FSS.*

Modelo inicial	$\chi^2$ (gl)	$\chi^2$ /gl	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
<b>18 ítems, 3 factores</b>	29.25 (24)	1.21	.027 (.000-.057)	.98	.97	.98

Nota. S-B=Satorra Bentler; gl=grados de libertad; RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio ( $\leq$ .080); IC=Intervalo de Confianza RMSEA; CFI = Índice de Ajuste Comparado; NNFI = Índice de Ajuste No Normado; IFI = Índice de Ajuste Incremental; CFI, NNFI, IFI ( $\geq$ .90);  $\chi^2$ / gl ( $\leq$ 5.00).

Por último, la validez del constructo se contrastó a través del análisis de la validez convergente y discriminante. Así pues, para comprobar la validez convergente de la escala definitiva de tres factores y 18 ítems, se tuvieron en cuenta las cargas factoriales y los valores de las pruebas t. Como se puede observar en la tabla 57, las cargas factoriales de los ítems que componen la escala FSS oscilan entre  $\lambda=.50$  y  $\lambda=.71$  para el factor 1 **Apoyos Informales**; entre  $\lambda=.66$  y  $\lambda=.71$  para el factor 2 **Apoyos Intermedios** y el factor 3 **Apoyos Formales**, desde  $\lambda=.45$  hasta  $\lambda=.74$ . La mayor parte de las cargas factoriales de los indicadores correspondientes a cada constructo fueron significativas ( $p\leq.05$ ) y superiores al punto de corte recomendado ( $>.60$ ).

**Tabla 57***Cargas factoriales, alfa de cronbach ( $\alpha$ ), fiabilidad compuesta (FC) y varianza media extraída (AVE) en escala FSS.*

Número de Ítems		$\alpha$	FC	AVE
7	Factor 1. Apoyos Informales	.77	.90	.37
FSS 1		.51		
FSS 2		.64		
FSS 3		.63		
FSS 4		.71		
FSS 5		.5		
FSS 6		.52		
FSS 7		.57		
6	Factor 2. Apoyos Intermedios	.86	.92	.40
FSS 9		.66		
FSS 10		.70		
FSS 11		.61		
FSS 12		.71		
FSS 13		.69		

FSS 14		.59		
5	Factor 3. Apoyos Formales	.70	.82	.30
FSS 15		.44		
FSS 16		.62		
FSS 17		.55		
FSS 18		.74		
FSS 19		.71		

La fiabilidad del modelo, se contrasto a través del alfa de Cronbach, FC y AVE. Tal y como se puede comprobar en la tabla 58, los coeficientes del Alfa de Cronbach como los de la FC para cada factor oscilaron entre .70 y .92, siendo superiores al criterio recomendado (>.70; Hair et al., 2006; Nunnally y Bernstein, 1994). Asimismo, los valores de la AVE oscilaron entre .37 y .40, inferiores al punto de corte recomendado (>.50; Baggozi y Yi, 1998; Fornell y Larcker, 1981).

Para evaluar la validez discriminante comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 58. Otro criterio que se suele utilizar consiste en comprobar si la raíz cuadrada del AVE es superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981). Este criterio se cumplió para todas las dimensiones como se puede observar en la siguiente tabla:

### Tabla 58

*Correlación entre factores y raíz cuadrada de AVE en escala FSS.*

	F1	F2	F3
Factor 1. Apoyos Informales	<b>.60</b>		
Factor 2. Apoyos Intermedios	.31	<b>.63</b>	
Factor 3. Apoyos Formales	.34	.35	<b>.55</b>

Finalmente, se realizó una nueva rotación varimax con el objetivo de comprobar el peso factorial de cada uno de los ítems correspondientes tras realizar el análisis factorial confirmatorio. Tras este análisis, la varianza explicada se sitúa en un 49.95%. En la tabla 59 se pueden observar dichos resultados, así como sus comunalidades.

**Tabla 59***Rotación Varimax post análisis factorial confirmatorio y comunalidades escala FSS.*

	F1	F2	F3	Com.
FSS 4	<b>.69</b>	.05	.20	.53
FSS 3	<b>.67</b>	.07	.04	.46
FSS 7	<b>.66</b>	.22	.24	.55
FSS 6	<b>.62</b>	.22	.25	.50
FSS 2	<b>.60</b>	.11	-.00	.37
FSS 1	<b>.54</b>	.16	-.14	.34
FSS 5	<b>.46</b>	.02	.08	.22
FSS 13	.01	<b>.81</b>	.14	.68
FSS 12	.05	<b>.80</b>	.22	.69
FSS 14	.04	<b>.74</b>	.02	.56
FSS 10	.27	<b>.73</b>	.14	.64
FSS 9	.23	<b>.71</b>	.05	.56
FSS 11	.26	<b>.68</b>	.02	.53
FSS 18	.04	.12	<b>.77</b>	.61
FSS 19	-.06	.14	<b>.73</b>	.56
FSS 16	.20	-.03	<b>.62</b>	.43
FSS 17	.07	.09	<b>.57</b>	.34
FSS 15	.34	.14	<b>.45</b>	.35

Así pues, podemos concluir, que la Escala de Apoyos Familiares (FSS, Dunst, Trivette y Jenkins, 1984), válida para la población española, estaría compuesta por un total de 18 ítems (habiéndose retirado el ítem 8, por presentar cargas factoriales inferiores a .40), y un coeficiente de fiabilidad de  $\alpha=.83$ , componiendo así, un modelo de 3 dimensiones para el constructo de apoyos familiares, siendo el **Factor 1: Apoyos Informales** ( $\alpha=.77$ ) los cuales representan a la familia extensa y amigos de confianza más cercanos, se completó de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7. Por otra parte, el **Factor 2: Apoyos Intermedios** ( $\alpha=.86$ ), los cuales representan personas del entorno familiar como vecinos, compañeros de trabajo o agrupaciones sociales, se compuso de los ítems 9, 10, 11, 12, 13 y 14. Y finalmente, el **Factor 3: Apoyos Formales** ( $\alpha = .70$ ), los cuales comprenden los apoyos recibidos por parte del ámbito educativo, social y sanitario, el cual, comprendía los ítems 15, 16, 17, 18 y 19.

#### **5.1.4. Escala FFS**

A continuación, se analizarán las validaciones de las escalas FFS (McWilliam, 2015). En este sentido, en primer lugar, se describirá el proceso de validación para la versión ideal de la misma y seguidamente, los resultados obtenidos de la validación de la versión típica de esta escala.

##### **5.1.4.1. Escala FF- Ideal**

En primer lugar, se procedió a analizar las propiedades de los ítems que componen cada una de las dimensiones propuestas en el Análisis Factorial Exploratorio de la escala FF Ideal. De esta manera, en la tabla 60, se muestran los datos de los ítems agrupados según la dimensión a la que pertenecen: la media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total ( $r_{ix}$ ), el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem ( $\alpha-x$ ) y los valores de asimetría y curtosis.

Como se puede observar en la tabla 60, la mayor parte de los indicadores presentan coeficientes de correlación ítem-total elevados ( $>.30$ ). La escala FF Ideal en su conjunto muestra un excelente buen coeficiente de fiabilidad ( $\alpha=.84$ ). Los valores de la fiabilidad de las dimensiones por separado muestran un coeficiente del alpha de Cronbach que oscila entre .79 (dimensión 1), .73 (dimensión 2) y .62 (dimensión 3).

Además, para observar si existía distribución normal de los datos de la escala FF ideal, se observaron los valores de asimetría y curtosis de cada uno de los indicadores. De acuerdo con Hair y colegas (Hair et al., 2006), los valores superiores a  $\pm 2.58$  rechazan el principio de normalidad con un nivel de probabilidad de .01, y los valores por encima de  $\pm 1.96$  rechazan dicho principio con un nivel de probabilidad de .05. Tal y como se puede comprobar en la tabla 60, los valores de asimetría son aceptables en la mayoría de los casos, mientras que los de curtosis no lo son en la mayor parte de los casos ya que son superiores a  $\pm 3.00$  una gran parte de los ítems (Chou y Bentler, 1995).

**Tabla 60**

*Análisis de las propiedades de los ítems de la escala FF-Ideal: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r<sub>ij</sub>), alpha de Cronbach si se elimina el ítem (α-x), asimetría (A) y curtosis (C).*

Cuestionario completo (α = .84)	M	DT	R <sub>ij</sub>	α-x	A	C
<b>FF-Ideal 1</b>	5.56	1.48	.33	.83	-.76	-.17
<b>FF-Ideal 2</b>	6.36	1.16	.56	.82	-1.88	3.08
<b>FF-Ideal 3</b>	6.17	1.46	.50	.83	-1.63	1.4
<b>FF-Ideal 4</b>	6.54	1.02	.45	.83	-2.50	5.97
<b>FF-Ideal 5</b>	6.23	1.28	.48	.83	-1.86	3.05
<b>FF-Ideal 6</b>	5.26	1.87	.39	.83	-.86	-.31
<b>FF-Ideal 7</b>	6.78	.79	.20	.84	-5.07	30.30
<b>FF-Ideal 8</b>	6.13	1.41	.23	.84	-1.44	.62
<b>FF-Ideal 9</b>	6.43	1.19	.32	.83	-2.79	8.47
<b>FF-Ideal 10</b>	6.43	1.19	.65	.82	-2.91	9.19
<b>FF-Ideal 11</b>	6.24	1.15	.48	.83	-1.82	3.72
<b>FF-Ideal 12</b>	6.39	1.20	.53	.82	-2.48	6.40
<b>FF-Ideal 13</b>	6.3	1.60	.40	.83	-2.40	4.57
<b>FF-Ideal 14</b>	5.38	1.94	.43	.83	-.75	-.87
<b>FF-Ideal 15</b>	5.94	1.91	.54	.82	-1.63	1.22
<b>FF-Ideal 16</b>	6.25	1.34	.47	.83	-1.96	3.25
<b>FF-Ideal 17</b>	6.31	1.59	.50	.82	-2.26	3.84
<b>FF-Ideal 18</b>	6.77	.67	.38	.83	-4.47	28.37
<b>FF-Ideal 19</b>	5.99	1.58	.42	.83	-1.70	2.19

#### **5.1.4.1.1. Análisis factorial exploratorio**

El AFE realizado con el programa estadístico SPSS con los 19 ítems de la escala FF ideal. recomendó la agrupación en tres factores. La aplicación del AFE agrupaba en 3 dimensiones y 18 ítems, habiéndose eliminado el ítem 7 dada su escasa carga factorial en las 3 dimensiones extraídas.

De este modo, el AFE quedó reducido a 18 ítems agrupados en tres dimensiones. El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.74) y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativo ( $\chi^2=623.06$ ; gl=171;  $p\leq.001$ ). La varianza explicada por los tres factores fue de 46.18%. En la siguiente Tabla 61 se presentan dichos resultados:

**Tabla 61***Relación de ítems, cargas factoriales y comunalidades de la escala FF ideal.*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
<b>FF-Ideal 1</b>	.07	.19	.5	.29
<b>FF-Ideal 2</b>	.80	.06	.17	.68
<b>FF-Ideal 3</b>	.09	.66	.28	.52
<b>FF-Ideal 4</b>	.60	.17	.07	.40
<b>FF-Ideal 5</b>	.46	.39	.12	.38
<b>FF-Ideal 6</b>	.34	-.04	.50	.37
<b>FF-Ideal 7</b>	.55	-.18	-.05	.33
<b>FF-Ideal 8</b>	.04	-.11	.60	.38
<b>FF-Ideal 9</b>	.06	-.00	.69	.48
<b>FF-Ideal 10</b>	.39	.29	.57	.57
<b>FF-Ideal 11</b>	.12	.24	.68	.54
<b>FF-Ideal 12</b>	.62	.11	.34	.52
<b>FF-Ideal 13</b>	.11	.78	-.05	.62
<b>FF-Ideal 14</b>	.43	.19	.28	.30
<b>FF-Ideal 15</b>	.00	.82	.09	.69
<b>FF-Ideal 16</b>	.39	.66	.05	.59
<b>FF-Ideal 17</b>	.55	.16	.24	.39
<b>FF-Ideal 18</b>	.41	.21	.15	.24
<b>FF-Ideal 19</b>	.48	.38	-.06	.38

Para una mejor valoración, se han ordenado los ítems a razón el peso factorial de dicho ítem en cada uno de los factores extraídos. En la tabla 62 se observa esta distribución.

**Tabla 62***Relación de ítems ordenados según cargas factoriales escala FF ideal.*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
<b>FF-Ideal 2</b>	<b>.80</b>	.06	.17	.68
<b>FF-Ideal 12</b>	<b>.62</b>	.11	.34	.52
<b>FF-Ideal 4</b>	<b>.60</b>	.17	.07	.40
<b>FF-Ideal 17</b>	<b>.55</b>	.16	.24	.39
<b>FF-Ideal 7</b>	<b>.55</b>	-.18	-.05	.33
<b>FF-Ideal 19</b>	<b>.48</b>	.38	-.06	.38
<b>FF-Ideal 5</b>	<b>.46</b>	.39	.12	.38
<b>FF-Ideal 14</b>	<b>.43</b>	.19	.28	.30
<b>FF-Ideal 18</b>	<b>.41</b>	.21	.15	.24
<b>FF-Ideal 15</b>	.00	<b>.82</b>	.09	.69
<b>FF-Ideal 13</b>	.11	<b>.78</b>	-.05	.62
<b>FF-Ideal 3</b>	.09	<b>.66</b>	.28	.52
<b>FF-Ideal 16</b>	.39	<b>.66</b>	.05	.59
<b>FF-Ideal 9</b>	.06	-.00	<b>.69</b>	.48
<b>FF-Ideal 11</b>	.12	.24	<b>.68</b>	.54
<b>FF-Ideal 8</b>	.04	-.11	<b>.60</b>	.38
<b>FF-Ideal 10</b>	.39	.29	<b>.57</b>	.57
<b>FF-Ideal 6</b>	.34	-.04	<b>.50</b>	.37
<b>FF-Ideal 1</b>	.07	.19	<b>.5</b>	.29

### 5.1.4.1.2. Análisis factorial confirmatorio

Una vez realizados los AFE, se realizaron diversos AFC con el objetivo de comprobar, por un lado, la estructura factorial extraída por el AFE en el FF-Ideal (18 ítems agrupados en tres dimensiones).

La aplicación del AFC sobre la estructura factorial extraída del AFE previo mostró un buen ajuste en la FF ideal (ver tabla 63). Este modelo presenta un chi-cuadrado significativo ( $SB\chi^2= 145.43$ ;  $gl=132$ ;  $p <.05$ ) y un valor del chi-cuadrado normado ( $\chi^2/gl = 1.10$ ) que indicaba un buen ajuste ya que muestra un valor inferior al valor de corte propuesto por diversos autores ( $<.05$ ; Schumacker & Lomax, 2004). El RMSEA mostró un valor de .032 (IC=.000 - .060), que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable ( $\leq .08$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Asimismo, el resto de los índices muestran un buen ajuste del modelo, ya que presentaban valores superiores a .90 (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999): el Índice de Ajuste No Normado (NNFI = .92), el Índice de Ajuste Comparado (CFI = .93) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI=.94). Por lo tanto, el modelo parece que muestra una adecuada validez interna para la escala FF ideal. A continuación, se pueden observar dichos resultados en la tabla 63:

**Tabla 63**

*Índices de bondad de ajuste de la escala FF-Ideal*

Modelo inicial	$\chi^2$ (gl)	$\chi^2/gl$	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
<b>18 ítems, 3 factores</b>	145.43 (132)	1.10	.032 (.000-.060)	.93	.92	.94

Nota. S-B=Satorra Bentler; gl=grados de libertad; RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio ( $\leq .080$ ); IC=Intervalo de Confianza RMSEA; CFI = Índice de Ajuste Comparado; NNFI = Índice de Ajuste No Normado; IFI = Índice de Ajuste Incremental; CFI, NNFI, IFI ( $\geq .90$ );  $\chi^2/ gl$  ( $\leq 5.00$ ).

Por último, la validez de constructo se contrastó a través del análisis de la validez convergente y discriminante. Así pues, para comprobar la validez convergente de la escala definitiva de 3 factores y 18 ítems se tuvieron en cuenta las cargas factoriales y los valores de las pruebas t. Como se puede observar en la tabla 64, las cargas factoriales de los ítems que componen la escala FF ideal oscilan entre  $\lambda=.42$  y  $\lambda=.81$  para el factor 1 **Planificación**; entre  $\lambda=.66$  y  $\lambda=.83$  para el factor 2 **Prácticas Participativas**, y el factor 3 **Prácticas Relacionales**, desde  $\lambda=.50$  hasta  $\lambda=.69$ . Todas las cargas factoriales de los indicadores correspondientes a cada constructo fueron significativas ( $p\leq .05$ ) y superiores la mayoría al punto de corte recomendado ( $>.60$ ).

**Tabla 64**

*Cargas factoriales, alfa de cronbach ( $\alpha$ ), fiabilidad compuesta (FC) y variación media extraída (AVE) en escala FFS ideal.*

Ítems		$\alpha$	FC	AVE
8	Factor 1. Planificación	.79	.92	.41
<b>FF-Ideal 2</b>	<b>.80</b>			
<b>FF-Ideal 4</b>	<b>.60</b>			
<b>FF-Ideal 5</b>	<b>.46</b>			
<b>FF-Ideal 12</b>	<b>.62</b>			
<b>FF-Ideal 14</b>	<b>.43</b>			
<b>FF-Ideal 17</b>	<b>.55</b>			
<b>FF-Ideal 18</b>	<b>.41</b>			
<b>FF-Ideal 19</b>	<b>.48</b>			
4	Factor 2. Prácticas Participativas	.73	.87	.57
<b>FF-Ideal 3</b>	<b>.66</b>			
<b>FF-Ideal 13</b>	<b>.78</b>			
<b>FF-Ideal 15</b>	<b>.82</b>			
<b>FF-Ideal 16</b>	<b>.66</b>			
6	Factor 3. Prácticas Relacionales	.62	.86	.29
<b>FF-Ideal 1</b>	<b>.5</b>			
<b>FF-Ideal 6</b>	<b>.50</b>			
<b>FF-Ideal 8</b>	<b>.60</b>			
<b>FF-Ideal 9</b>	<b>.69</b>			
<b>FF-Ideal 10</b>	<b>.57</b>			
<b>FF-Ideal 11</b>	<b>.68</b>			

La fiabilidad del modelo se contrastó a través del alfa de Cronbach, FC y AVE. Tal y como se puede comprobar en la tabla 64, los coeficientes del Alfa de Cronbach como los de la FC para cada factor oscilaron entre .62 y .79, situándose entre .60 y .70, también son aceptables porque representan el límite inferior de aceptabilidad (Hair et al., 1998). Asimismo, los valores de la AVE oscilaron entre .29 y .57, inferiores al punto de corte recomendado (>.50; Bagozzi y Yi, 1998; Fornell y Larcker, 1981) en los factores 1 y 3.

Para evaluar la validez discriminante comprobamos qué todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en la tabla 65. Otro criterio que se suele utilizar consiste en comprobar si la raíz cuadrada del

AVE es superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981). Este criterio se cumplió para todas las dimensiones exceptuando en la relación entre F3 con F1 y F2, como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 65**

*Correlaciones entre factores y raíz cuadrada de AVE escala FF ideal.*

	F1	F2	F3
Factor 1. Planificación	<b>.64</b>		
Factor 2. Prácticas Participativas	.50	<b>.75</b>	
Factor 3. Prácticas Relacionales	.76	.42	<b>.54</b>

Finalmente, se realizó una nueva rotación varimax con el objetivo de comprobar el peso factorial de cada uno de los ítems correspondientes tras realizar el análisis factorial confirmatorio. Tras este análisis, la varianza explicada se sitúa en un 47,78%. En la tabla 66 se pueden observar dichos resultados, así como sus comunalidades.

**Tabla 66**

*Rotación Varimax post análisis factorial confirmatorio y comunalidades escala FF ideal.*

Ítem	F1	F2	F3	Com.
FF 2 EI	<b>.82</b>	-.02	.11	.69
FF 12 EI	<b>.78</b>	-.03	.22	.67
FF 5 EI	<b>.58</b>	.31	-.01	.32
FF 17 EI	<b>.53</b>	.10	.30	.39
FF 4 EI	<b>.52</b>	.12	.2	.32
FF 19 EI	<b>.45</b>	.35	.02	.33
FF 18 EI	<b>.43</b>	.19	.11	.23
FF 15 EI	.08	<b>.82</b>	.08	.64
FF 13 EI	.15	<b>.78</b>	-.02	.64
FF 3 EI	.07	<b>.70</b>	.31	.60
FF 16 EI	.55	<b>.56</b>	-.01	.62
FF 9 EI	.05	.02	<b>.71</b>	.51
FF 8 EI	-.07	-.04	<b>.67</b>	.46
FF 11 EI	.28	.17	<b>.59</b>	.46
FF 6 EI	.36	-.09	<b>.52</b>	.41
FF 10 EI	.5	.21	<b>.50</b>	.55
FF 1 EI	.15	.14	<b>.41</b>	.21

FF 14 EI	.31	.24	<b>.38</b>	.64
----------	-----	-----	------------	-----

Así pues, podemos concluir, que la Escala Finesse Familia Ideal (FF – Ideal, McWilliam, 2015), válida para la población española, estaría compuesta por un total de 18 ítems (habiéndose retirado el ítem 7), y un coeficiente de fiabilidad de  $\alpha=.84$ , componiendo así, un modelo de 3 dimensiones para el constructo de calidad de los servicios de atención temprana que las familias desearían tener, siendo el **Factor 1: Planificación** ( $\alpha=.79$ ), entendido como el rol que asume la familia tanto en la programación, como en la implementación de dicha intervención, se completó de los ítems 2, 4, 5, 12, 14, 17, 18 y 19. Por otra parte, el **Factor 2: Prácticas Participativas** ( $\alpha=.73$ ), los cuales se han especificado a lo largo de capítulos anteriores, se compuso de los ítems 3, 13, 15 y 16. Y finalmente, el **Factor 3: Prácticas Relacionales** ( $\alpha = .62$ ) (también especificadas en capítulos anteriores), el cual, comprendía los ítems 1, 6, 8, 9, 10 y 11.

### **Escala FF- Típica**

Seguidamente, se procedió a realizar los análisis de adecuación para la escala FF- Típica (McWilliam, 2015). De esta manera, en la tabla 67 se muestran los datos según la dimensión a la que pertenecen: la media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total ( $r_{jx}$ ), el alpha de Cronbach si se elimina dicho ítem ( $\alpha-x$ ) y los valores de asimetría y curtosis.

Como se puede observar en la tabla 67, todos los indicadores presentan coeficientes de correlación ítem-total elevados ( $>.30$ ) en todos los casos. La escala FF - Típica en su conjunto muestra un excelente buen coeficiente de fiabilidad ( $\alpha=.93$ ).

Además, para observar si existía distribución normal de los datos de la escala FF-Típica, se observaron los valores de asimetría y curtosis de cada uno de los indicadores. De acuerdo con Hair et al. (2006), los valores superiores a  $\pm 2.58$  rechazan el principio de normalidad con un nivel de probabilidad de .01 y los valores por encima de  $\pm 1.96$  rechazan dicho principio con un nivel de probabilidad de .05. Tal y como se puede comprobar en la tabla 67, los valores de asimetría son aceptables en la mayoría de los casos, así como los de curtosis son, en la mayor parte de los casos, inferiores a  $\pm 3.00$  (Chou y Bentler, 1995), exceptuando los ítems 7 y 18, con una curtosis superior a este punto de corte.

**Tabla 67**

*Análisis de las propiedades de los ítems de la escala FF-típica: Media (M), desviación típica (DT), correlación ítem-total (r<sub>ix</sub>), alpha de Cronbach si se elimina el ítem (α-x), asimetría (A) y curtosis (C).*

Cuestionario completo (α = .93)	M	DT	R <sub>ix</sub>	α-x	A	C
<b>FF-típica 1</b>	5.93	1.10	.36	.92	-1.06	.92
<b>FF-Típica 2</b>	5.94	1.53	.60	.92	-1.22	.41
<b>FF-Típica 3</b>	5.88	1.61	.60	.92	-1.07	-.35
<b>FF-Típica 4</b>	6.17	1.43	.66	.92	-1.50	.99
<b>FF-Típica 5</b>	5.55	1.62	.65	.92	-.80	-.43
<b>FF-Típica 6</b>	5.21	1.82	.30	.93	-.45	-.87
<b>FF-Típica 7</b>	6.47	1.25	.60	.92	-2.69	6.79
<b>FF-Típica 8</b>	5.75	1.54	.64	.92	-.58	-1.07
<b>FF-Típica 9</b>	6.02	1.78	.63	.92	-1.70	1.49
<b>FF-Típica 10</b>	6.14	1.53	.63	.92	-1.87	2.73
<b>FF-Típica 11</b>	5.56	1.48	.74	.92	-.95	.07
<b>FF-Típica 12</b>	5.9	1.73	.62	.92	-1.47	1.17
<b>FF-Típica 13</b>	5.06	2.42	.66	.92	-.46	-1.58
<b>FF-Típica 14</b>	5.32	2.06	.65	.92	-.48	-1.28
<b>FF-Típica 15</b>	5.3	2.31	.68	.92	-.65	-1.28
<b>FF-Típica 16</b>	5.65	1.64	.74	.92	-.88	-.40
<b>FF-Típica 17</b>	5.84	1.92	.72	.92	-1.46	.62
<b>FF-Típica 18</b>	6.47	1.02	.55	.92	-2.70	8.74
<b>FF-Típica 19</b>	5.43	1.90	.66	.92	-1.04	-1.10

#### **5.1.4.2.1. Análisis Exploratorio**

El AFE realizado con los 19 ítems de la escala FF Típica quedó reducido a 16 ítems agrupados en dos dimensiones. El índice Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral también presentó un valor óptimo (KMO=.91) y la prueba de esfericidad de Barlett fue significativo ( $\chi^2=1057.87$ ; gl=171;  $p\leq.001$ ).

La varianza explicada por los dos factores fue de 52.05%. En la siguiente Tabla 68 se presentan dichos resultados:

**Tabla 68***Relación de ítems, cargas factoriales y comunalidades de la escala FF típica.*

Ítem	F1	F2	Com.
<b>FF- Típica 1</b>	-.01	.64	.41
<b>FF- Típica 2</b>	.40	.51	.42
<b>FF- Típica 3</b>	.56	.35	.44
<b>FF- Típica 4</b>	.56	.43	.50
<b>FF- Típica 5</b>	.52	.46	.49
<b>FF- Típica 6</b>	.23	.25	.11
<b>FF- Típica 7</b>	.26	.70	.56
<b>FF- Típica 8</b>	.61	.35	.50
<b>FF- Típica 9</b>	.51	.46	.48
<b>FF- Típica 10</b>	.62	.32	.48
<b>FF- Típica 11</b>	.48	.64	.64
<b>FF- Típica 12</b>	.32	.66	.54
<b>FF- Típica 13</b>	.80	.15	.66
<b>FF- Típica 14</b>	.74	.20	.59
<b>FF- Típica 15</b>	.86	.11	.75
<b>FF- Típica 16</b>	.55	.57	.63
<b>FF- Típica 17</b>	.56	.52	.59
<b>FF- Típica 18</b>	.22	.66	.48
<b>FF- Típica 19</b>	.43	.57	.52

Para una mejor valoración, se han ordenado los ítems a razón el peso factorial de dicho ítem en cada uno de los factores extraídos. En la tabla 69 se observa esta distribución.

**Tabla 69***Relación de ítems ordenados según cargas factoriales.*

Ítem	F1	F2	Com.
<b>FF- Típica 15</b>	<b>.86</b>	.11	.75
<b>FF- Típica 13</b>	<b>.80</b>	.15	.66
<b>FF- Típica 14</b>	<b>.74</b>	.20	.59
<b>FF- Típica 10</b>	<b>.62</b>	.32	.48
<b>FF- Típica 8</b>	<b>.61</b>	.35	.50
<b>FF- Típica 3</b>	<b>.56</b>	.35	.44
<b>FF- Típica 4</b>	<b>.56</b>	.43	.50
<b>FF- Típica 17</b>	<b>.56</b>	.52	.59
<b>FF- Típica 16</b>	<b>.55</b>	.57	.63
<b>FF- Típica 5</b>	<b>.52</b>	.46	.49
<b>FF- Típica 9</b>	<b>.51</b>	.46	.48
<b>FF- Típica 7</b>	.26	<b>.70</b>	.56
<b>FF- Típica 12</b>	.32	<b>.66</b>	.54
<b>FF- Típica 18</b>	.22	<b>.66</b>	.48
<b>FF- Típica 1</b>	-.01	<b>.64</b>	.41
<b>FF- Típica 11</b>	.48	<b>.64</b>	.64
<b>FF- Típica 19</b>	.43	<b>.57</b>	.52
<b>FF- Típica 16</b>	.55	<b>.57</b>	.63
<b>FF- Típica 17</b>	.56	<b>.52</b>	.59
<b>FF- Típica 2</b>	.40	<b>.51</b>	.42

#### 5.1.4.2.2. Análisis factorial confirmatorio

Una vez realizados los AFE, se realizó AFC con el objetivo de comprobar, por un lado, la estructura factorial extraída por el AFE en el FF-Típica (16 ítems agrupados en 2 dimensiones).

La aplicación del AFC sobre la estructura factorial extraída del AFE previo mostró un buen ajuste en la escala (ver tabla 70). Este modelo presenta un chi-cuadrado significativo ( $S_B\chi^2= 148.16$ ;  $gl=103$ ;  $p <.05$ ) y un valor del chi-cuadrado normado ( $\chi^2/gl = 1.44$ ) que indicaba un buen ajuste ya que muestra un valor superior al valor de corte propuesto por diversos autores ( $<.05$ ; Schumacker & Lomax, 2004). El RMSEA mostró un valor de .058 (IC=.035 - .077), que cumple con los criterios mínimos de ajuste aceptable ( $\leq.08$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999). Asimismo, el resto de los índices muestran un buen ajuste del modelo, ya que, presentaban valores superiores a .90 ( $\geq.90$ ; Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999): el Índice de Ajuste No Normado (NNFI = .93), el Índice de Ajuste Comparado (CFI = .94) y el Índice de Ajuste Incremental (IFI=.94).

Por lo tanto, el modelo parece que muestra una adecuada validez interna para la escala FF-Típica. A continuación, se pueden observar dichos resultados en la tabla 70:

**Tabla 70**

*Índices de bondad de ajuste de la escala FF típica.*

Modelo inicial	$\chi^2$ (gl)	$\chi^2/gl$	RMSEA (IC)	CFI	NNFI	IFI
<b>16 ítems, 2 factores</b>	148.16 (103)	1.44	.058 (.035-.077)	.94	.93	.94

**Nota.** S-B=Satorra Bentler; gl=grados de libertad; RMSEA = Error de Aproximación Cuadrático Medio ( $\leq.080$ ); IC=Intervalo de Confianza RMSEA; CFI = Índice de Ajuste Comparado; NNFI = Índice de Ajuste No Normado; IFI = Índice de Ajuste Incremental; CFI, NNFI, IFI ( $\geq.90$ );  $\chi^2/ gl$  ( $\leq 5.00$ ).

Por último, la validez del constructo se contrastó a través del análisis de la validez convergente y discriminante. Así pues, para comprobar la validez convergente de la escala definitiva de 2 factores y 16 ítems, se tuvieron en cuenta las cargas factoriales y los valores de las pruebas t. Como se puede observar en la Tabla 71, las cargas factoriales de los ítems que componen la escala FF típica oscilan entre  $\lambda=.51$  y  $\lambda=.70$  para el factor 1. **Capacitación Familiar**, y entre  $\lambda=.51$  y  $\lambda=.86$  para el factor 2.

**Modo de implementación.** Todas las cargas factoriales de los indicadores correspondientes a cada

constructo fueron significativas ( $p \leq .05$ ) y un gran número de ellas superiores al punto de corte recomendado ( $> .60$ ).

**Tabla 71**

*Cargas factoriales, alfa de cronbach ( $\alpha$ ), fiabilidad compuesta (FC) y varianza media extraída (AVE) en escala FF típica.*

Ítems		$\alpha$	FC	AVE
7	Factor 1. Capacitación Familiar	.79	.91	.40
<b>FF-Típica 1</b>		<b>.64</b>		
<b>FF- Típica 2</b>		<b>.51</b>		
<b>FF- Típica 7</b>		<b>.70</b>		
<b>FF- Típica 11</b>		<b>.64</b>		
<b>FF- Típica 12</b>		<b>.66</b>		
<b>FF- Típica 18</b>		<b>.66</b>		
<b>FF- Típica 19</b>		<b>.57</b>		
9	Factor 2. Modo de implementación	.90	.94	.30
<b>FF- Típica 3</b>		<b>.56</b>		
<b>FF- Típica 4</b>		<b>.56</b>		
<b>FF- Típica 5</b>		<b>.52</b>		
<b>FF- Típica 8</b>		<b>.61</b>		
<b>FF. Típica 9</b>		<b>.51</b>		
<b>FF-Típica 10</b>		<b>.62</b>		
<b>FF-típica 13</b>		<b>.80</b>		
<b>FF-Típica 14</b>		<b>.74</b>		
<b>FF-Típica 15</b>		<b>.86</b>		

La fiabilidad del modelo se contrastó a través del alfa de Cronbach, FC y AVE. Tal y como se puede comprobar en la tabla 71, los coeficientes del Alfa de Cronbach como los de la FC para cada factor oscilaron en .79 y .90. Asimismo, los valores de la AVE oscilaron entre .40 y .30, inferiores al punto de corte recomendado ( $> .50$ ; Baggozi y Yi, 1998; Fornell y Larcker, 1981).

Para evaluar la validez discriminante comprobamos que todas las correlaciones entre los diversos factores fueron inferiores a .85 (Kline, 2005), cumpliéndose dicho criterio como se puede observar en

la tabla 72. Otro criterio que se suele utilizar consiste en comprobar si la raíz cuadrada del AVE es superior a la correlación entre pares de factores (Fornell y Larcker, 1981). Este criterio no se cumplió.

**Tabla 72**

*Correlación entre factores y raíz cuadrada de AVE escala FF típica.*

	F1	F2
Factor 1. Capacitación Familiar	<b>.63</b>	
Factor 2. Modo de implementación	.84	<b>.55</b>

Finalmente, se realizó una nueva rotación varimax con el objetivo de comprobar el peso factorial de cada uno de los ítems correspondientes tras realizar el análisis factorial confirmatorio. Tras este análisis, la varianza explicada se sitúa en un 53.24%. En la tabla 73 se pueden observar dichos resultados, así como sus comunalidades.

**Tabla 73**

*Rotación Varimax post análisis factorial confirmatorio y comunalidades escala FF Típica.*

Ítem	F1	F2	Com.
FF 15 ET	<b>.86</b>	.09	.75
FF 13 ET	<b>.78</b>	.21	.66
FF 8 ET	<b>.73</b>	.28	.62
FF 14 ET	<b>.73</b>	.27	.60
FF 10 ET	<b>.626</b>	.37	.53
FF 4 ET	<b>.61</b>	.41	.54
FF 9 ET	<b>.60</b>	.32	.47
FF 3 ET	<b>.57</b>	.31	.42
FF 12 ET	.27	<b>.74</b>	.63
FF 7 ET	.25	<b>.73</b>	.60
FF 11 ET	.48	<b>.64</b>	.66
FF 18 ET	.29	<b>.59</b>	.44
FF 19 ET	.41	<b>.58</b>	.51
FF 2 ET	.34	<b>.57</b>	.44
FF 5 ET	.35	<b>.49</b>	.36
FF 1 ET	.01	<b>.47</b>	.23

Así pues, podemos concluir, que la Escala Finesse Familia Típica (FF – Típica, McWilliam, 2015), válida para la población española, estaría compuesta por un total de 16 ítems (habiéndose retirado el ítem 6, 16 y 17), y un coeficiente de fiabilidad de  $\alpha=.93$ , componiendo así, un modelo de 2

dimensiones para el constructo de calidad de los servicios de atención temprana que las familias están recibiendo actualmente, siendo el **Factor 1: Capacitación Familiar** ( $\alpha=.79$ ), se completó de los ítems 1, 2, 7, 11, 12, 18 y 19. Y finalmente, el **Factor 2: Modo de implementación** ( $\alpha=.90$ ), se compuso de los ítems 3,4, 5, 8, 9, 10, 13, 14 y 15.

En el ANEXO 2, se puede observar las escalas definitivas que resultarían de la validación a la población española, de acuerdo con los análisis mostrados previamente.

## **5.2. Principales descriptivos de las variables objeto de estudio**

Después de comprobar fiabilidad y validez de las escalas de medida para la muestra objeto de estudio que se han explicado en el apartado de variables e instrumentos de medida del capítulo de metodología, seguidamente se presentan los principales resultados descriptivos derivados de las variables objeto de estudio. En tabla 74 se muestran la media y la desviación típica de las escalas FES, FOS, FSS (típica e ideal) y FSS.

Como se observa en la Tabla 74, a excepción de la escala FFS, todas las escalas utilizan un rango de uno a cinco puntos, siendo siempre la puntuación cinco la más favorable. Por tanto, tomando en consideración estos rangos, se puede ver como las variables FOS ( $\bar{X} = 4.34$ ;  $DT = .48$ ) y FES ( $\bar{X} = 3.97$ ;  $DT = .45$ ), de empoderamiento familiar, presentan puntuaciones altas, ya que se encuentran cercanas a cinco y cuatro respectivamente. Sin embargo, la variable FSS presenta puntuaciones bajas ( $\bar{X} = 2.59$ ;  $DT = .69$ ), cercana a dos y medio que sería el punto de corte de la escala.

Por último, con relación a la escala FFS que, por el contrario, utiliza un rango de uno a siete, se puede observar como las familias presentan altas puntuaciones en esta variable, ya que se encuentran cercanas a siete ( $\bar{X} = 5.93$ ;  $DT = .93$ ). A continuación, en la siguiente tabla se pueden observar dichos resultados.

**Tabla 74**

*Estadísticos descriptivos (rangos, medias y desviaciones típicas) de las escalas FES, FOS, FSS (típica e ideal) y FSS.*

Variables	Rango	$\bar{M}$	D.T.
Escala FOS	1-5	4.34	.48
Escala FES	1-5	3.97	.45
Escala FFS	1-7	5.93	.93
FFS ideal		6.27	.66
FFS típica		5.60	1.20
Escala FSS	1-5	2.59	.69

Una vez descritas las puntuaciones medias y desviaciones típicas de cada una de las variables objeto de este estudio, en el siguiente apartado se procede a realizar un análisis comparativo entre variables sociodemográficas de interés.

### 5.2.1. Estadísticos Comparativos

A continuación, se presentan los resultados de las estadísticas comparativas entre los diferentes factores sociodemográficos analizados. En ella, se ha desarrollado las pruebas t, para muestras independientes en las comparativas entre dos factores y, ANOVA de un factor para aquellos casos en los que la comparativa se realiza en más de dos factores. Además, se ha calculado el tamaño del efecto para cada una de las comparativas realizadas. Para determinar el tamaño del efecto, se calculó la d de Cohen, cuyos valores de interpretación pueden observarse en la siguiente tabla:

**Tabla 75**

*Medidas orientativas para calcular el tamaño del efecto.*

Test	Tamaño relevante del efecto	Umbral del tamaño del efecto			
		pequeño	medio	Grande	Muy grande
Diferencias de medias estandarizadas	$d$ de Cohen	.20	.50	.80	1.30
Correlación	$r$	.10	.30	.50	.70

Nota. Adaptado de Cohen (1988) y Rosental (1996).

En primer lugar, se ha realizado una prueba t para comprobar las diferencias según el número de personas que residen en el hogar, diferenciando entre hogares donde residen menos de cuatro

personas y hogares donde residen más de cuatro personas. Se observa en la tabla 76, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos en las escalas analizadas.

**Tabla 76**

*Estadística según número de personas en el hogar.*

	Menos de 4 Personas		4 o más personas		t	p. valor	Cohen 's d
	M	DT	M	DT			
FF Ideal	6.24	.63	6.30	.70	-.55	.58	-.09
FF Típica	5.52	1.27	5.69	1.13	-.81	.42	-.14
FES	3.99	.44	3.96	.46	.66	.51	.07
FOS	4.36	.51	4.34	.46	.51	.61	.04
FSS	2.53	.68	2.63	.70	-1.29	.19	-.14

Seguidamente, se analizaron las valoraciones según el tipo de diagnóstico de los niños/as. En este análisis, se puede observar en la tabla 77, como únicamente existen diferencias estadísticamente significativas en la escala FOS, entre los grupos de niños/as con trastorno de espectro autista y trastornos motores, obteniendo una valoración mayor de la escala aquellos padres cuyos hijos tienen trastornos motores. También, se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que manifiestan síndrome o alteración genética y los grupos de trastorno de espectro autista y prematuridad, obteniendo una valoración media menos elevada.

**Tabla 77**

*Tipo de diagnóstico.*

	TEA		D.S		T.M		P.C		P		S.A. G		Otros		F	p. valor	Cohen 's d
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
FF Ideal	6.54	.50	6.03	.57	6.37	.83	6.23	.59	6.39	.67	6.12	.68	6.22	.68	.77	.59	.26
FF Típica	6.07	.79	5.12	.95	5.69	1.34	5.07	1.48	5.85	1.15	5.49	1.32	5.34	1.26	1.34	.25	.29
FES	3.91	.44	4.09	.41	4.06	.43	3.89	.55	4.09	.43	3.96	.39	3.95	.42	1.54	.16	.18
FOS	4.25	.50	4.48	.43	4.49	.37	4.44	.37	4.31	.48	4.13	.67	4.37	.38	3.81	.01*	.26
FSS	2.53	.67	3.06	.81	2.68	.77	2.61	.79	2.60	.64	2.77	.71	2.51	.69	1.06	.39	.24

Nota. TEA= Trastorno espectro Autista; D.S= Discapacidades Sensoriales; T.M= Trastornos Motores; P.C= Problemas de Comunicación; P= Prematuridad; S.A.G= Síndrome o alteración genética.

A continuación, se valorará el nivel de estudios del tutor 1 con respecto a las escalas analizadas, observando cómo no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellas. En la tabla 78 se pueden observar los resultados del análisis realizado.

**Tabla 78***Nivel de estudios tutor 1*

	Sin Estudios		Educación Obligatoria		Educación no Obligatoria		Estudios Superiores		F	p. valor	Cohen 's d
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
FF Ideal	6.61	.48	6.17	.65	6.39	.59	6.28	.63	1.21	.31	.26
FF Típica	6.18	.91	5.48	1.21	5.65	1.28	5.50	1.29	.71	.55	.23
FES	4.02	.39	3.96	.46	3.97	.44	3.96	.43	.16	.92	.06
FOS	4.38	.41	4.41	.44	4.33	.51	4.28	.49	1.55	.19	.20
FSS	2.91	.93	2.55	.74	2.57	.58	2.60	.67	1.47	.22	.21

También, se realiza este mismo análisis según el nivel de estudios del tutor 2. En este caso, se observa, que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que declara no tener estudios, frente al resto de grupos en la escala FSS. En la tabla 79, se puede observar como el grupo sin estudios obtiene en la escala FSS una valoración media más elevada que el resto de los grupos.

**Tabla 79***Nivel de estudios tutor 2*

	Sin Estudios		Educación Obligatoria		Educación no Obligatoria		Estudios Superiores		F	p. valor	Cohen 's d
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
FF Ideal	5.78	1.57	6.47	.47	6.25	.66	6.24	.56	1.34	.07	.48
FF Típica	5.75	1.59	5.54	1.45	5.56	1.19	5.76	.98	.27	.85	.07
FES	4.15	.30	3.97	.47	4.00	.46	3.93	.42	1.29	.28	.19
FOS	4.48	.25	4.34	.47	4.42	.44	4.27	.52	2.60	.05	.16
FSS	3.37	.97	2.59	.71	2.54	.67	2.56	.64	4.74	.003*	.51

Por otro lado, se ha realizado, una comparativa entre el nivel de ingresos declarado por las familias. En este caso, se observa en la tabla 80, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

**Tabla 80***Valoraciones según Ingresos familiares.*

	Menos de 2000		Entre 2000-3000		Más de 3000		F	p. valor	Cohen 's d
	M	DT	M	DT	M	DT			
FF Ideal	6.41	.54	6.15	.71	5.98	.86	3.22	.05	.27
FF Típica	5.59	1.29	5.75	.97	5.39	1.31	.58	.56	.12
FES	3.99	.45	3.94	.46	3.98	.46	.39	.67	.03
FOS	4.37	.49	4.30	.48	4.38	.46	.98	.38	.07
FSS	2.57	.70	2.62	.68	2.63	.70	.24	.78	.04

Finalmente, y de manera similar al caso anteriormente descrito, las valoraciones obtenidas según el número de adultos que residen en el hogar no presentan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas analizadas.

**Tabla 81***Valoraciones según el número de adultos que residen en casa.*

	1 adulto		2 o 3 adultos		4 o más adultos		F	p. valor	Cohen 's d
	M	DT	M	DT	M	DT			
FF Ideal	6.22	.00	6.28	.64	6.02	1.56	.22	.80	.11
FF típica	5.34	1.36	5.62	1.22	5.28	.81	.25	.78	.15
FES	4.01	.58	3.96	.45	4.17	.41	1.67	.19	.45
FOS	4.44	.37	4.35	.49	4.32	.44	.21	.81	.05
FSS	2.27	.39	2.59	.69	2.85	.92	1.57	.21	.24

### 5.2.2. Tablas cruzadas

Seguidamente, se mostrarán los resultados de un análisis de tablas cruzadas, en la cual se describe el porcentaje de datos relacionados con el tutor 1 y 2 según su género, ocupación, ingresos familiares, y nivel de estudios.

**Tabla 82**

*Análisis descriptivo del nivel socioeconómico del tutor 1 (%).*

		Genero																																													
		Masculino												Femenino																																	
		81.28												18.72																																	
Tr	Si						No						Si						NO																												
	88.2						11.5						68.1						31.9																												
IF	Menos de 2000€				Entre 2000-3000€				Más de 3000€				Menos de 2000€				Entre 2000-3000€				Más de 3000€				Menos de 2000€				Entre 2000-3000€				Más de 3000€														
	53.8				28.9				17.3				86.1				13.9				0				30.6				53.1				16.3				70				30				0		
NE	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D			
	3	52	34	11	1	15	37	46	2	17	25	56	23	39	23	16	0	40	40	20	0	0	0	0	7	53	13	27	0	73	7	19	0	12	13	75	0	43	29	29	17	50	17	17	0	0	0

Nota. Tr= Trabajo; IF= Ingresos familiares; NE= nivel de estudios; A= Sin estudios; B=Educación obligatoria; C=Educación no obligatoria básica; D= Educación superior

**Tabla 83**

*Análisis descriptivo del nivel socioeconómico del tutor 2 (%).*

		Genero																																													
		Masculino												Femenino																																	
		10.2												89.5																																	
Tr	Si						No						Si						NO																												
	94.7						5.3						57.1						42.9																												
IF	Menos de 2000€				Entre 2000-3000€				Más de 3000€				Menos de 2000€				Entre 2000-3000€				Más de 3000€				Menos de 2000€				Entre 2000-3000€				Más de 3000€														
	52.8				33.3				13.9				50				50				0				45.9				35.1				18.9				74.5				15.3				10.2		
NE	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D			
	0	42.1	26.3	31.6	16.7	25	33.3	25	0	40	60	0	0	100	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	1.2	27.1	43.5	28.2	0	7.8	26.6	65.6	0	0	11.4	88.6	5.9	38.2	33.3	22.5	4.8	19	28.6	47.6	0	28.6	28.6

Nota. Tr= Trabajo; IF= Ingresos familiares; NE= nivel de estudios; A= Sin estudios; B=Educación obligatoria; C=Educación no obligatoria básica; D= Educación superior.

### **5.2.3. Relación entre variables objeto de estudio**

En este apartado se comprobarán las relaciones entre las diferentes variables objeto de la investigación, mediante correlaciones de Pearson entre las medias de las dimensiones de las variables FFS (ideal y típica); FSS, FES y FOS, con las variables tipo de intervención e ingresos familiares. Posteriormente, se comprobarán las relaciones entre las variables de las escalas, mediante un modelo de regresión en el que las variables predictoras o independientes serán las escalas FFS (ideal y típica), FSS, ingresos familiares y tiempo de intervención, y la variable dependiente será por una parte la escala FES y por otra parte la escala FOS.

#### **5.2.3.1. Correlaciones entre variables FF (ideal y típica), FSS, ingresos familiares, tiempo de intervención, FES y FOS.**

En este apartado se muestran los resultados referentes a las correlaciones realizadas entre la variable FF ideal y típica, la variable FES, la variable FOS y la variable FSS, así como el tiempo de intervención y los ingresos familiares. Como se puede observar en la tabla 84, existe una correlación estadísticamente significativa ( $p \leq .05$ ) y en sentido positivo entre entre FF ideal y las variables FES ( $r = .25$ ;  $p < .05$ ) y FSS ( $r = .22$ ,  $p < .05$ ), así como una correlación en sentido negativo entre las variables ingresos familiares ( $r = .25$ ,  $p < .05$ ). Asimismo, existe una correlación estadísticamente significativa entre la escala FF típica y las escalas FES ( $r = .28$ ;  $p < .001$ ), FOS ( $r = .20$ ;  $p < .05$ ) y tiempo de intervención ( $r = .34$ ,  $p < .001$ ), además de entre la escala FES ( $r = .58$ ;  $p < .001$ ) y FOS ( $r = .26$ ;  $p < .001$ ). También se evidencian esta diferencia estadística entre las escalas FOS y FSS ( $r = .31$ ;  $p < .001$ ) y FSS y el tiempo de intervención ( $r = .16$ ;  $p < .05$ ).

Las correlaciones más altas se encuentran entre la variable FF ideal con la variable FF típica, seguida de la variable FES con la escala FOS. Sin embargo, cabe destacar que no se han encontrado correlaciones de manera significativa entre FF ideal y la variable FOS ( $r = .16$ ;  $p > .05$ ) y la variable FF típica con la escala FSS ( $r = .18$ ;  $p > .05$ ). A continuación, en la tabla 84 se pueden observar dichas correlaciones:

**Tabla 84**

*Matriz de correlaciones entre la variable FFS, la variable FSS, el nivel de estudios, los ingresos familiares y el tiempo de intervención con la variable FOS.*

Variables	FF ideal	FF típica	Escala FES	Escala FOS	Escala FSS	Ingresos familiares	Tiempo intervención
FF ideal	1						
FF típica	.69***	1					
Escala FES	.25*	.28**	1				
Escala FOS	.16	.20*	.58***	1			
Escala FSS	.22*	.18	.26***	.31***	1		
Ingresos familiares	-.25*	-.02	-.02	-.01	.04	1	
Tiempo de intervención	.17	.34***	.05	.07	.16*	.03	1

Nota. \*p≤.05 \*\*p≤.01 \*\*\*p≤.001

#### **5.2.4. Modelo de regresión lineal múltiple escala FOS**

Para comprobar las relaciones existentes entre las variables FFS, FSS, el tiempo de intervención y los ingresos familiares con la variable FOS, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple. Después de comprobar que se cumplían todos los supuestos para el análisis de la regresión, se observa que el modelo es significativo ( $F_{(4)} = 3.93$ ;  $p < .005$ ). En la tabla 85, se muestra como la variable FSS, la variable FF ideal y FF típica predicen el 17.1%, de la varianza, siendo la escala FSS, la que mayor peso ejerce en la variable FOS ( $\beta = .27$ ). Sin embargo, las escalas de FF ideal y típica, así como los ingresos familiares y el tiempo de intervención resultaron no ser significativos.

**Tabla 85**

*Regresión múltiple variables predictores de la escala FOS con las variables FSS; FF ideal y FF típica, ingresos familiares y tiempo de intervención.*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	3.78	.58		6.43	.00		
FSS	.27	.07	.43	3.87	.00	.92	1.08
FF Ideal	-.07	.11	-.10	-.67	.50	.51	1.93
FF Típica	.07	.07	.17	1.13	.26	.49	2.00
Ingresos familiares	-.70	.72	-.10	-.98	.33	.97	1.02
Tiempo de intervención	-.001	.004	-.02	-.25	.80	.85	1.17

Nota. R= .48; R<sup>2</sup>= .23; R<sup>2</sup>adj= .17; F<sub>(4)</sub> = 3.93; p<.005

#### **5.2.4.1. Modelo de regresión lineal múltiple escala FES**

En este apartado, se muestran los resultados referentes a las correlaciones realizadas entre las escalas FFS, la escala FSS, ingresos familiares, tiempo de intervención y la variable FES. Después de comprobar qué se cumplían todos los supuestos para el análisis de la regresión, se observa que el modelo es significativo ( $F_{(4)} = 4.37$ ;  $p < .005$ ). En la tabla 86, se muestra como la variable FSS, la variable FF ideal, FF típica los ingresos familiares y el tiempo de intervención predicen el 19.2%, de la varianza, siendo la escala FSS, la que mayor peso ejerce en la variable FES ( $\beta = .269$ ). Sin embargo, las escalas de FF ideal y típica, así como los ingresos familiares y el tiempo de intervención resultaron no ser significativos.

**Tabla 86**

*Regresión múltiple variables predictores de la escala FES con las variables FSS; FF ideal, FF típica, ingresos familiares y tiempo de intervención.*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típ.	Beta			Tolerancia	FIV
(Constante)	2.29	.65		3.50	.001		
FSS	.26	.08	.37	3.37	.001	.92	1.08
FF Ideal	.03	.12	.03	.26	.79	.51	1.93
FF Típica	.12	.07	.23	1.56	.12	.49	2.03
Ingresos familiares	-.006	.08	-.009	-.08	.93	.97	1.02
Tiempo de intervención	.002	.005	.03	.32	.74	.85	1.17

Nota. R= .50; R<sup>2</sup>= .25; R<sup>2</sup>adj= .19; F<sub>(4)</sub> = 4.372; p<.005

### 6. DISCUSIÓN

Este apartado de la tesis tratará de establecer relaciones entre los resultados obtenidos y los procedimientos empleados en este estudio de investigación, de acuerdo con los objetivos marcados al inicio del estudio, contrastando dichos resultados con los ya existentes en la literatura, y tratando de justificar finalmente, las posibles discrepancias que puedan surgir.

En un esfuerzo, de entender la globalidad que enmarca este trabajo de investigación, enfocado en las prácticas centradas en la familia, y por tanto, en prácticas basadas en la evidencia, termino cada vez más, usado en el campo de la atención temprana (Strain, 2018), y entendidas las mismas, como prácticas que han aportado resultados empíricamente interesantes para mejorar la praxis diaria (Dunst, 2016), nos ilustran algunas definiciones en este campo, como la aportaciones de CANCHILD (Law, Rosenbaum et al., 2003), que pone el acento en un modo de intervención basado en las fortalezas de toda la familia; la de Espe-Sherwindt (2008), donde especifica los valores que deben caracterizar un servicio de atención temprana centrado en la familia, como son el de dignidad y respeto, para así favorecer el funcionamiento de la familia; y contribuciones posteriores como las de, Dunst y Trivette (2009), donde incorporan como eje de implementación la movilización de apoyos y recursos de redes sociales, para mejorar el rendimiento de la familia en la construcción de sus capacidades y por tanto en el empoderamiento familiar. Considerando el recorrido y evolución conceptual de este trabajo de investigación, entendemos por atención temprana centrada en la familia, aquellas intervenciones eficaces y de calidad, por el alto grado de satisfacción que muestran los destinatarios principales [familias y cuidadores principales de niños/as con edades comprendidas entre 0 y 6 años, que por su condición, presentan dificultades en su desarrollo o riesgo de padecerlas], implementadas mediante prácticas colaborativas [participativas y relacionales], en las cuales se presentan valores de dignidad, respeto, humildad y tolerancia, basando la praxis profesional diaria en, 1) las fortalezas, oportunidades y capacidades de la familia y/o cuidadores principales, para así proveer

devoluciones positivas en relación al funcionamiento de la familia y del niño/a, 2) las redes sociales informales, intermedias y formales, para así promover la movilización de apoyos y recursos que fortalezcan y re-establezcan dicho funcionamiento familiar, y 3) la construcción de capacidades que favorezcan en la familia la adquisición de nuevos conocimientos, el sentido de confianza, autoeficacia, de competencia y de control, y por tanto, de su nivel de empoderamiento familiar, para así, optimizar los beneficios que puede aportar la atención temprana tanto para el funcionamiento de la familia, como para el desarrollo del niño/a.

En los datos descriptivos, presentados en el capítulo anterior, se observa como los servicios de atención temprana participantes en el presente estudio, los cuales, actualmente se encuentran en un proceso de transformación de sus prácticas, hacia la implementación de intervenciones centradas en la familia, muestran a partir de las valoraciones realizadas por las familias, puntuaciones medias en la Escala Finesse Family (McWilliam, 2015) cercanas al 6, siendo la puntuación máxima de 7, y por tanto, la puntuación referida a la implementación excelente de atención temprana centrada en la familia. Prácticas de atención temprana, de alta eficacia y calidad, tanto por la satisfacción que muestran y valoran las familias (Wade. Milton y Matthews, 2007), como, por los resultados positivos en la familia y en el desarrollo del niño/a (Dunst et al., 2014), en gran medida, resultados debidos al aumento significativo del impacto de intervención, cuando se propicia que la familia aproveche las oportunidades de aprendizaje que les proporciona su día a día (Jung, 2003).

Muy relacionado a este tipo de implementación de prácticas en los servicios de atención temprana, también en los datos descriptivos, podemos observar las altas puntuaciones que presentan las familias en sus niveles de empoderamiento familiar, ya que, en los valores medios de FOS (Bailey, 2010) vemos una puntuación superior a 4, siendo la puntuación máxima de 5, y en FES (Koen, DeChilo y Fieson, 1992) valores próximos a 4, siendo también la puntuación máxima de 5.

Dempsey y Dunst (2004), hablan de la asociación de las prácticas relacionales y las practicas participativas, es decir, las prácticas centradas en la familia, con los altos niveles de empoderamiento de las familias. Lo cual, da pie al primer objetivo planteado en el presente estudio, conocer si existe un aumento de los niveles de empoderamiento familiar a medida que las implementaciones de las prácticas se

aproximen a ser centradas en la familia. De acuerdo con los datos descriptivos, todo indica que cuando las prácticas de atención temprana se centran más en la familia, los niveles de empoderamiento familiar crecen exponencialmente. Ahora bien, de acuerdo a los análisis de correlación desarrollados con FES y FOS, no se han encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre el tipo de intervención y el empoderamiento familiar. Esto puede deberse a que todos los profesionales de los 18 centros de atención temprana participantes en el estudio, habían recibido previamente formación específica sobre el paradigma de prácticas centradas en la familia, así como, sobre la implementación de estas prácticas mediante el Modelo de Intervención Basado en las Rutinas (McWilliam, 2010), por lo que, todos ellos se encontraban en los procesos de cambio de su praxis diaria, y así se refleja en los resultados presentados por las 432 familias en la prácticas ideales y típicas que recoge la Escala Finesse Family (McWilliam, 2015) y que como decíamos anteriormente, presenta puntuaciones cercanas a la máxima, la cual, refleja la totalidad de la implementación de prácticas centradas en la familia.

Por otra parte, es importante hacer una observación, respecto a los resultados analizados. Tal y como veremos a continuación, algunos de los datos significativos que vamos a destacar, harán referencia a uno de los tutores (cuidadores principales), más que al computo de la familia en global. En los cuestionarios sociodemográficos se solicitaban datos del tutor 1 y el tutor 2, sin hacer ninguna anotación con relación a cuidador principal, roles o género. A este respecto, se observa que en calidad de TUTOR 1, el 81.3% de la muestra son varones de los cuales el 27.8% tienen estudios superiores, y el 84.3% su ocupación principal es el trabajo. En calidad de TUTOR 2, el 89.5% de los casos son mujeres, de las cuales el 40.10% tienen estudios superiores, y de las cuales el 60.7% de ellas marchas como ocupación principal el trabajo, mientras que otro 28.4 % marcan como ocupación principal las labores del hogar y el cuidado de hijos. Entre el 100% de las familias, parecen un 2.3% de familias monoparentales, todas ellas mujeres, y en todos los casos han dejado en blanco el TUTOR 1, rellenando sus datos en el lugar del TUTOR 2, lo cual nos invita, que a pensar de la evolución que ha sufrido la sociedad tran la incorporación del mundo laboral y como ello ha derivabo en muchas posibilidades de crecimiento personal y profesional para la mujer, todavía hoy se aprecian algunas incoherencias en connotaciones culturales de género inculcadas en las costumbres de la población española, como las que observamos en este estudio “las mujeres no son los tutores principales del niño/a”, aunque sí las cuidadoras principales. A este respecto, en los resultados obtenidos, se puede observar que el porcentaje de mujeres con estudios superiores está por encima que

en el de los hombres, ahora bien, es en este tutor 2 (mayoritariamente mujeres), en el que los resultados muestran una correlación significativa entre el grupo sin estudios y los apoyos (tanto informales, intermedios y formales) con los que cuenta, presentando este grupo un mayor nivel de apoyos, que en el resto de grupos.

Introduciendonos, en el objetivo siguiente planteado en el proyecto de investigación, el cual se refiere a los datos socioeconómicos recogidos de las familias con relación al empoderamiento de estas. En el objetivo dos, planteamos desvelar si a mayor nivel de ingresos, mayor será el nivel de empoderamiento familiar. Al igual que en estudios anteriores, como los realizados por Dempser y Dunst (2004) donde no se obtienen correlaciones significativas entre el estado laboral de la familia (factor de importante influencia en los ingresos familiares) y el sentido de control percibido por la familia (el cual se considera uno de los factores significativos de empoderamiento), podemos decir que en esta investigación, atendiendo al nivel socioeconómico como ingresos familiares, no se encontró una correlación significativa con el nivel de empoderamiento de la familia, medido con las escalas FOS y FES (ninguna de las escalas de medición utilizadas, presenta correlación significativa con los ingresos familiares). Por tanto, a partir de los datos recogidos y analizados en esta investigación, no existe una relación positiva entre el nivel socioeconómico medido como nivel de ingresos y el nivel de empoderamiento de la familia, es decir, a mayor nivel de ingresos del tutor/es del niño/a no existe mayor nivel de empoderamiento en la familia. Si no, tal y como presentan estudios previos, realizados por Trivette, Dunst y Hamby (1996<sup>a</sup>), se observan resultados significativamente positivos, del impacto de las prácticas centradas en la familia, sobre el nivel de empoderamiento de aquellas familias con menos ingresos económicos.

Por otra parte, y siguiendo con las anotaciones de los datos sociodemográficos, en el objetivo tercero, y como continuidad a lo planteado en el objetivo anterior, se pretendía observar si las familias con mayores ingresos económicos serían aquellas familias que contarían con más apoyos formales, es decir de ámbito social, educativo y sanitario. Este objetivo lo planteamos enfocandonos en los últimos estudios realizados en España, donde acentúan la implementación de prácticas relacionales, más que participativas en el ámbito de la atención temprana (Escorcía-Mora et al., 2018; Mas et al., 2018). Por lo que, pensamos que, si el mayor nivel de empoderamiento era el de aquellas familias con más ingresos económicos, también

serían éstas, las que más apoyos formales tendrían, ya que son servicios que no requieren de la familia, un rol demasiado proactivo y significativo, más allá de ser informantes e informados. Así pues, considerando el nivel socioeconómico de las familias como nivel de ingresos, observamos en los resultados del presente estudio, que no existe una correlación significativa entre el nivel de ingresos y los apoyos formales de la familia, medidos a través de la Escala de apoyos familiares, (FSS, Dunst, Trivette y Jenkins, 1984), ya que no se encuentran correlaciones entre estas variables. Por lo que podemos decir, que las familias con mayor nivel socioeconómico, entendido como nivel de ingresos, no son las que más apoyos en general y en particular, formales tienen.

Como ya, se ha venido diciendo a lo largo de esta disertación, la investigación nos habla de intervenciones efectivas, aquellas implementadas en los contextos naturales de la familia, y en las que se considera sus fortalezas, sus recursos y sus apoyos (Wade, Milton y Matthews, 2007). Intervenciones centradas en la familia, en las que uno de los pilares fundamentales, es la provisión y movilización de recursos y apoyos, que actúen como facilitadores de solventar las preocupaciones y prioridades de la familia (Dempsey y Keen, 2017; Mas et al., 2018), y, por tanto, que optimicen el impacto positivo de la atención temprana (Mas et al., 2018) sobre el funcionamiento de la familia en general y sobre el desarrollo del niño/a en particular, el cual, a su vez, tendrá una repercusión sobre el empoderamiento de la familia, considerándose este uno de los resultados principales de la atención temprana, tal y como presentan algunas investigaciones, donde refieren la adquisición de conocimientos, el incremento del sentido de autoeficacia, el sentido de control y la competencia familiar, entre otros, como los beneficios de las prácticas centradas en la familia en atención temprana (Cunningham y Rosenbaum, 2014; Mas et al., 2018; Trivette, Dunst y Hamby, 2010) y como ya veíamos en esta misma investigación y en otras anteriores, estos son factores que determinan el nivel de empoderamiento de la familia (Dempsey y Dunst, 2004), como así podemos observar en la validación de las escalas FES y FOS en este mismo estudio, donde entre otros, también destacan como factores los conocimientos, las competencias y el sentido de autoeficacia. Así pues, el cuarto de los objetivos de este proyecto de investigación planteaba comprender la relación entre los apoyos con los que cuenta la familia y su nivel de empoderamiento familiar, es decir, cuantos más apoyos tenga la familia mejor será su nivel de empoderamiento. En este sentido, los resultados muestran que existe una relación significativamente positiva entre el empoderamiento de las familias (medido con FES y FOS) y el

nivel de apoyo con el que cuentan estas. Por lo tanto, podemos concluir que efectivamente, a mayor número de apoyos con los que cuenta la familia, mayor nivel de empoderamiento familiar presenta.

Y, por último, en el objetivo cinco, pretendíamos establecer la mejor relación entre las variables que tratamos en este proyecto de investigación, es por ello, que planteábamos que las familias con mayor nivel de empoderamiento serían aquellas de niveles socioeconómicos medios-altos, con mayor número de apoyos y con más tiempo recibiendo los servicios de atención temprana. Como veíamos en objetivos anteriores, el estatus socioeconómico de la familia no predice su nivel de empoderamiento. Si que veíamos en los resultados, que existía una correlación inversa entre los ingresos económicos de la familia y las prácticas de atención temprana ideales para la familia, medidas a partir de FFS ideal, es decir, las familias con menos ingresos puntuaban como prácticas ideales para ellos, las prácticas donde la familia ocupaba un rol más activo y significativo en la vida del niño/a. Esto puede deberse, a diferentes factores, entre los cuales sin duda tiene algo que ver la necesidad de trabajar para mejorar los ingresos familiares y, por tanto, de conciliación de vida familia y laboral que los modelos más tradicionales no facilitan. Por otra parte, y tal y como se puede observar en los resultados, tampoco el tiempo de intervención es un predictor de empoderamiento de la familia, por lo que la familia no estará más empoderada por mantenerse más tiempo en los servicios de atención temprana, aunque todavía hoy seguimos planteando cuales serían los criterios óptimos para dejar de prestar el servicio de atención temprana, intentando así, no dar lugar a dependencias profesionales. Así pues, se puede concluir como que, el número de apoyos con los que cuenta la familia, recogidos en este estudio a partir de FSS, es la única variable predictora del nivel de empoderamiento de la familia (tanto medido con FES como con FOS), respecto a la triada que proponíamos en el último objetivo de este proyecto de investigación.

Más allá, de los objetivos planteados en el estudio, cabe destacar, que esta investigación presenta en sus resultados estadísticos comparativos, diferencias significativas en los niveles de empoderamiento familiar, medidos con FOS (Bailey, 2010), con relación a los diferentes tipos de diagnóstico de los niños/as. Observándose así, niveles más altos de empoderamiento en las familias cuyos hijos/as presentan trastornos motores, seguidos por familias cuyos hijos/as presentan discapacidad sensorial, y seguidos por las familias que sus hijos/as presentan problemas de comunicación, lo cual se puede deber, a que son

patologías que se presentan desde edades muy temprana, y se hacen obvias por la afección de funciones y estructuras claras, como es el caso de las funciones y estructuras motoras y sensoriales o la función comunicativa. Por el contrario, se han observado los niveles más bajos de empoderamiento en las familias cuyos hijos/as presentan síndromes o alteraciones genéticas, seguidos de las familias que sus hijos/as presentan trastorno de espectro autista y seguidos de familia que sus hijos/as han nacido con prematuridad, lo cual, puede verse influenciado por el desconcierto de la familia, debido al desconocimiento o invisibilidad de la patología.

Siguiendo en la línea del diagnóstico, hay algunas observaciones más que podemos mencionar, como por ejemplo que las familias con diagnósticos de trastorno de comunicación son las que puntúan más alejadas de las prácticas centradas en la familia, lo cual nos invita a pensar, que posiblemente las prácticas en logopedia estén todavía alejadas de las relaciones colaborativas que establecen las prácticas centradas en la familia. Por otra parte, vemos que las familias con niños/as con síndromes o alteraciones genéticas, son las que menos diferencias presentan entre las prácticas típicas y las ideales, invitándonos a reflexionar si esto puede ser debido a las bajas expectativas familiares con relación a los objetivos sobre el impacto de la intervención en el desarrollo de su hijo/a. Y por último, en lo que refiere a los apoyos familiares, todos los diagnósticos puntúan muy bajo, pero especialmente se observan puntuaciones inferiores a tres en los relacionados con el trastorno de espectro autista, en cual, es uno de los diagnósticos en la actualidad que más goza del asociacionismo de las familias, nos preguntamos si esta puntuación se debe al momento de afrontamiento diagnóstico, en el que las familias pueden aislarse de su red social por miedo a sufrir etiquetas en sus hijos/as, o incluso por sentirse incomprendidas por sus redes sociales previas al diagnóstico de su hijo/a.

### **6.1. Limitaciones del estudio y posibles líneas de trabajo**

Es importante destacar, que este proyecto de investigación presenta limitaciones tanto en el diseño de este, como en la realización, las cuales pasamos a detallar a continuación.

En primer lugar, una de las limitaciones, sino la más relevantes, ha sido el modelo de prácticas implementadas con todas las familias que han participado en la muestra de este estudio. Como decíamos en apartados anteriores, al estar los 18 centros de atención temprana participantes, en un proceso de

cambio de sus praxis diarias, y estar formados previamente todos los profesionales de los mismos, en practicas centradas en la familia y en la implementación de éstas con el modelo de intervención basado en las rutinas (McWilliam, 2010), no hemos tenido la oportunidad de poder comparar los niveles de empoderamiento de las familias en relación a los modelos tradicionales de atención temprana, centrados más en las necesidades del niño/a y en la corrección de sus déficits.

A su vez, está limitación, es una oportunidad para líneas futuras de estudio, donde efectivamente, se pueda comparar los niveles de empoderamiento de las familias, respecto a los modelos de implementación de practicas centradas en la familia

Por otra parte, otra de las limitaciones importantes que hemos encontrado ha estado enfocada en la recogida de datos para determinar el estatus socioeconómico de la familia, a pesar, de haber recogido información acerca de los ingresos, el nivel de estudio y las ocupaciones de los cuidadores principales, en el diseño de está información, no se ha recogido una información válida acerca de la situación laboral de los mismos, lo cual, no ha permitido sacar un computo adecuado del status socio-económico, como por ejemplo, lo plantean otros estudios previos, los cuales contemplan en nivel de estudios, los ingresos y la situación laboral de los cuidadores principales (King et al., 1999). Al igual que anteriormente, está limitación, puede ser una oportunidad de línea futura de investigación, donde se pueda establecer una relación real este estatus socioeconómico de la familia y el empoderamiento familiar, considerando las aportaciones que hacen Trivette, Dunst y Hamby (1996<sup>a</sup>).

Otras líneas de investigación futuras pueden ir dirigidas a profundizar sobre el nivel de empoderamiento familiar y los diferentes factores que lo componen, respecto al diagnostico del niño/a, ya que como vemos en el presente estudio, este es un predictor significativo de empoderamiento de la familia.

Por otra parte, parece interesante profundizar también, en las connotaciones culturales y de género, que plantea la población española en torno al rol de cuidador. Actualmente, se pueden encontrar numerosos estudios que al igual que este, nos inviten a pensar en el lugar que ocupa la mujer en el cuidado de los

hijos/as, y por tanto, es posible que esta significación sea proporcional a la influencia también de la mujer, por una parte para reestablecer el funcionamiento de la familia, y por otra, para favorecer los niveles de empoderamiento la misma.

Y por último, también como línea de investigación futura, se puede plantear un estudio longitudinal sobre el nivel de empoderamiento de la familia, con relación al tiempo de intervención, ya que sería interesante, conocer en qué periodo de la intervención en atención temprana, se puede tener un impacto mayor sobre el empoderamiento de la familia, y en qué momento por ende, la intervención se acomoda dejando así de aportar a la familia los beneficios que van dirigidos a favorecer el sentido de competencia, la ampliación de conocimientos, el sentido de autoeficacia, de control percibido y en definitiva la toma de decisiones informada y responsable por parte de cada una de las familias.

## **6.2. Aportaciones del Estudio**

Para terminar este apartado de discusión, es conveniente dar énfasis brevemente, a las aportaciones más relevantes que este proyecto de investigación puede aportar a la comunidad científica y a la sociedad.

En primer lugar, consideramos que es importante resalta todo el proceso de estudio y validación de todos los instrumentos, escalas utilizadas para la población española, ya que, no disponemos de muchas herramientas testadas en este país para medir el impacto de la intervención de prácticas centradas en la familia, con relación al empoderamiento de la familia. Por otra parte, pensamos que Finesse Familia (McWilliam, 2015), puede ser de gran utilidad para los centros de atención temprana, ayudándoles a valorar continuamente sus prácticas y guiándoles hacia las demandas de la familia, en cuanto a satisfacción se refiere, lo cual, como veíamos en este mismo estudio, es uno de los principales predictores de calidad y eficacia en los servicios de atención temprana. Y, por otra parte, veíamos la importancia de los apoyos familiares con respecto al empoderamiento de la familia, conocer los apoyos y recursos de la familia, para potenciarlos y movilizarlos, será muy significativo, para mejorar los beneficios del impacto de intervención sobre la familia.

# CAPÍTULO VII

---

## CONCLUSIONES

### 7. CONCLUSIONES

Considerando el objetivo principal de este trabajo de investigación, donde se sugiere la relación positiva entre el empoderamiento de la familia y la calidad de los servicios de atención temprana, en este apartado de conclusiones y recomendaciones, se hace necesario rescatar la idea de, que para asegurar la calidad de los servicios de atención temprana (Aych et al., 1999; Odom, McLeal, Jonhson y LaMontagne, 1995), también se busca una fidelidad en la implementación de prácticas que estén basadas en la evidencia (Guralnick, 2019; Halle, Metz y Martines-Beck, 2013), termino cada vez más, es usado en el campo de la atención temprana (Strain, 2018), y entendido, como prácticas que han aportado resultados empíricamente interesantes para mejorar la praxis diaria (Dunst, 2016).

En este sentido, y de acuerdo con estudios anteriores, veíamos que una de las principales variables que se tiene en cuenta para la calidad del servicio de atención temprana, es el nivel de satisfacción no solo de las familias, sino también de los profesionales, valorando el impacto del servicio en general y la intervención en particular (Konton y Diamons, 2002), sobre el desarrollo del niño/a y el funcionamiento familiar. Como facilitador de los servicios de atención temprana eficientes y de calidad, destaca la involucración de la familia en la intervención, para mejorar y potenciar el desarrollo del niño/a (Childress, 2004; Dunst, 2002), cuestión que se hace significativamente más patente en los servicios de atención temprana centrados en la familia, que en los servicios más tradicionales clínico y rehabilitadores, ya que en los primeros la familia será considerada el agente principal de intervención por el importante impacto de intervención que tendrá sobre el desarrollo de su hijo/a (McWilliam, 2010; Jung, 2003). Algunos de los obstáculos identificados, para conseguir dicha calidad de los servicios de atención temprana, ha sido la falta de formación sobre modelos eficaces de implementación, y los conocimientos y actitudes de los profesionales (Bruder 2000; Bruce, Letouneau, Ritchie, Larocque, Dennis y Elliot 2002; Campbell y Halbert, 2002), en este sentido, uno de los estudios en España, más recientes en nuestro campo, concluye destacando la imperiosa necesidad

de establecer planes de formación que nos ayuden a perfilar prácticas en atención temprana que favorezca la participación proactiva y colaboración de las familias (Escorcía-Mora, García-Sánchez, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2018), ya que posiblemente, las prácticas que actualmente se desarrollan por parte de los profesionales, puede que no estén contribuyendo eficazmente a la adquisición de las familias de nuevas competencias, y al uso de competencias que presentaban previamente, así como, a su proceso de toma de decisiones, para que con ellas puedan favorecer el desarrollo de sus hijos e hijas (Escorcía-Mora et al., 2018). Aquí es, donde toma especial relevancia el empoderamiento en las familias respecto a la calidad de los servicios de atención temprana. Si el empoderamiento supone el reconocimiento de competencias previas, que ya son propias de la familia, así como, la capacidad de aprender y adquirir aquellas que no poseen (Rappaport, 1981), y se entiende como la capacidad de la familia para gestionar de manera eficiente los eventos de su vida y tomar el control de los diferentes asuntos familiares (Dunst, Trivette y Deal, 1988), para ello, requerirá de un acompañamiento desde los servicios de atención temprana, que favorezcan en la familia una forma de hacer que le reporte confianza, conocimientos, control y sentido de autoeficacia, para que pueda ir dando respuesta a las diferentes circunstancias de su vida con relación al desarrollo de su hijo/a sin requerir del profesional de referencia, así pues, el objetivo del servicio de atención temprana en general y del profesional en particular, será crear oportunidades y experiencias con la familia, para que adquieran el conocimiento, habilidades y competencias necesarias, para generar en cantidad y calidad oportunidades de aprendizaje que favorezcan el desarrollo de su hijo/a (Dunst y Bruder, 1999; Dunst, Raab, Trivette y Swason, 2012), integradas todas ellas de forma natural en sus rutinas diarias (Jennings, Hanline y Woods, 2012; McWilliam, 2010; McWilliam, Casey y Sims, 2009), y que retomen así, nuevamente el control de sus vidas y la de sus hijos/as (García-Sánchez et al., 2014), cuidando nuestra relación con la familia, y creando prácticas participativas importantísimas para fomentar el empoderamiento estas (Dunst, Boyd, Trivette y Hamby, 2002).

Por otra parte, podemos decir que, las prácticas centradas en la familia, son las intervenciones por excelencia eficaces y de calidad, ya que, las investigaciones hasta el momento, las avalan por los altos niveles de satisfacción de las familias frente a otros modelos de intervención tradicionales (Wade et al., 2007); por otra parte, en cuanto al impacto de intervención, las investigaciones, también verifican, que las intervenciones en las que se involucra a la familia, no solo son positivas para el niño/a, sino también para

la propia familia (Dunst et al., 2014). Y en relación, al impacto sobre el empoderamiento familiar, ya investigaciones anteriores, refuerzan los datos que presentamos en este estudio, la atención temprana centrada en la familia, con sus practicas para facilitar y proveer apoyo y ayuda, potencian el nivel de empoderamiento de esta (Mas et al., 2018; Trivette y Dunst, 2007).

Así pues, podemos decir, que en España, todavía no hemos conseguido implementar en su totalidad prácticas eficaces y de calidad en atención temprana, ya que, a pesar de estar haciendo grandes esfuerzos de actualización y mejora, todavía tenemos carencias en las formación que nos preparen a los profesionales, en actitudes que potencien la participación y la proactividad de la familia, que consideren sus fortalezas y incrementen sus conocimientos y nuevas competencias, y por tanto también, que favorezcan el empoderamiento de la misma.

Si nos centramos en los objetivos transversales de la investigación, y siendo fieles a las exigencias de seriedad de este proyecto de investigación, todas las escalas han sido validadas para población española, presentando todas ellas, niveles aceptables de fiabilidad y validez para la muestra analizada. La escala FES (Koen, DeChilo y Fieso, 1992) ha presentado unos niveles de validez y fiabilidad con una estructura de 27 ítems y tres factores, **F1: Competencia; F2: Autoeficacia; F3: Conocimientos**. La escala FOS (Bailey, 2010), mediante una estructura de 20 ítems y cinco resultados, **R1: Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo; R2: Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo/a; R3: Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender; R4: Formar un sistema de apoyos y R5: Acceso a la comunidad**. La escala FSS (Dunst, Trivette y Jenkins, 1984) con una estructura de 18 ítems y tres factores, **F1: Apoyos Informales; F2: Apoyos Intermedios y F3: Apoyos Formales**. Finalmente, FFS (McWilliam, 2015), dividida en, FFS ideal, la cual presentó una estructura factorial con 18 ítems y tres factores **F1: Planificación; F2: Prácticas Participativas; F3: Practicas Relacionales**, y, por otra parte, FFS típica con 16 ítems y dos factores **F1: Capacitación Familiar; F2: Modo de Implementación**.

Tras destacar la validación de todos los instrumentos utilizados en el proyecto de investigación, se considera importante resaltar, que todas las variables planteadas en el estudio de empoderamiento familiar y de calidad de los servicios de atención temprana [FES, FOS y FFS], han presentado medias altas, a excepción de la variable de apoyos familiares [FSS], que presentó una media más bajas, lo cual nos invita a pensar, en la posibilidad de que las familias consideren la condición de sus hijos/as como una responsabilidad únicamente de la familia, lo cual está bastante alejado de los modelos bio-psico-sociales de discapacidad, que ponen la visión en los factores no solo personales sino también ambientales que pueden influir en esa condición, y que resaltan la movilización de recursos y apoyos como algo fundamental en la evolución positiva del funcionamiento de la persona.

En este sentido, es importante mencionar que, en la presente investigación, las variables que se han mostrado como predictoras del nivel de empoderamiento de la familia, que han presentado datos estadísticamente significativos en el análisis de resultados, han sido por una parte, el número de apoyos con los que cuenta la familia, lo cual vemos que en España en la actualidad todavía tiene que mejorar, considerando a nuestra red de apoyos, sobre todo los informales, como agentes significativos y permanentes de apoyo y acompañamiento a la familia, para hacer su vida diaria más liviana y así mejorar su calidad de vida y su estado de bienestar; por otra parte, veíamos el tipo de diagnóstico o sospecha de este, de su hijo/a, lo cual también nos mostraba, que las familias en las que sus hijos o hijas sufrían condiciones motoras, sensoriales o comunicativas, es decir, condiciones que son más visibles de forma más precoz, su nivel de empoderamiento era más alto, cuestión que nos invitaba a pensar en la posibilidad de un ágil proceso de afrontamiento, ajuste de expectativas y conciencia y satisfacción por los pequeños logros, mientras que por otra parte, veíamos menos nivel de empoderamiento en familias de niños con trastorno de espectro autistas, que es una de las condiciones que más pasa desapercibida, no presenta fenotipo y su diagnóstico en España puede dilatarse hasta prácticamente los seis años, aunque cada vez se diagnostica en edades más tempranas, puede que ese desconcierto diagnóstico, haga que las familias no ajusten sus expectativas y se mantengan por tiempos más dilatados en su fase de peregrinaje en busca a la cura de su hijo/a, sin que por ello, se entienda este diagnóstico como una condición permanente del niño/a.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Adam, F. (1970). *Andragogía: Ciencia de la Educación de Adultos*. Caracas: Federación Interamericana de Educación de Adultos (FIDEA).
- Allen, R.I., y Petr, C.G. (1996). Toward developing standards and measurements for family centered practice in family support programs. En G.H. Singer, L.E. Powers y A.L. Olson (Eds), *Redefining family support: innovations in public-private partnerships*, 57-85. Baltimore: P.H. Brooks.
- Anastasiow, N.J. (1990). Implications of the neurobiological model for early intervention. En S. J. Meisels y J. P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. 196 – 216. New York. Cambridge University Press.
- Aytch, L., Cryer, D., Bailey, D., y Salz, L. (1999). Defining and assesing quality in early intervention programs for infants and toddlers with disabilities and their families: Challenges and unresolved issues. *Early Education and Development*, 18, 7-23.
- Bailey, D.B., Aytch, L.S., Odom, S.L., Symons, F., y Wolery, M. (1999). Early intervention as we know it. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 11-20.
- Bailey, D.B, Baysse, V., Edmonson, R., y Smith, T. M. (1992). Creating family-centered services in early intervention. Percepcions of professionals in four states. *Excepcional Children*, 58 (4). 293-309.
- Bailey, D.B., Bruder, M., Hebbeler, K., Carta, J., De Fosset, M., Greenwood, C., Bartol, L. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention*, 28, 227-251.
- Bailey, D., y McWilliam, P.J. (1993). The research for quality indicator. En P.J. McWilliam y D. Balei (Eds.). *Working together for children and families: Case studies in early intervention*. 1-20. Baltimore. Paul H. Brookes.
- Bailey, D.B., McWilliam, R.A.; Darkes, L.A., Hebbeler, K., Simeonsson, R.J., Spiker, D., y Wagner, M. (1998). Family outcomes in early intervention: a framework for program evaluation and efficacy research. *Excepcional Children* 64, 313–328.
- Bailey D.B., Raspa M., Olmsted M., Novak P., Samm M., Humphreys P., Nelson R., Robinson N., y Guillen C., (2011). Development and Psychometric Validation of the Family Outcomes Survey-Revised. *Journal of Early Intervention*, 33(1) 6-29.

- Bailey, D.B., Winton, P.J., Rouse, L., y Turnbull, A.P. (1999). Family goals in infant intervention. Analysis and issues. *Journal of Early Intervntion* 14 (1), 15-26.
- Baum, A.; y McMurray-Schwarz, P. (2004). Preservice Teachers' Belief About Family Involvement: Implications for Teacher Education. *Early Childhood Education Journal*, 32 (1), 57-61.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. (2000). Guidelines for the process of crosscultural adaptation of self-report measures. *Spine* 25(24), 3186-3191.
- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Bentler, P.M. (2004). *EQS 6 structural equations modeling software*. Encino, CA: Multivariate Software.
- Blue-Banning, M., Summers, J.A., Frankland, H.C, Nelson, L.L. y Beegle, G. (2004). Dimensions of Family and Professional Partnerships: Constructive guidelines for collabotaion. *Excepcional Children* 70 (2), 167-184.
- Brammer, L. (1993). *The helping relationship: Process and skills* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Brickman, P., Kidder, L.H., Coate, D., Rabinowitz, V., Cohn, E., y Kazuza, J. (1983). The dilemmas of helping: Making aid fair and effective. En J.D. Fisher, A. Nadler y B.M. DePaulo (Eds.), *New directions in helping: Recipient reactions to aid*. (Vol. 1), 17-49. New York: Academic Press.
- Brown, R.I. y Brown, I. (2014). Family quality of life. In A.C. Michalos (Ed.). *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being research*, 2194-2201. New York: Springer
- Boud, D., Keogh, P., y Walter, D. (2013). Reflection: Turning experience into learning. *British Educational Rearch Journal*, 14 (3), 341-342.
- Brody, G.H., Stoneman, Z., MacKinnon, C.E., y MacKinnon, R. (1985). Role relationships and behavior between preschool-aged and school-aged sibling pairs. *Developmental Psychology*, 21 (1), 124-129.
- Bronfenbrenner, U. (1975). Is early intervention effective? En M. Guttentag y E. Struening (eds.). *Handbook of Evaluation Research* (Vol. 2), 519-603. Newbury Park, CA. Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Brofenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-242

- Bronfenbrenner, U., y Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. En R.M. Lerner (Vol. Ed.) y W. Damon (Series Ed.), *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development (5th ed.), 993-1028. New York, NY: Wiley.
- Browne, M.W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K.A. Bollen y J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models*, 136-62. Newbury Park, CA: Sage.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., y Elliot, M. (2002). A multi-site study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8, 408-430.
- Bruder, M.B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105-122.
- Byrne, B.M. (2009). *Structural equation modeling with amos: Basic concepts, applications, and programing*. (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Buysse, V., Wesley, P.W., Snyder, P y Winton, P. (2006). Evidence-based practice: What does it mean for the early childhood field?. *Young Exceptional Children*, 9(4), 2-11.
- Campbell, P.H., y Halbert, J. (2002). Between research and practice: provider perspectives on early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 22, 213-226.
- Campbell, P.H., y Sawyer, L.B. (2009) Changing early intervention providers' home visiting skills through participation in professional development. *Topic in Early Childhood Special Education* 28, 219-234.
- Casado, D. (2005). *La atención temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*. Madrid: GENYSI. Recuperado de:  
[http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia\\_ATDemetrio.pdf](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf)
- Carmines, E., y McIver, J. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. En G. Bohrnstedt & E. Borgatta, (eds.), *Social Measurement: Current Issues* 65–115. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Carpenter, B. (2007). The impetus for family-centred early childhood intervention. *Child Care Health and Development*, 33 (6), 664–669.
- Childress, D.C. (2004). Special instruction and natural environments: Best practices in early intervention. *Infants and Young Children*, 17, 162-170.
- Christens, B.D. (2012). Toward relational empowerment. *American Journal of community Psicology*, 50, 114-128. doi: 10 1007/s10464-011-9483-5.

- Combs, A., y Gonzales, D. (1994). *Helping relationships: Basic concept for the helping professions* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Copple, C., y Bredekamp, S. (Eds.) (2009). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs serving children from birth to age 8*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Cripe, J. W., y Venn, M. L. (1997). Family-guided routines for early intervention services. *Young Exceptional Children*, 1 (1), 18-26.
- Cronenwett, L., y Brickman, P. (1983). Models of helping and coping in childbirth. *Nursing Research*, 32 (2): 84-98
- Cunningham, B.J. y Rosenbaum, P.L. (2014). Measure of processes of care: A review of 20 years of research. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 56(5), 445-452.
- Cunningham, C.C. (2000). Familias de niños con Síndrome de Down. En M.A. Verdugo (Ed.), *Familias y Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS.
- Davis, K., y Gavidia-Payne, S. (2009). The impact of child, family, and profesional support characteristics on the quality of life in families of Young children with disabilities. *Journal of Intellectual & Development Disability*, 34, 153-162.
- De Linares, C., y Rodríguez, T. (2005). La Familia como sujeto agente en la actual concepción de la Atención Temprana. En F. Mulas y M.G. Millá (Coords.), *Atención Temprana: Desarrollo Infantil, Diagnóstico, Trastornos e Intervención*, 767-788. Madrid. Promolibro.
- Dempsey, I., y Dunst, C.J. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with Young child with a disability. *Journal os Intellectual and Developmental Disability*, 29 (1), 40 -51.
- Dempsey, I. y Keen, D. (2008). A review of processes and Outcomes in Family-Centered servicies for children whit a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*. 28 (1): 42-52 doi: 10.1177/0271121408316699.
- Dempsey, I. y Keen, D. (2017). Desirable outcomes associated with family-centeres practices for Young children with a disability. En H. Sukkar, C.J. Dunst y J. Kirby (Eds.), *Early Childhood Intervention. Working with families of Young children with special needs*, 59-71. New York, NY: Routledge.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale Development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage
- 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.

- Dinnebeil, L.A., y Hale, L. (1999). Early Intervention Program Practices that Support Collaboration. *Topics in Early Childhood Special Education*, 19 (4), 225-235.
- Division for Early Childhood (2014). DEC Position Statement: The Role of Special Interuccion in Early Intervention 2014. Recuperado de: <https://www.decdocs.org/position-statement-guidelines>
- Division for Early Childhood (2014). DEC recommended practices in early intervention / early childhood special education 2014. Recuperado de: <http://www.dec-sped.org/recomendedpractices>
- Dunst, C.J. (2000). Revisiting “Rethinking early intervention”. *Topic in Early Childhood Special Education*, 20, 95-104.
- Dunst, C.J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. Snell, & J. Black (Eds.), *Handbook of developmental disabilities*, 161-180. New York, NY: Guilford Press.
- Dunst, C.J. (2016). Role of reseach syntheses for identifying evidence-based early childhood intervention practices. En B. Reichow, B.A. Boyd, E.E. Barton, y S.L. Odoms (Eds.), *Handbook of early childhood special education*, 541-563. Switzerland: Springer International.
- Dunst, C.J. (2019). Orientaciones y consideraciones futuras en la continua evolución de la atención temprana en la infancia. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Practicas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 433-458. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Dunst, C.J., Boyd, K., Trivette, C.M., y Hamby D.W. (2002). Family-oriented program models and professional helpgiving practices. *Family Relations* 51, 221-229.
- Dunst, C.J., y Bruder, M.B. (1999). Family and community activity settings, natural learning environments, and children ´s learning opportunities. *Children Learning Opportunities Report*, 1(2).
- Dunst, C.J., Bruder, M.B., y Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity – Building in Early Childhood Intervention: Do context ans Stting Matter? *School Community Journal*. 21 (1), 37-48
- Dunst, C.J., Bruder, M.B., Trivette, C.M., y Hamby, D.W. (2006a). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 3 (3), 18-25.
- Dunst, C.J., Bruder, M.B., Trivette, C.M., y McLean, M. (2001a). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21 (2), 68-92.

- Dunst, C.J., Bruder, M.B., Trivette, C.M., Raab, M., y McLean, M. (2001b). Natural learning opportunities for infants, toddlers, and preschoolers. *Young Exceptional Children*, 58, 115-126.
- Dunst, C.J y Espe-Sherwindt, M. (2017). Contemporary early intervention models, research and practice for infants and toddlers with disabilities and delays. En J. M. Kauffman; D. P. Hallahan y P.C. Pullen (Eds). *Handbook of special education (2nd ed.)*, pp. 831-849. New York: Taylor & Francis.
- Dunst, C.J., Hamby, D., Trivette, C.M., Raab, M., y Bruder, M.B. (2000). Everyday family and community life and children's naturally occurring learning opportunities. *Journal of Early Intervention*, 23(3), 151-164. doi: 10.1177/10538151000230030501
- Dunst, C.J., Jenkins, V., y Trivette, C.M. (1984). Family Support Scale: Reliability and Validity. *Journal of individual, Family and Community Wellness*, 1, 45-52.
- Dunst, C.J., Johanson, C., Trivette, C.M., y Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices. Family centered or not?. *Exceptional Children*, 58 (2), 115-126
- Dunst, C.J., y McWilliam R.A. (1988). Cognitive Assessment of Multiply Handicapped Young Children. In T.D. Wachs, y R. Sheehan (Eds.), *Assessment of Young Developmentally Disabled Children. Perspectives in Developmental Psychology*, pp.213-238. Boston, MA: Springer.
- Dunst, C.J., y Raab, M. (2004). Parents´ and practitioners´ perspective of Young children´s everyday natural learning environments. *Psychological Report*, 93, 251-256. Doi:10.2466//pr0.94.1.251-256.
- Dunst, C.J., y Trivette, C.M. (1994). Aims and Principles of Family Support Programs. En C.J. Dunst, C.M. Trivette, y A.G. Deal, (Eds), *Supporting and strengthening families – Methods, strategies and practices*, 30 - 48. Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C.J., y Trivette, C.M. (1994). What is effective helping?. En C. J. Dunst, C. M. Trivette, y A. G. Deal, (Eds), *Supporting and strengthening families – Methods, strategies and practices*, 162-170. Cambridge: Brookline Books.
- Dunst, C.J., y Trivette C.M. (1988). Toward experimental evaluation of the Family, Infant and Preschool Program. Hweiss& F. Jacobs (Eds), *Evaluating family programs*, 315-346. New York: Aldine de Gruyter.
- Dunst, C.J., y Trivette, C.M. (2005). Characteristics and consequences of family-centred helgiving practices. *CASEmarkers*, 1 (6), 1-4. Recuperado de: [http://www.fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_nº6.pdf](http://www.fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_nº6.pdf).

- Dunst, C.J., y Trivette, C.M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12, 119-143.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., y Deal, A.G. (1988), *Enabling and Empowering Families*. Cambridge, MA: Brookline Books, 6, 155-157.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. y Deal, A.G. (1994). *Supporting and strengthening families, Vol. I: Methods, strategies, and practices*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M. y Deal, A.G. (2007). Family Support Scale: Reliability and Validity. Asheville, NC: Winterberry Press
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., Hamby, D.W., y Bruder, M.B. (2006). Influences of contrasting natural learning environment experiences on child, parent and family well-being. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18, 235-250.
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., y Hamby, D.W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370-378. doi: 10.1002/mrdd20176
- Dunst, C.J., Trivette, C.M., y LaPointe, N. (1992). Toward clarification of the meaning and key elements of empowerment. *Family science review*, 5(1/2), 111-130.
- Escocia-Mora, C.T., García-Sánchez, F.A., Sanchez-López, M.C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en el Sureste de España: Perspectiva de Profesionales y Familias. *Annals of psychology* 34 (3), 500-509.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family- Centred Practice: Collaboration, Competency and Evidence. *Support for Learning*, 23, 136-143. doi: 10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x
- Espe-Sherwindt, M. (2019). De la investigación a la práctica: trabajando con familias en “el mundo real” de la intervención en atención temprana. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodriguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 73-92. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- FEAPS (2000). *Atención Temprana para personas con retraso mental. Orientaciones para la Calidad*. Manuales de Buena Práctica. Madrid: FEAPS. Documento 55/2000.
- Flynn, G.V., y Nolan, B. (2008). The Rise and Fall of Successful Mentor Program: What lessons can be learned?. *Clearing House*, 81 (4), 173-179.

- Fornell, C., y Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50. doi:10.2307/3151312
- Fuertes, J., y Palmero, O. (1998). Intervención Temprana. En M.A. Verdugo (Dir), *Personas con Discapacidad. Perspectivas psicológicas y rehabilitadoras*, 925-970. Madrid. Siglo XXI.
- Gallimore, R., Weisner, T.S., Kaufman, S.Z., y Bernheimer J.P. (1989). The social construction of ecocultural niches: family accommodation of developmentally delayed children. *American Journal on Mental Retardation*, 94 (3), 216-230.
- García-Sánchez, F.A., Escorcía-Mora, C.T., Sánchez-López, M.C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana Centrada en la Familia. *Siglo Cero*, 45 (3), 6-24.
- Garshelis, J.A., y McConnel, S.R. (1993). Comparison of family needs assessed by mothers, individual professionals, and interdisciplinary teams. *Journal of Early Intervention* 17, 36-49.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., Salvador-Beltran, F., Balcells-Balcells, A., Dalmau, M., y Mas, J.M. (2015). Family quality of life of people with intellectual disability in Catalonia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12, 244-254.
- Giné, C., Vilaseca, R., Gràcia, M., y García-Dié, M.T. (2004). Early Intervention in Spain: Some Directions for Future Development. *Infant and Young Children*, 17(3), 236-246.
- Gottlieb, B.H. (1981). *Social Network and Social Support*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications.
- Graham, M. y Bryant, D. (1993). Characteristics of quality, effective service delivery systems for children with special needs. En D. Bryant y M. Graham (Eds.), *Implementing early intervention*, 233-252. New York. Guilford Press.
- Grupo de Atención Temprana, GAT. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Atención Temprana, GAT. (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guralnick, M.J. (2019). La ciencia de implementar enfoque de los sistemas de desarrollo y prácticas centradas en la familia. En C. T. Escorcía-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 51-72. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Gutiez, P. (1995). La Educación Infantil: modelos de atención a la infancia. *Revista Complutense de Educación, 6 (1)*, 101-113.
- Gutiez, P., y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos. *Psicología Educativa, 18 (2)*, 107-122.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., y Tatham, R.L. (2006). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Halfon, N., Regalado, M., McLearn, K.T., Kao, A.A., y Wright, K. (2003). *Building a Bridge from Firth to School: Improving Developmental and Behavioral Health Services for Young Children*. The Commonwealth. Recuperado de: [http://www.cmf.org/programs/child/halfon\\_bridg\\_564.pdf](http://www.cmf.org/programs/child/halfon_bridg_564.pdf).
- Halle, T., Metz, A. Y Mertinez.Beck, I. (2013). *Applying implementation science in early childhood programs and systems*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Co.
- Hanft, B.E., y Pilkington, K.O. (2000). Therapy in Natural Environments: The Means or end Goal for Early Intervention. *Infants & Young Children, 12 (4)*, 1-13.
- Hebbeler K.M., y Gerlach-Downie, S.G. (2002). Inside the black box of home visiting: A qualitative analysis of why intended outcomes were not achieved. *Early Childhood Research Quarterly 17*, 28-51.
- Hebbeler, K.M., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallink, S., Simeonsson, R., y Nelson, L. (2007). *Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services and outcomes: Final Report of the National Early Intervention Longitudinal Study (NEILS) (SRI Project 11247)*. Menlo Park, CA: SRI International. Recuperado de: [http://www.sri.com/sites/default/files/publicaciones/neils\\_finalreport\\_200702.pdf](http://www.sri.com/sites/default/files/publicaciones/neils_finalreport_200702.pdf).
- Helburn, S. (Ed) (1995). *Cost, quality, and child outcomes in child care centers: Final report*. Denver, CO: University of Colorado at Denver, Economics Department.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1995). Evaluating model fit. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concept, issues, and applications* 76-99. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Individuals with Disabilities Education Improvement Act (IDEA) (2004). Pub.L.Nº. 108-446, 118. Stat. 2647 (2004).

- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2008) Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD, 2008). Recuperada en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
- Jennings, D, Hanline, M.F., y Woods, J. (2012). Using Routines – Based Interventions in Early Childhood Special Education. *Dimensions of Early Childhood*, 40 (2), 13 -23.
- Judge, S. (1997). Parental perceptions of help-giving practices and control appraisals in early intervention programas. *Topics in Esarly Childhood Special Education*, 17, 457-476.
- Jung, L.A. (2003). More Better: Maximizing Natural Learning Opportunities. *Young Excepcional Childen*, 6, 21-26. doi: 10.1177/109625060300600303
- Karuzza, J.J., Rabinowitz, V.C., y Zevon, M.A. (1986). Implications of control and responsibility on helping the aged. En M.M. Baltes y P.B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging*, 373-396. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- King, G., Kertoy, M., King, S., Law, M., Rosenbaum, P., y Hurley, P. (2003). A measure of parents´ and servicios providers´ beliefs about participation in family-centered services. *Children´s Health Care*, 32, 191-194.
- King, G., King, S., Rosenbaum, P., y Goffin, R. (1999). Family-centered caregiving and well-being of parents of children with disabilities: liking process with outcome. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (1), 41-53.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Knowles, M.; Holton III, E. y Swanson, R. (2005). *The adult Learner*. San Diego. Elsevier.
- Kontos, S. y Diamond, K. (2002). Measuring the Quality of Early Intervention Services for Infants and Toddlers: problems and prospects. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49 (4), 337-351. doi: 10.1080/1034912022000028321.
- Kontos, S., Howes, G., Galinsky, E. y Shinn, M. (1994). *Quality in family child care and relative care*. New York: Teachers College Press.
- Krejcie, R.V., y Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Knowles, M.S., Holton, E.F., y Swason, R.A. (2011). *The Adult Learner. The Definitive Classic in Adult Education and Human Resources Development* (7 ed.). Londres: Elsevier Inc.

- Landsman, M.J., Groza, V., Tyler, M., y Malone, K. (2001). Outcomes of family-centered residential treatment. *Child Welfare* 80, 351-379.
- Law, M., y Darrah, J. (2014). Emerging therapy approaches: an emphasis on function. *Journal of Child Neurology*, 29 (8), 1101-1107.
- Law, M., Hanna, S., King, G., Hurley, P., King, S., Kertoy, M., y Rosenbaum, P. (2003). Factor affecting family-centred services delivery for children with disabilities. *Child: Care, Health and Development*, 24 (1), 41-53.
- Law, M., Rosenbaum, P., King, G., King, S., Burke-Gaffney, J., Moning, J., Szkut, T., Kertoy, M., Pollock, N., Viscardis, L., y Teplicky, R. (2003). What is family-centred service? CanChild FCS Sheet #01. Hamilton, Ontario, Canada: CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University. January 31, 2015. Recuperado de:  
<https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/001/266/original/FCS1.pdf>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Mahoney, G., y Perales, F. (2012). El papel de los padres de niños con síndrome de Down y otras discapacidades en la Atención Temprana. *Revista Síndrome de Down*, 39, 1-19.
- Mahoney, G., y Wiggers, B. (2007). The role of parents in early intervention. Implications for social work. *Children and Schools*, 29 (1), 7-15.
- Maple, F.F. (1977). *Share decisión making*. Beverly Hill. Sage.
- Mas, J.M., Cañadas, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Serrano, A.M., y Dunst, C.J. (2018). Psychometric properties of the Spanish versión of the family-centred practices scale for use with families of Young children receiving early childhood intervention. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2018 (00), 1-11. <https://doi.org/10.1111/jar.12442>
- Mas, J.M., y Giné, C. (2010). La familia con un hijo con dificultades o trastornos en el desarrollo. En C. Cristóbal, A. Fornol, C. Giné, J.M. Mas y Pegenaute, M. (Coord.). *La atención Temprana, un compromiso con la infancia y sus familias*. Barcelona. UOC.
- Maslow, A.H. (1984). "Higher" and "Lower" needs. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 25, 433-436.

- Marsh, H.W., Balla, J.R., y McDonald, R.P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103(3), 391-410.
- McBride, S.L. (1999). Research in review: Family –centered practice. *Young Children*, 54, 62-68.
- McBride, S.L., y Peterson, C. (1997). Home-based early intervention with families of children with disabilities: Who is doing what?. *Topics in Early Childhood Special Education* 17, 209-233.
- McWilliam, P.J. (1999). Coordination of services. En D. B. Kessler y P. Dawson (Eds.). *Failure to thrive and pediatric undernutrition. A transdisciplinary approach* 477-485. Baltimore. Paul H. Brookes.
- McWilliam, R.A. (1992). *Family-centered intervention planning: A routines-based approach*. Tucson, AZ: Communication Skill Builders.
- McWilliam, R.A. (2000). It 's only natural to have early intervention services in the environments where it 's needed. En S. Sandall y M. Ostroky (Eds.), *Young Exceptional Children Monograph Series N°2, Natural Environments and Inclusion*, 17-26. Longmont, CO. Sopris West Educational Services.
- McWilliam, R.A. (2008). *Practices for Instruccion, Play, and Engagement Rating Scale (PIPERS)*. Chattanooga, TN. Siskin Children 's Institute.
- McWilliam, R.A. (2010). *Routines-Based Early Intervention. Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- McWilliam, R.A. (2011). The Top 10 Mistakes in Early Intervention in Natural Environments – and the Solutions. *Zero to Three, March*, 11-16.
- McWilliam, R.A., Casey, A.M., y Sims, J. (2009). The routines – based interview: A method for assessing needs and developing IFSPs. *Infants & Young Children*, 22, 224-233.
- McWilliam, R.A. y Garcia-Grau, P. (2019). Doce Pasos Criticos para el encuentro Profesional – Familia. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodriguez-García (Eds). *Practicas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 96-106. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- McWilliam, R.A., Land, L., Vandiviere, P., Angell, R., Collins, L., y Underdown, G. (1995). Satisfaction and struggles: Family perceptions of early intervention services. *Journal of Early Intervention*, 19, 43-60.
- McWilliam, R.A., Maxwell, K.L., y Sloper, K.M. (1999). Beyond 'involvement': Are elementary schools ready to be family-centered?. *School Psychology Review*, 28 (3), 378-394.
- McWilliam, R.A., y Scott, S. (2001a). A support approach to early intervention: A three-part framework. *Infant & Young Children*, 13, 55-66.

- McWilliam, R. A., Snyder, P., Harbin, G.L., Porter, P., y Munn, D. (2000). Professionals and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. *Early Education and Development*, 11, 519-538.
- Meyers, L.S., Gamst, G., y Guarino, A.J. (2006). *Applied multivariate research, design and interpretation*. Londres: Sage Publications.
- Millá, M.G., y Mulas, F. (2005). Reseña histórica de la Atención Temprana. En M.G. Millá y F. Mulas (Coords.). *Atención Temprana: desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*, 255-266. Valencia. Promolibro
- Neff, J.M., Eichner, J.M., Hardy, D.R., Klen, M., Percelay, J.M., Sigrest, T., y Stucky, E.R. (2003). Family-centered care and the pediatricians' s role. *Pediatrics*, 112, 691-696.
- Neisworth, J.T., y Bagnato S.J. (2004). The MisMeasure of Young Children. The Authentic Assessment Alternative. *Infants & Young Children*, 17 (3), 198-212.
- Nelson, C.A. (2000). The neurobiological bases of early intervention. En J.P. Shonkoll y S.J. Meisels (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention*, 2ª Ed., 204-230. New York: Cambridge University Press.
- Nirbhay, N., Singh, W., Curtis, J, Ellis, C.R., Nicholson, M.W., Villani, T.M., y Wechsler, H.A. (1995). Psychometric Analysis of the Family Empowerment Scale . *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 3 (2) 85-91.
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., y Morton, N. (2013). A sistematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 55 (10), 885-910. doi: 10.1111/dmcn.12246.
- Northouse, P. (1997). Effective helping relationships: The role of power and control. *Health Education and Behavior*, 24, 703-707 [SEP]
- Odom, S., y McLean, M. (Eds) (1996). *Early intervention/early childhood special education recommended practices*. Austin, TX. Pro-Ed.
- Odom, S., McLean, M., Johnson, L., y LaMontagne, M. (1995). Recommended practices in early childhood special education: Validation and current use. *Journal of Early Intervention*, 19, 1-17.
- Patterson, J.A. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 233-246.

- Peterson, C.A., Luze, G.J., Eshbaugh, E.M., Jeon, H.J., y Kantz, K.R. (2007). Enhancing parent-child interactions through home visiting: Promising practice or unfulfilled promise?. *Journal of Early Intervention*, 29, 119-140. doi: 10.1177/105381510702900205
- Perpiñan, S. (2009). *Atención temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- Powell, D.S., Batsche, C.J., Ferro, J., Fox, L., y Dunlap, G. (1997). En Strength-Based Approach in Support of Multi-Risk Families Principles and Issues. *Topics in Early Childhood Special Education*, 17(1), 1-26.
- Rantala, A., Uotinen, S. y McWilliam, R.A. (2009). Providing Early Intervention within Natural Environment. A Cross-cultural Comparison. *Infants & Young Children*, 22 (2), 119-131.
- Rappaport, J. (1981). In Praise of Paradox: A Social Policy of Empowerment Over Prevention, *American Journal of Community Psychology*, 9 (1) 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Raver, S.A. y Childress, D. C. (2015). *Family-Centered Early Intervention*. Brookes Publishing. Baltimore
- Reich, S., Bickman, L., y Heflinger, A.C. (2004). Covariate of self-efficacy: caregiver characteristics related to mental health services self-efficacy. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12 (1), 99-108.
- Ridgley, R, Snyder, P.A., McWilliam, R.A., y Davis, J.E. (2011). Development and initial validation of a professional development intervention to enhance the quality of individualized family service plans. *Infants & Young Children*, 24 (4), 309-328.
- Rodger, S. Y Keen, D. (2017). Child and family-centered service provision. En S. Rodger y A. Kennedy-Behr (Eds.), *Occupation-centred practice with children: A practical guide for occupational therapist*, 45-72. Chichester, UK: Wiley Blackwell.
- Ryn, M., y Heaney, C.A. (1997). Developing effective helping relationships in health education practice. *Health Education and Behavior*, 24, 683-702.
- Roggman, L.A., Boyce, L.K., y Innocenti, M.S. (2008). *Developmental Parenting. A guide for early childhood practitioners*. Brookes Publishing. Baltimore
- Rush, D., y Shelden, M. (2011). *The Early Childhood Coaching Handbook*. Baltimore. Brookes Publishing Company.

- Samenoff, A.J., y Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F.D. Horowitz, E.M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.), *Review of child development. Research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago Press.
- Sandall, S.R., Hemmeter, M.L., Smith, B.J., y McLean, M.E. (2005). *DEC recommended practices: A comprehensive guide for practical application in early intervention/early childhood special education*. Missoula, MT: Division for Early Childhood (DEC), Council for Exceptional Children.
- Schumacker, R., y Lomax, R., (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Serrano, A.M. (2007). *Redes sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto. Porto Editora
- Serrano, A.M. (2019). "Se que puedo contar con...": La importancia de las redes de apoyo social en atención temprana. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 106-129. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Shonkoff, J.P., y Meisels, S.J. (1990). Early childhood intervention: the evolutions of a concept. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Intervention*, 3-31. Cambridge. Cambridge University Press.
- Stinnett, N., Chesser, B., y DeFrain, J.D., (1979). *Building Family Strengths: blueprints for action*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Strain, P.S. (2018). Personal thoughts on early childhood special education research: An historical perspective, threats to relevance, and call to action. *Journal of Early Intervention*, 40 (2), 107-116. doi:10.1177//1053815117750411
- Swason, J., Raab, M., y Dunst, C.J. (2011). Strengthening family capability to provide young children everyday natural learning opportunities. *Journal of Early Childhood Research*, 9 (1), 66-80. doi: 10.1177/1476718X10368588.
- Tanaka, J.S. (1987). "How big is big enough?": Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables. *Child Development*, 58(1), 134-146. doi: 10.2307/1130296
- Tierney, A.L., y Nelson-III, C. A. (2009). Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three, November*, 9-13.

- Trivette C.M., Dunst, C.J., Boyd, K., y Hamby, D.W. (1995). Family-oriented program model, helgiving practices, and parental control appraisals. *Excepcional Children*, 62 (3), 237-248.
- Trivette, C.M., Dunst, C.J., y Hamby, D. (1996a). Characteristics and consequences of help-giving practices on contrasting human services programs. *American Journal of Community Psychology*, 24 (2), 273- 291.
- Trivette, C.M., Dunst, C.J., y Hamby, D.W. (2010). Influences of Family Systems Intervention Practices on Parent-child interactions and Child Development. *Topics in Early Childhood Special Education*. 30 (1) 3-19 doi: 19.1177/0271121410364250
- U.S. Department of Education (2012). *2012 IDEA part C child count and settings*. Recuperado de: <https://explore.data.gov/Education/2012-IDEA-Part-C-Child-Count-and-Settings/dg4k-psxe>.
- Vehkakoski, T. (2003). Objetc problem or subject?. A child with disability as found in reports of professional. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 5 (2), 160-184.
- Wade, C.M., Milton, R.L., y Matthews, J.M. (2007). Service delivery to parents with an intellectual disability: family-centred or professional-centred?. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilites*, 20. 87-98.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D.F., y Summers, G.F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136. doi:10.2307/270754
- Whitebook, M., Howes, C., y Phillips, D. (1989). *Who cares: Child care teachers and the quality of care in America*. Oakland, CA: Child Care Employee Project.
- Wilson, L.L. (2005). Characteristics and consequences of capacity-bulding parenting support. *CASEmakers*, 1, 4, 1-3. Recuperado en: [http://www.fippcase.org/casemakers/casemakers\\_vol1\\_n°4.pdf](http://www.fippcase.org/casemakers/casemakers_vol1_n°4.pdf).
- Wolery, M. y Hemmeter, M.L. (2011). Classroom instruction: Background, assumptions, and chalenges. *Journal of Early Intervention*, 33 (4), 371-380. doi:v1177/1053815111429119
- Work Group on Principles and Practices in Natural Environments (2008). *Agreed-upon practices for providing early intervention services in natural environments*. Recuperado de [http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Finalmissionandprinciples3\\_11\\_08.pdf](http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Finalmissionandprinciples3_11_08.pdf)
- Young, K.T., Davis, K., Schoen, C., y Parkers, S. (1998). Listening to parents. A national survey of parents with young children. *Achives of Paediatrics & Adolescent Medicine*, 152, 255-263.
- Zang, C., y Bennett, T. (2001). Multicultural views of disability: Implications for early intervention professionals. *Infants & Young Children*, 11 (2), 143-154.

Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. Doi: 10.1007/BF02506983

# **ANEXO I**

---

## DOSIER DE RECOGIDA DE DATOS

## **ADHERENCIA DE CENTRO DE ATENCIÓN TEMPRANA AL ESTUDIO SOBRE:**

### *CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA Y EMPODERAMIENTO FAMILIAR*

Su centro ha sido invitado a participar en un estudio de investigación sobre el cambio de paradigma que está sufriendo la atención temprana en España y el impacto de esta intervención sobre la familia.

Esta investigación es realizada por el Doctor Robin McWilliam Director del equipo internacional The RAM Group y del Departamento de Educación Especial de la Universidad de Alabama (EEUU); La Dra. Ana María Serrano Directora del Dpto. de Psicología de la Educación y Estudios de la Crianza de la Universidad de Minho (Portugal), la Doctora Margarita Cañadas Vicedecana de Terapia Ocupacional en la Universidad Católica de Valencia y Directora del centro de Atención Temprana l'Alquería en Valencia; y la doctoranda Rosa Fernández Valero estudiante de la Universidad de Minho.

El propósito de esta investigación es recoger información sobre el momento actual y la trayectoria hacia la atención temprana centrada en la familia de calidas, así como la influencia de estas intervenciones sobre el empoderamiento de las familias.

Para participar como centro adherido a este estudio, debe conocer que su centro deberá aportar la documentación que se adjunta como dossier para las familias en las que se contemplan las siguientes escalas Finesse Familia, FES, FOS, Escala de Apoyo Familiar y Cuestionario de Datos Sociodemográficos. Se rellenará un dossier por cada una de las familias que deseen colaborar en el estudio.

Esta información se recogerá solo en una ocasión, comprometiéndonos a enviar a todos los centros un informe acerca de los resultados obtenidos de forma individual y de forma colectiva a partir de los datos del estudio.

Deberán rellenar y enviar la siguiente información:

<b>Nombre del Centro de Atención Temprana</b>			
<b>Ciudad</b>		<b>Comunidad Autónoma</b>	
<b>Tipo de intervención en el centro:</b>			
En el centro niño - especialista	En el centro niño – especialista – familia como observador	En el domicilio niño - especialista	En el domicilio niño – familia- profesional
En el domicilio Familia- Profesional	Otro (Especifíquelo por favor)		
<b>Nombre completo del responsable del centro</b>			
<b>Nombre del responsable del estudio en el centro</b>			
<b>Teléfono</b>		<b>E-mail</b>	
<b>Número de familias participantes</b>			

Todos los datos serán protegidos de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Si ha leído este documento y ha decidido que su centro participe como centro adherido a este estudio, por favor entienda que por su participación, tiene derecho a recibir una copia de este documento. Este documento firmado y sella, indica que están interesado en ser centro adherido a este estudio y que entienden la importancia de su compromiso con el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos del responsable del centro

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello

+

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **DOSIER DE RECOGIDA DE DATOS, DIRIGIDO A LA FAMILIA**

### **ESTUDIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE: LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE AT Y EL EMPODERAMIENTO FAMILIAR**

#### **Presentación:**

Les invitamos a participar en el desarrollo de un estudio que pretende conocer cómo los diferentes tipos de intervención en atención temprana influyen sobre el empoderamiento de la familia. Este último se entiende como la habilidad de las familias de dirigir de forma efectiva los diferentes eventos de su vida, sin depender de la ayuda del profesional o el sistema de ayudas. Nosotros somos un grupo de trabajo formado por investigadores de Estados Unidos, Portugal y España, comprometidos con la mejora de la calidad de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT).

El objetivo de este trabajo es doble. Por una parte, conocer si las prácticas profesionales en los CDIAT están centradas en la familia. Por otra parte, identificar la relación (si la hay) entre las prácticas profesionales de su servicio de atención temprana con el empoderamiento de su familia, así como otros resultados importantes que se puedan conseguirse con este trabajo.

De esta manera los CDIAT podrán disponer de instrumentos que les permita reflexionar y mejorar sus prácticas profesionales y continuar trabajando para ofrecer unas prácticas de calidad a los niños y las familias que reciben el servicio de atención temprana.

Este documento consta de seis partes. La primera parte recoge los derechos de los participantes al estudio. En la segunda parte se halla una escala "FAMILY FINESSE", la cual recoge la puntuación que ustedes (familia o cuidadores) le asignan, por una parte, al servicio de atención temprana que están recibiendo actualmente y por otra parte, la practica que ustedes consideran sería ideal que recibiesen. En la tercera parte podrá ver FES, una escala general de empoderamiento familiar, mientras que en la cuarta parte encontrará FOS una escala también sobre empoderamiento familiar, pero específica sobre los servicios de atención temprana. En la quinta parte encontrara Family Support Scale (Escala de Apoyo Familiar), donde se recoge información sobre los apoyos con las que cuentan. Por último, en la sexta parte podrá encontrar un documento sobre datos generales acerca de su hijo, su familia y la atención que están recibiendo, es importante que conozca que esta información será absolutamente confidencial, y que ni su nombre ni sus datos personales se unirán a ninguna base de datos.

Estos documentos han sido diseñados para que sean contestados por los padres o el cuidador principal del niño que recibe atención temprana. Rellenar todos los documentos le puede llevar entre 30 y 40 minutos.

Si tiene alguna duda sobre el estudio, por favor no dude en ponerse en contacto con Rosa Fernández, en la siguiente dirección de correo electrónico: [rosafhg@gmail.com](mailto:rosafhg@gmail.com)

Muchísimas gracias por su tiempo y colaboración. Atentamente:

El equipo del estudio

**Rosa Fernández, Marga Cañadas, Ana Maria Serrano y Robin McWilliam.**

**PRIMERA PARTE:**

**GARANTÍA DE LOS DERECHOS COMO PARTICIPANTE EN ESTA INVESTIGACIÓN**

- Su participación es completamente voluntaria y toda la información que facilite se considera confidencial, privada y de carácter anónimo.
- La información recogida se tratará siempre de forma colectiva: nunca se hará referencia a respuestas individuales.
- Sus datos personales nunca se verán asociado a ninguna base de datos. Se le asignará un identificador que codifica todos sus datos.
- Su Identificador es: \_\_\_\_\_ (Lo rellena su servicio de AT, previo a que usted cumplimente esta hoja)
- Puede retirar su participación en cualquier momento y puede decidir no contestar a cualquier pregunta.
- Responder la escala indica vuestra voluntad en participar en este estudio y que tiene al menos 18 años.

Una respuesta de "Sí" a continuación, indica que ha leído y entiende estas condiciones y que autoriza el uso de su información con los fines de la investigación.

*Acepto participar en el desarrollo del estudio sobre "La relación entre la calidad de los servicios de atención temprana con el empoderamiento familiar".*

**Sí**       **No**

# Family FINESSE/FINESSE Familia

---

## Intervención con Familias en Entornos Naturales Escala de Evaluación de Servicios

---

R. A. McWilliam, 2015

Adaptación a España por R. Fernández & M. Cañadas, 2015

---

### **INTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ESCALA**

A continuación, se encontrará un total de diecinueve cuestiones relacionadas todas ellas con los servicios de atención temprana. En cada cuestión podrá observar una línea de puntuación en la parte superior donde puede leer “Experiencia Típica” donde deberá redondear el número que más se ajuste a los servicios de atención temprana que están recibiendo actualmente, de igual modo, en la parte inferior de la cuestión podrán encontrar otra línea de puntuación donde puede leer “Experiencia Ideal” donde deberá rodear el número que más se ajuste a los servicios que le gustaría recibir o los que consideré serían los más óptimos para su familia.

### 1. ¿Cómo te describen los profesionales la Atención Temprana?

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
Servicios en los que los <b>profesionales hacen terapias a nuestro hijo.</b>		Servicios en los que los profesionales hacen terapias a nuestro hijo y nos <b>dan pautas para hacer en casa.</b>		Servicios que ofrecen apoyo a la familia, incluido el emocional y la información, además los <b>profesionales hacen terapias a nuestro hijo y nos dan pautas para hacer en casa.</b>		<b>Apoyan</b> a la familia, incluyendo el apoyo emocional y la información para que puedan favorecer el desarrollo adecuado del niño (dentro de sus rutinas diarias).

*Experiencia ideal*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

### 2. Apoyos y/o Recursos

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
Los profesionales <b>no nos han preguntado</b> sobre nuestra familia extensa, amigos o vecinos, como tampoco sobre otros profesionales que estén trabajando con nosotros.		Los profesionales <b>nos han preguntado si hay otros</b> profesionales trabajando con nosotros pero no sobre nuestra familia extensa, amigos o vecinos.		Los profesionales han ido <b>conociendo poco a poco</b> a nuestra familia extensa, amigos y vecinos, así como también a otros profesionales que trabajan con nosotros.		<b>Desde el principio</b> , los profesionales nos preguntaron sobre nuestra familia extensa, amigos y vecinos, así como también sobre otros profesionales que trabajan con nosotros.

*Experiencia ideal*

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

### 3. Evaluación del niño

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Los profesionales pasan alguna/s **escala/s para conocer el desarrollo** de mi hijo.

Los profesionales realizan escala/s de desarrollo a mi hijo y además **nos hacen algunas preguntas al respecto.**

Los profesionales me pasan un **cuestionario escrito** para averiguar cómo participa mi hijo en sus rutinas diarias.

Los profesionales nos **entrevistan**, para conocer cómo participa mi hijo en sus rutinas diarias.

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

### 4. Prioridades de la familia

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Los profesionales **no se han interesado por las** prioridades de intervención o tratamiento que tenemos para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.

Los profesionales se van interesando **poco a poco** por algunas de las prioridades que tenemos de intervención o tratamiento, para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.

Los profesionales nos pasan un **cuestionario** para averiguar qué prioridades de intervención tenemos, para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.

Los profesionales nos **entrevistan** para conocer nuestras prioridades en la intervención, para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**5. Calidad de vida de la familia**

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

El servicio de Atención Temprana **no conoce** nada acerca de mi calidad de vida familiar.

El servicio de Atención Temprana **conoce un poco** sobre la calidad de vida de mi familia.

El servicio de Atención Temprana **habla sobre la calidad de vida de mi familia** pero no lo evalúa de forma continua.

El servicio de Atención Temprana **evalúa la calidad de vida de mi familia continuamente** y parece tener en cuenta los resultados.

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**6a. Objetivos suficientes en la intervención (SI TIENE MAS DE 12 RELLENE EL ÍTEM 6B)**

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Tenemos de **1-3 objetivos.**

Tenemos de **3-5 objetivos.**

Tenemos de **6-9 objetivos.**

Tenemos de **10-12 objetivos.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**6b. Un número razonable de objetivos en la intervención (SI TIENE MENOS DE 13 EMPLEAR EL ÍTEM 6A)**

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Tenemos **más de 30 objetivos.**

Tenemos de **21-30 objetivos.**

Tenemos de **13-20 objetivos.**

Tenemos de **10-12 objetivos.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**7. Funcionalidad de los objetivos/resultados**

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Los objetivos están redactados de forma muy técnica y **no entiendo exactamente que quieren decir en relación al cambio que hará mi hijo.**

Entiendo los objetivos y sé que **harán que mi hijo haga cosas**, pero no sé si notaré un cambio en su participación en las rutinas diarias.

Los objetivos harán que mi hijo participe más en las rutinas diarias, **pero no se tiene en cuenta la participación de la familia para lograrlo.**

Los objetivos harán que mi hijo participe más en las rutinas diarias **con la colaboración de los adultos de la familia.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**8. Trabajo en equipo (Contesta este ítem sólo si hay más de un profesional del mismo servicio de Atención Temprana en el plan de intervención)**

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Hay dos o más profesionales trabajando por separado con nosotros y **parece que no se comunican entre sí.**

Hay dos o más profesionales que trabajan por separado con nosotros pero **parece que sí se comunican entre ellos.**

Hay un profesional que trabaja con nosotros regularmente, y otros profesionales que nos ven en sesiones diferentes a las de nuestro **profesional de referencia.**

Hay un profesional que trabaja con nosotros regularmente y otro profesional que nos ayuda de vez en cuando, **reuniéndose con nosotros y con nuestro profesional de referencia.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

### 9. Durante la visita...

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

El profesional trabaja con mi hijo,  
**mientras que yo estoy en otra sala.**

El profesional trabaja con mi hijo,  
**mientras yo observo.**

El profesional trabaja con mi hijo e  
**intenta involucrarme en la sesión.**

El profesional habla conmigo sobre mis prioridades y, si es necesario,  
**me muestra cosas que puedo hacer con mi hijo.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

### 10. Cómo trabaja conmigo el profesional de referencia (con el que se reúne habitualmente)

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Me cuenta, **qué esta haciendo con** mi hijo.

Me explica **qué necesito hacer** con mi hijo.

**Me sugiere qué hacer** para conseguir nuestras prioridades.

**Me hace preguntas, hasta que juntos,** concretamos en las sesiones qué hacer para conseguir nuestras prioridades.

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

### 11. Las habilidades de mi hijo: cuándo y dónde

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
El profesional me habla sobre habilidades en general <b>que trabajan y mi hijo hace en la sesión.</b>		El profesional me habla sobre las habilidades que trabajan en sesión, <b>dándome algunos ejemplos</b> de cómo podría aplicarlas en su día a día.		El profesional me habla sobre las habilidades que mi hijo puede potenciar con <b>numerosos ejemplos</b> , y sobre cómo podría aplicarlas en su día a día .		El profesional me habla <b>siempre</b> sobre las habilidades que mi hijo puede fomentar en cada contexto de su día a día y en sus actividades diarias.
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

### 12. El profesional y la crianza de los hijos

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
El profesional me habla sólo de las habilidades que mi hijo tiene o no tiene.		El profesional <b>a veces</b> me comenta la importancia de <b>1 o 2</b> de las siguientes cuestiones: (a) hablar con mi hijo, (b) leer con mi hijo, (c) jugar con mi hijo, (d) enseñar a mi hijo, incluso cómo comportarse.		El profesional <b>a veces</b> me comenta la importancia de <b>todas las cuestiones siguientes</b> : (a) hablar con mi hijo, (b) leer con mi hijo, (c) jugar con mi hijo, (d) enseñar a mi hijo, incluso cómo comportarse.		El profesional me comenta <b>a menudo</b> la importancia <b>de todas las cuestiones</b> siguientes: (a) hablar con mi hijo, (b) leer con mi hijo, (c) jugar con mi hijo, (d) enseñar a mi hijo, incluso cómo comportarse.
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**13. Visita al aula de educación infantil o preescolar (CONTESTA ESTE ÍTEM SÓLO SI TU HIJO ESTÁ DENTRO DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL O PREESCOLAR)**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
<p>El terapeuta de atención temprana <b>nunca</b> visita el aula de educación infantil o preescolar.</p>		<p>El terapeuta de atención temprana visita a mi hijo en su aula de educación infantil o preescolar y trabaja con él <b>fuera de la clase.</b></p>		<p>El terapeuta de atención temprana visita a mi hijo en su aula de educación infantil o preescolar y <b>trabaja directamente con él en la clase.</b></p>		<p>El terapeuta de atención temprana visita a mi hijo en su aula de educación infantil o preescolar y <b>trabaja con la maestra/o o educadores</b> para que fomenten habilidades en el niño entre visita y visita.</p>
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**14. Elegir los objetivos/resultados para el plan de intervención**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
<p><b>Sólo los profesionales</b> eligen qué objetivos a trabajar tras la evaluación de mi hijo.</p>		<p><b>Los profesionales</b> eligen los objetivos a trabajar con mi hijo, <b>y nosotros (los miembros de la familia)</b> elegimos los objetivos familiares.</p>		<p><b>Sólo los miembros de la familia</b> eligen qué objetivos trabajar <b>tras haber preguntado sobre nuestras mayores preocupaciones,</b> sin una entrevista en profundidad sobre nuestras rutinas diarias.</p>		<p><b>Sólo los miembros de la familia</b> elegimos qué objetivos trabajar <b>tras haber realizado una entrevista en profundidad</b> sobre nuestras rutinas diarias.</p>
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

### 15. Localización de la atención temprana

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
Los profesionales del servicio, <b>sólo</b> nos ven en la clínica, gabinete u hospital.		Los profesionales del servicio sólo nos ven en la clínica, gabinete u hospital, aunque <b>también han realizado una visita al domicilio o colegio.</b>		Los profesionales del servicio nos ven en clínica, gabinete u hospital y atienden a mi hijo en su centro preescolar o escolar, pero <b>no hacen visita domiciliaria.</b>		Los profesionales del servicio nos atienden <b>en casa o en espacios de mi comunidad</b> , incluido atienden a mi hijo en el centro escolar o preescolar.

*Experiencia ideal*

### 16. Cuando se dan las intervenciones

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
El profesional se centra <b>sólo</b> en lo que el niño hace <b>durante la visita.</b>		El profesional se centra en lo que el niño hace durante la visita, aunque <b>me da ideas para hacer cosas similares</b> durante la semana.		El profesional se centra en <b>qué puedo hacer con mi hijo y mi familia durante la semana</b> cuando el profesional no esté.		El profesional <b>se asegura</b> de que tengo todas las herramientas y conocimientos para ayudar a que mi hijo aprenda cuando el profesional no esta aquí.

*Experiencia ideal*

**17. El profesional principal que trabaja con nosotros (Si NO PUEDES IDENTIFICAR EL PROFESIONAL "PRINCIPAL" NO RESPONDA A ESTE ÍTEM)**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
<p>El profesional principal trabaja con nosotros ayudándonos <b>sólo en un área del desarrollo infantil</b> (P.ej.: sólo lenguaje, sólo a nivel motor, sólo a nivel sensorial.)</p>		<p>El profesional principal trabaja con nosotros ayudándonos <b>en más de un área del desarrollo infantil</b> pero sólo en aquellas en las que mi hijo encuentra dificultades.</p>		<p>El profesional principal trabaja con nosotros ayudándonos en <b>todas las áreas del desarrollo infantil pero</b> no tiene en cuenta las necesidades y prioridades de la familia.</p>		<p>El profesional principal trabaja con nosotros todas las áreas del desarrollo infantil y <b>tiene en cuenta las necesidades y prioridades de la familia.</b></p>
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**18. Seguimiento del progreso**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
<p>El profesional me informa <b>una vez al año</b> o menos qué resultados ha obtenido mi hijo en su evaluación.</p>		<p>El profesional <b>me informa</b> una vez al año o menos cómo está progresando mi hijo.</p>		<p>El profesional habla conmigo <b>frecuentemente</b> sobre el progreso que él ve en mi hijo.</p>		<p>El profesional trata conmigo frecuentemente el progreso que <b>tanto él como yo</b> vemos en mi hijo.</p>
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**19. Las necesidades del niño y la familia**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
Nuestro plan de intervención sólo contempla los <b>objetivos para el niño.</b>		Nuestro plan de intervención contempla objetivos para mi hijo y 1 o más que <b>involucran a los padres.</b>		Nuestro plan de intervención contempla los objetivos para el niño y al menos 1 objetivo de la familia <b>relacionado con el niño.</b>		Nuestro plan de intervención contempla objetivos para el niño y al menos 1 relacionado con nuestras prioridades familiares (p.ej., la vivienda, la educación para adultos, entretenimiento, descanso/respiro).
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

### TERCERA PARTE

### Family empowerment scale (FES)

Paul E. Koen, Neal DeChillo, y Barbara J. Fieson, 1992

Estas preguntas se refieren a diferentes áreas de su vida: su familia, los servicios de su hijo, y su comunidad. Las preguntas incluyen diversas actividades que los padres pueden o no hacerlas. Si se hacen preguntas que no se aplican a usted, por favor conteste "Nunca". Somos conscientes que otras personas pueden estar involucrados en el cuidado y la toma de decisiones acerca de su hijo, pero por favor conteste las preguntas pensando en su propia situación. Siéntase libre de escribir cualquier comentario adicional al final de este cuestionario.

<i>SOBRE LA FAMILIA..</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Cuando surgen problemas con mi hijo/a, los puedo resolver bien.	1	2	3	4	5
2.- Tengo confianza en mi capacidad de ayudar a mi niño/a a crecer y desarrollarse.	1	2	3	4	5
3.- Sé qué hacer cuando surgen problemas con mi niño/a.	1	2	3	4	5
4.- Siento que mi vida familiar está bajo control.	1	2	3	4	5
5.- Soy capaz de conseguir información que me ayude a entender mejor a mi niño/a.	1	2	3	4	5
6.- Creo que puedo resolver los problemas con mi niño/a, cuando éstos ocurren.	1	2	3	4	5
7.- Cuando necesito ayuda con los problemas familiares, soy capaz de pedírsela a otros.	1	2	3	4	5
8.- Hago esfuerzos por aprender nuevas formas de ayudar a mi niño/a a crecer y desarrollarse.	1	2	3	4	5
9.- Cuando se trata de mi niño/a, me concentro en las cosas buenas así como en los problemas.	1	2	3	4	5
10.- Cuando me enfrento a un problema referente a mi niño/a, decido que hacer y lo hago.	1	2	3	4	5
11.- Entiendo bien la condición <sup>1</sup> de mi niño/a.	1	2	3	4	5
12.- Siento que soy un buen padre/madre.	1	2	3	4	5
<i>SOBRE LOS SERVICIOS QUE RECIBE SU HIJO..</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
13.- Creo que tengo derecho de participar y aprobar todos los servicios que reciba mi niño/a.	1	2	3	4	5
14.- Sé qué pasos seguir cuando estoy preocupada porque mi niño/a esta recibiendo un pobre o mal servicio.	1	2	3	4	5
15.- Me aseguro que los profesionales entiendan mis opiniones acerca de qué servicios necesita mi niño/a.	1	2	3	4	5
16.- Soy capaz de tomar buenas decisiones sobre qué servicios necesita mi niño/a	1	2	3	4	5
17.- Soy capaz de trabajar con los profesionales para definir qué servicios necesita mi niño/a	1	2	3	4	5

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
18.-Aseguro el contacto regular con los profesionales que ofrecen el servicio a mi niño/a.	1	2	3	4	5
19.- Mi opinión es tan importante como la de los profesionales, cuando se trata de decidir qué servicios necesita mi niño/a.	1	2	3	4	5
20.- Comunico a los profesionales lo que pienso sobre los servicios que recibe mi niño/a.	1	2	3	4	5
21.- Yo sé que servicios necesita mi niño/a.	1	2	3	4	5
22.- Cuando es necesario, tomo la iniciativa en buscar servicios para mi niño/a y la familia.	1	2	3	4	5
23.- Entiendo bien el sistema de servicios en el que está involucrado mi niño/a.	1	2	3	4	5
24.- Los profesionales, deben preguntarme, qué servicios quiero para mi niño/a.	1	2	3	4	5
<i>SOBRE TÚ INVOLUCRACIÓN EN LA COMUNIDAD...</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
25.- Creo que puedo tomar parte en la mejora de los servicios <sup>2</sup> de mi comunidad para niños/as.	1	2	3	4	5
26.- Me pongo en contacto con la dirección de estos servicios, cuando, cuestiones importantes referentes a los niños/as, están pendientes.	1	2	3	4	5
27.- Entiendo, cuál es la organización del sistema de servicios para los niños/as.	1	2	3	4	5
28.- Tengo ideas sobre el sistema de servicios ideal para los niños/as.	1	2	3	4	5
29.-Ayudo a otras familias a que consigan el servicio que necesitan	1	2	3	4	5
30.-Creo que junto a otros padres, podemos influenciar sobre los servicios destinados a niños/as.	1	2	3	4	5
31.- Comunico a dirección, cómo creo que pueden mejorar los servicios dirigidos a los niños/as.	1	2	3	4	5
32.- Sé cómo conseguir que los responsables y directivos me escuchen.	1	2	3	4	5
33.- Conozco los derechos de los padres y niños con necesidades educativas especiales.	1	2	3	4	5
34.- Creo que mis conocimientos y experiencia como padre/madre, pueden ser usadas para mejorar los servicios para niños/as.	1	2	3	4	5

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ENCUESTA DE RESULTADOS DE LA FAMILIA (FOS)**

**FAMILY OUTCOMES SURVEY**

Versión Revisada

Sección A: Resultados de la Familia

**Instrucciones:** Sección A de la Encuesta de Resultados de la Familia ( Family Outcomes Survey, FOS) centra su atención en los apoyos que recibe su hijo de la familia. En cada ítem de los de abajo, por favor, escoja la opción que mejor describe a su familia en este momento: Nada, Un poco, Algo, Casi, Totalmente.

	Nada	Un poco	Algo	Casi	Totalmente
<b>Resultado 1: Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo</b>					
1. Sabemos cuales son los siguientes pasos en el crecimiento y aprendizaje de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
2. Conocemos las fortalezas y habilidades de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
3. Conocemos las dificultades o necesidades de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
4. Vemos cuando nuestro hijo está progresando.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 2: Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo</b>					
5. Somos capaces de encontrar y usar servicios y programas disponibles para nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
6. Conocemos nuestros derechos en relación a la necesidades especiales de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
7. Sabemos con quién contactar y qué hacer cuando tenemos dudas o preocupaciones.	<input type="radio"/>				
8. Conocemos las opciones disponibles para cuando nuestro hijo sale del programa.	<input type="radio"/>				
9. Estamos cómodos al pedir los servicios y apoyos que nuestro hijo y nuestra familia necesitan.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 3: Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender</b>					
10. Podemos ayudar a nuestro hijo a llevarse bien con los demás.	<input type="radio"/>				
11. Podemos ayudar a nuestro hijo a aprender nuevas habilidades.	<input type="radio"/>				
12. Podemos ayudar a nuestro hijo a satisfacer sus necesidades.	<input type="radio"/>				
13. Podemos trabajar en los objetivos de nuestro hijo durante las rutinas diarias.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 4: Formar un sistema de apoyos</b>					
14. Nos sentimos a gusto al hablar con nuestros familiares y amigos sobre las necesidades de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
15. Tenemos amigos o miembros de la familia que escuchan y muestran interés por nosotros.	<input type="radio"/>				
16. Podemos hablar con otras familia que tienen un hijo con necesidades parecidas.	<input type="radio"/>				
17. Tenemos amigos o miembros de la familia con los que podemos contar cuando necesitamos ayuda.	<input type="radio"/>				
18. Yo puedo satisfacer mis propias necesidades y hacer cosas que disfruto.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 5: Acceso a la comunidad</b>					
19. Nuestro hijo participa en las actividades sociales, recreativas o religiosas que deseamos.	<input type="radio"/>				
20. Podemos hacer cosas juntos que disfrutamos en familia.	<input type="radio"/>				
21. Nuestras necesidades médicas y dentales están satisfechas.	<input type="radio"/>				
22. Las necesidades relacionadas en el cuidado de nuestro hijo están satisfechas.	<input type="radio"/>				
23. Nuestras necesidades de transporte están satisfechas.	<input type="radio"/>				
24. Nuestras necesidades de alimentación, vestido y vivienda están satisfechas.	<input type="radio"/>				

© 2010. Versión: 2-5-10. Se permite la reproducción de esta encuesta para el uso de los programa estatales y locales. Cuando se reproduzca, por favor identificarla como "Creada por el Early Childhood Outcomes Center con apoyo de la Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de Estados Unidos". Si desea usar o adaptar la encuesta, por favor, pónganse en contacto con [staff@the-ECO-center.org](mailto:staff@the-ECO-center.org).

**Instrucciones:** Sección B de la Encuesta de Resultados de la Familia (FOS) se enfoca en la utilidad de la Atención Temprana. Para cada una de las preguntas que presentamos a continuación, por favor, escoja cuán útil ha sido la Atención Temprana para usted y su familia en el último año: Nada Útil, Poco Útil, Algo Útil, Muy Útil o Extremadamente Útil.

	Nada Útil	Poco Útil	Algo Útil	Muy Útil	Extremadamente Útil
<b>Conoce sus derechos</b>					
<b>¿Cuán útil ha sido la Atención Temprana en...</b>					
1. Darle información útil sobre los servicios y apoyos disponibles para usted y para su hijo?	<input type="radio"/>				
2. Darle información útil sobre sus derechos en relación a las necesidades especiales de su hijo?	<input type="radio"/>				
3. Darle información útil sobre con quién contactar cuando tengan dudas o preocupaciones?	<input type="radio"/>				
4. Darle información útil sobre las opciones disponibles cuando su hijo termine en el programa de atención temprana?	<input type="radio"/>				
5. Explicarle sus derechos de manera que sean para ustedes fáciles de entender ?	<input type="radio"/>				
<b>Comunicar las necesidades de su hijo</b>					
<b>¿Cuán útil ha sido la Atención Temprana en...</b>					
6. Darle información útil sobre el retraso o necesidades de su hijo?	<input type="radio"/>				
7. Escucharle y respetar sus decisiones?	<input type="radio"/>				
8. Contactar con otros servicios o personas que puedan ayudar a su hijo y su familia?	<input type="radio"/>				
9. Hablar con usted sobre las fortalezas y necesidades de su hijo y su familia?	<input type="radio"/>				
10. Conversar sobre lo que usted considera que es importante para su hijo y su familia?	<input type="radio"/>				
11. Desarrollar una buena relación con usted y su familia?	<input type="radio"/>				
<b>Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender</b>					
<b>¿Cuán útil ha sido la Atención Temprana en...</b>					
12. Darle información útil sobre cómo ayudarlo a su hijo a llevarse bien con otros?	<input type="radio"/>				
13. Darle información útil sobre cómo ayudarlo a su hijo a aprender nuevas habilidades?	<input type="radio"/>				
14. Darle información útil sobre cómo ayudar a su hijo a satisfacer sus propias necesidades?	<input type="radio"/>				
15. Identificar cosas que usted puede hacer para ayudar a su hijo a aprender y crecer?	<input type="radio"/>				
16. Compartir ideas sobre cómo incluir a su hijo en las actividades de la vida diaria?	<input type="radio"/>				
17. Trabajar con usted para que conozca cuándo su hijo esta haciendo progresos?	<input type="radio"/>				

## QUINTA PARTE

### Escala de Apoyo Familiar

*Carl J. Dunst, Carol M. Trivette, and Vicki Jenkins*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A continuación encontrará personas y grupos que a menudo son de mucha ayuda en la crianza de los hijos pequeños en una familia. Este cuestionario le pide que indique que tan importante ha sido la ayuda hecha por estas personas o grupos para con la crianza de su hijo ó hijos. Por favor circule las respuestas que mejor describen la ayuda que le han brindado estas personas o grupos a su familia durante los últimos 3 a 6 meses. Si no ha tenido ninguna disponibilidad de ayuda de estas personas o grupos, por favor circule la respuesta ND (no disponible).

Que tan provechosa le ha sido esta ayuda en la crianza de su hijo(s)?	No disponible	No me ha ayudado en nada	Me ha ayudado algunas veces	Ayuda generalmente provechosa	Ayuda muy provechosa	Ayuda extremadamente provechosa
1. Mis Padres	ND	1	2	3	4	5
2. Los Padres de mi esposo(a) ó compañero	ND	1	2	3	4	5
3. Mis parientes / hermanos	ND	1	2	3	4	5
4. Los parientes /hermanos de mi esposo(a) ó compañero	ND	1	2	3	4	5
5. Esposo(a) ó compañero(a)	ND	1	2	3	4	5
6. Mis amistades	ND	1	2	3	4	5
7. Las amistades de mi esposo(a) ó compañero(a)	ND	1	2	3	4	5
8. Mis hijos	ND	1	2	3	4	5
9. Vecinos	ND	1	2	3	4	5
10. Otros padres	ND	1	2	3	4	5
11. Compañeros de trabajo	ND	1	2	3	4	5
12. Agrupaciones para padres	ND	1	2	3	4	5
13. Agrupaciones sociales / Clubes	ND	1	2	3	4	5
14. Miembros / Ministro de la Iglesia	ND	1	2	3	4	5
15. El Médico de la familia ó de mi hijo	ND	1	2	3	4	5
16. Programas de Intervención Temprana	ND	1	2	3	4	5
17. Escuela / Guardería de niños	ND	1	2	3	4	5
18. Profesionales (trabajadores sociales, terapeutas, maestros, etc.)	ND	1	2	3	4	5
19. Agencias profesionales (salud pública, servicios sociales, salud mental, etc.)	ND	1	2	3	4	5
20. _____	ND	1	2	3	4	5
21. _____	ND	1	2	3	4	5

## SEXTA PARTE

### DATOS GENERALES DEL NIÑO/A

---

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Género:  Niño  Niña

Lugar de residencia:\_\_\_\_\_.

¿Está su hijo/a escolarizado?  No  
 Sí. ¿Desde cuándo? (mes/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿Cuenta su hijo/a con certificado de discapacidad? (antiguo certificado de minusvalía)  
 No  
 Sí. ¿Desde cuándo? (mes/año):\_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿Cuenta su hijo/a con reconocimiento de la situación de dependencia?  
 No  
 Sí. ¿Desde cuándo? (mes/año)\_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿Cuántos hermanos tiene? (el propio niño/a NO se cuenta):\_\_\_\_\_.

¿Alguno de sus hermanos presenta algún tipo de discapacidad o problema de desarrollo?  
 No  
 Sí. ¿Cuántos?\_\_\_\_\_.

¿Cuántas personas viven en el hogar del niño/a? (el propio niño/a Sí se cuenta):\_\_\_\_\_.

De las anteriores, ¿cuántas son personas adultas? (mayores 18 años):\_\_\_\_\_.

### INFORMACIÓN REFERIDA AL DIAGNÓSTICO

---

¿Su hijo/a tiene en estos momentos un diagnóstico?:  No  Sí

Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿cuándo se le dio dicho diagnóstico a su hijo/a? Indicar la fecha aproximada en que esto se produjo (día/mes/año):\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿Qué diagnóstico es? Señalar la opción/es del siguiente listado y/o especifique:

- Trastorno del Espectro Autista.  Prematuridad.  
 Discapacidad o deficiencia visual.  Discapacidad o deficiencia auditiva.  
 Discapacidad o deficiencia intelectual.  Discapacidad o deficiencia física.  
 Retraso en el desarrollo psicomotor (sin especificar otro tipo de diagnóstico).  
 Problemas de comunicación (adquisición tardía del lenguaje).  
 Parálisis cerebral infantil (PCI) (si indica esta opción no es necesario marcar *discapacidad o deficiencia física*).

- Síndrome o alteración genética. Especificar: \_\_\_\_\_.
- Otros. Especificar: \_\_\_\_\_.

### **INFORMACIÓN REFERIDA A LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

Aproximadamente, ¿cuándo comenzó a ser atendido en el Atención Temprana?

(día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿Qué rol profesional tiene el tutor que atiende a su hijo/a en Atención Temprana?

- Terapeuta ocupacional       Fisioterapeuta  
 Psicólogo/a                       Logopeda

Además de la intervención realizada por el profesional de referencia o habitual ¿le atienden otros profesionales de apoyo del servicio de AT?

No

Sí. Especificar:

- Terapeuta ocupacional       Fisioterapeuta  
 Psicólogo/a                       Logopeda

Aproximadamente, ¿cuántas sesiones de intervención recibe su hijo al mes? (debe considerar el número total de intervenciones que realicen todos los profesionales del servicio de AT que atienden a su hijo/a, bien sea en contexto domiciliario, educativo, comunitario...): \_\_\_\_\_.

¿Cuál es la duración aproximada de las sesiones de intervención que recibe su hijo/a? (expresar la respuesta en minutos): \_\_\_\_\_.

Además de recibir intervención en AT ¿su hijo/a recibe atención por parte de otros profesionales externos?

No

Sí. Especificar rol:

- Terapeuta ocupacional       Fisioterapeuta  
 Psicólogo                       Logopeda  
 Maestro de Educación Especial       Pedagogo  
 Maestro de Audición y Lenguaje  
 Otros 1. Especificar: \_\_\_\_\_.  
 Otros 2. Especificar: \_\_\_\_\_.

De las intervenciones realizadas por profesionales externos, aproximadamente, ¿cuántas sesiones de intervención recibe su hijo al mes? \_\_\_\_\_.

De las intervenciones realizadas por profesionales externos, ¿cuál es la duración aproximada de las sesiones de intervención que recibe su hijo/a? (expresar la respuesta en minutos) \_\_\_\_\_.

## INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

¿Está inscrito/a en alguna asociación y/o fundación dirigida a familiares de niños con algún tipo de discapacidad o necesidad específica de apoyo educativo?

- No  
 Sí. Especificar: \_\_\_\_\_.  
Aproximadamente, ¿cuándo se asoció? (día/mes/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

¿Conoce alguna asociación de padres y madres de niños con necesidades similares a las de su hijo/a?

- No  
 Sí. Especificar: \_\_\_\_\_.

¿Participa en algún grupo de *apoyo mutuo* (o similar) con otras familias de niños con necesidades similares a las de su hijo/a?

- No  
 Sí. Especificar: \_\_\_\_\_.

¿Cuenta con un trabajador social de referencia (con el que ya han trabajado en algún momento) para ayudarle en lo referente a la tramitación de ayudas, becas, subvenciones...?

- No  
 Sí

## INFORMACIÓN DEL PADRE

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Hombre  Mujer

¿Cuál es su estado civil?  Soltero/a  Casado/a o pareja de hecho  
 Viudo/a  Separado/a o divorciado/a

¿Cuál es su nacionalidad? \_\_\_\_\_.

¿Cuál es su idioma habitual?  Castellano  Catalán /Valencia  Euskera  Gallego

Otro. Especificar: \_\_\_\_\_.

Nivel de estudios finalizados:

- Sin estudios  
 EGB, ESO o Graduado Escolar  
 BUP o Bachillerato  
 FP o Ciclo Formativo Grado Medio. Especificar: \_\_\_\_\_.  
 FP Grado Superior o Ciclo Formativo Grado Superior. Especificar: \_\_\_\_\_.  
 Diplomado, Licenciado o Graduado: \_\_\_\_\_.



¿Cuáles son sus todas sus ocupaciones actuales? (señale tantas como necesite):

- Trabajo                       Estudio                       Desempleado/a  
 Jubilado/a                       Labores del hogar                       Cuidado de hijos  
 Voluntariado     Otras. Especificar:\_\_\_\_\_.

¿Recibe la propia madre algún tipo de apoyo profesional relacionado con la salud mental? (por ejemplo, psicólogo, psiquiatra...).

- No  
 Sí. Especificar disciplina:\_\_\_\_\_.  
¿Desde cuándo? (día/mes/año):\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

### **INGRESOS DE LA FAMILIA**

Por favor señale la opción que más se ajuste a los ingresos económicos mensuales de su familia:

- Inferiores a 1000 € /mes                       Entre 3000 y 4000 €/mes                       Superan los 6000 €/mes  
 Entre 1000 y 2000 €/mes                       Entre 4000 y 5000 €/mes  
 Entre 2000 y 3000 €/mes                       Entre 5000 y 6000 €/mes

**Muchísimas gracias por su colaboración**

## **ANEXO II**

---

ESCALAS DE ACUERDO CON LA VALIDACIÓN DE  
ESTAS, PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

---

# Family FINESSE/FINESSE Familia

---

## Intervención con Familias en Entornos Naturales Escala de Evaluación de Servicios

---

R. A. McWilliam, 2015

Adaptación a España por R. Fernández & M. Cañadas, 2015

Validada en España por R. Fernández-Valero, A.M. Serrano, M. Cañadas y R.A. McWilliams, 2019

---

### **INTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ESCALA**

A continuación, se encontrará una serie de cuestiones relacionadas todas ellas con los servicios de atención temprana. En alguna cuestión podrá observar una línea de puntuación en la parte superior donde puede leer “Experiencia Típica” donde deberá redondear el número que más se ajuste a los servicios de atención temprana que están recibiendo actualmente, de igual modo, en la parte inferior de alguna cuestión podrán encontrar otra línea de puntuación donde puede leer “Experiencia Ideal” donde deberá rodear el número que más se ajuste a los servicios que le gustaría recibir en un futuro, o los que consideré serían los más óptimos para su familia.



**3. Evaluación del niño**

<i>Experiencia típica</i>	1	2	3	4	5	6	7
Los profesionales pasan alguna/s <b>escala/s para conocer el desarrollo</b> de mi hijo.			Los profesionales realizan escala/s de desarrollo a mi hijo y además <b>nos hacen algunas preguntas al respecto.</b>		Los profesionales me pasan un <b>cuestionario escrito</b> para averiguar cómo participa mi hijo en sus rutinas diarias.		Los profesionales nos <b>entrevistan</b> , para conocer cómo participa mi hijo en sus rutinas diarias.
<i>Experiencia ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7

**4. Prioridades de la familia**

<i>Experiencia típica</i>	1	2	3	4	5	6	7
Los profesionales <b>no se han interesado por las</b> prioridades de intervención o tratamiento que tenemos para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.			Los profesionales se van interesando <b>poco a poco</b> por algunas de las prioridades que tenemos de intervención o tratamiento, para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.		Los profesionales nos pasan un <b>cuestionario</b> para averiguar qué prioridades de intervención tenemos, para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.		Los profesionales nos <b>entrevistan</b> para conocer nuestras prioridades en la intervención, para que las cosas en nuestra familia funcionen como deseamos.
<i>Experiencia ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7

**5. Calidad de vida de la familia**

<i>Experiencia típica</i>	1	2	3	4	5	6	7
El servicio de Atención Temprana <b>no conoce</b> nada acerca de mi calidad de vida familiar.			El servicio de Atención Temprana <b>conoce un poco</b> sobre la calidad de vida de mi familia.		El servicio de Atención Temprana <b>habla sobre la calidad de vida de mi familia</b> pero no lo evalúa de forma continua.		El servicio de Atención Temprana <b>evalúa la calidad de vida de mi familia continuamente</b> y parece tener en cuenta los resultados.
<i>Experiencia ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7

**6a. Objetivos suficientes en la intervención (SI TIENE MAS DE 12 RELLENE EL ÍTEM 6B)**

Tenemos de <b>1-3 objetivos.</b>		Tenemos de <b>3-5 objetivos.</b>		Tenemos de <b>6-9 objetivos.</b>		Tenemos de <b>10-12 objetivos.</b>	
<i>Experiencia ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7

**6b. Un número razonable de objetivos en la intervención (SI TIENE MENOS DE 13 EMPLEAR EL ÍTEM 6A)**

Tenemos <b>más de 30 objetivos.</b>		Tenemos de <b>21-30 objetivos.</b>		Tenemos de <b>13-20 objetivos.</b>		Tenemos de <b>10-12 objetivos.</b>
1	2	3	4	5	6	7
<i>Experiencia ideal</i>						

**7. Funcionalidad de los objetivos/resultados**

<i>Experiencia típica</i>						
1	2	3	4	5	6	7
Los objetivos están redactados de forma muy técnica y <b>no entiendo exactamente que quieren decir en relación al cambio que hará mi hijo.</b>		Entiendo los objetivos y sé que <b>harán que mi hijo haga cosas</b> , pero no sé si notaré un cambio en su participación en las rutinas diarias.		Los objetivos harán que mi hijo participe más en las rutinas diarias, <b>pero no se tiene en cuenta la participación de la familia para lograrlo.</b>		Los objetivos harán que mi hijo participe más en las rutinas diarias <b>con la colaboración de los adultos de la familia.</b>

**8. Trabajo en equipo (Contesta este ítem sólo si hay más de un profesional del mismo servicios de Atención Temprana en el plan de intervención)**

*Experiencia típica*

1

2

3

4

5

6

7

Hay dos o más profesionales trabajando por separado con nosotros y **parece que no se comunican entre sí.**

Hay dos o más profesionales que trabajan por separado con nosotros pero **parece que sí se comunican entre ellos.**

Hay un profesional que trabaja con nosotros regularmente, y otros profesionales que nos ven en sesiones diferentes a las de nuestro **profesional de referencia.**

Hay un profesional que trabaja con nosotros regularmente y otro profesional que nos ayuda de vez en cuando, **reuniéndose con nosotros y con nuestro profesional de referencia.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**9. Durante la visita...**

<i>Experiencia típica</i>	1	2	3	4	5	6	7
El profesional trabaja con mi hijo, <b>mientras que yo estoy en otra sala.</b>			El profesional trabaja con mi hijo, <b>mientras yo observo.</b>		El profesional trabaja con mi hijo e <b>intenta involucrarme en la sesión.</b>		El profesional habla conmigo sobre mis prioridades y, si es necesario, <b>me muestra cosas que puedo hacer con mi hijo.</b>
<i>Experiencia ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7

**10. Cómo trabaja conmigo el profesional de referencia (con el que se reúne habitualmente)**

<i>Experiencia típica</i>	1	2	3	4	5	6	7
Me cuenta, <b>qué esta haciendo con</b> mi hijo.			Me explica <b>qué necesito hacer</b> con mi hijo.		<b>Me sugiere qué hacer</b> para conseguir nuestras prioridades.		<b>Me hace preguntas, hasta que juntos,</b> concretamos en las sesiones qué hacer para conseguir nuestras prioridades.
<i>Experiencia ideal</i>	1	2	3	4	5	6	7

### 11. Las habilidades de mi hijo: cuándo y dónde

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
El profesional me habla sobre habilidades en general <b>que trabajan y mi hijo hace en la sesión.</b>		El profesional me habla sobre las habilidades que trabajan en sesión, <b>dándome algunos ejemplos</b> de cómo podría aplicarlas en su día a día.		El profesional me habla sobre las habilidades que mi hijo puede potenciar con <b>numerosos ejemplos</b> , y sobre cómo podría aplicarlas en su día a día .		El profesional me habla <b>siempre</b> sobre las habilidades que mi hijo puede fomentar en cada contexto de su día a día y en sus actividades diarias.
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

### 12. El profesional y la crianza de los hijos

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
El profesional me habla sólo de las habilidades que mi hijo tiene o no tiene.		El profesional <b>a veces</b> me comenta la importancia de <b>1 o 2</b> de las siguientes cuestiones: (a) hablar con mi hijo, (b) leer con mi hijo, (c) jugar con mi hijo, (d) enseñar a mi hijo, incluso cómo comportarse.		El profesional <b>a veces</b> me comenta la importancia de <b>todas las cuestiones siguientes</b> : (a) hablar con mi hijo, (b) leer con mi hijo, (c) jugar con mi hijo, (d) enseñar a mi hijo, incluso cómo comportarse.		El profesional me comenta <b>a menudo</b> la importancia de <b>todas las cuestiones</b> siguientes: (a) hablar con mi hijo, (b) leer con mi hijo, (c) jugar con mi hijo, (d) enseñar a mi hijo, incluso cómo comportarse.
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**13. Visita al aula de educación infantil o preescolar (CONTESTA ESTE ÍTEM SÓLO SI TU HIJO ESTÁ DENTRO DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL O PREESCOLAR)**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
El terapeuta de atención temprana <b>nunca</b> visita el aula de educación infantil o preescolar.		El terapeuta de atención temprana visita a mi hijo en su aula de educación infantil o preescolar y trabaja con él <b>fuera de la clase.</b>		El terapeuta de atención temprana visita a mi hijo en su aula de educación infantil o preescolar y <b>trabaja directamente con él en la clase.</b>		El terapeuta de atención temprana visita a mi hijo en su aula de educación infantil o preescolar y <b>trabaja con la maestra/o o educadores</b> para que fomenten habilidades en el niño entre visita y visita.

*Experiencia ideal*

**14. Elegir los objetivos/resultados para el plan de intervención**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
<b>Sólo los profesionales</b> eligen qué objetivos a trabajar tras la evaluación de mi hijo.		<b>Los profesionales</b> eligen los objetivos a trabajar con mi hijo, <b>y nosotros (los miembros de la familia)</b> elegimos los objetivos familiares.		<b>Sólo los miembros de la familia</b> eligen qué objetivos trabajar <b>tras haber preguntado sobre nuestras mayores preocupaciones</b> , sin una entrevista en profundidad sobre nuestras rutinas diarias.		<b>Sólo los miembros de la familia</b> elegimos qué objetivos trabajar <b>tras haber realizado una entrevista en profundidad</b> sobre nuestras rutinas diarias.

*Experiencia ideal*

**15. Localización de la atención temprana**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
<p>Los profesionales del servicio, <b>sólo</b> nos ven en la clínica, gabinete u hospital.</p>		<p>Los profesionales del servicio sólo nos ven en la clínica, gabinete u hospital, aunque <b>también han realizado una visita al domicilio o colegio.</b></p>		<p>Los profesionales del servicio nos ven en clínica, gabinete u hospital y atienden a mi hijo en su centro preescolar o escolar, pero <b>no hacen visita domiciliaria.</b></p>		<p>Los profesionales del servicio nos atienden <b>en casa o en espacios de mi comunidad</b>, incluido atienden a mi hijo en el centro escolar o preescolar.</p>
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**16. Cuando se dan las intervenciones**

1	2	3	4	5	6	7
<p>El profesional se centra <b>sólo</b> en lo que el niño hace <b>durante la visita.</b></p>		<p>El profesional se centra en lo que el niño hace durante la visita, aunque <b>me da ideas para hacer cosas similares</b> durante la semana.</p>		<p>El profesional se centra en <b>qué puedo hacer con mi hijo y mi familia durante la semana</b> cuando el profesional no esté.</p>		<p>El profesional <b>se asegura</b> de que tengo todas las herramientas y conocimientos para ayudar a que mi hijo aprenda cuando el profesional no esta aquí.</p>
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

**17. El profesional principal que trabaja con nosotros (Si NO PUEDES IDENTIFICAR EL PROFESIONAL "PRINCIPAL" NO RESPONDA A ESTE ÍTEM)**

El profesional principal trabaja con nosotros ayudándonos **sólo en una área del desarrollo infantil** (P.ej.: sólo lenguaje, sólo a nivel motor, sólo a nivel sensorial.)

El profesional principal trabaja con nosotros ayudándonos **en más de una área del desarrollo infantil** pero sólo en aquellas en las que mi hijo encuentra dificultades.

El profesional principal trabaja con nosotros ayudándonos en **todas las áreas del desarrollo infantil** pero no tiene en cuenta las necesidades y prioridades de la familia.

El profesional principal trabaja con nosotros todas las áreas del desarrollo infantil y **tiene en cuenta las necesidades y prioridades de la familia.**

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**18. Seguimiento del progreso**

*Experiencia típica*

El profesional me informa **una vez al año** o menos qué resultados ha obtenido mi hijo en su evaluación.

El profesional **me informa** una vez al año o menos cómo está progresando mi hijo.

El profesional habla conmigo **frecuentemente** sobre el progreso que él ve en mi hijo.

El profesional trata conmigo frecuentemente el progreso que **tanto él como yo** vemos en mi hijo.

1

2

3

4

5

6

7

*Experiencia ideal*

**19. Las necesidades del niño y la familia**

*Experiencia típica*

1	2	3	4	5	6	7
Nuestro plan de intervención sólo contempla los <b>objetivos para el niño.</b>		Nuestro plan de intervención contempla objetivos para mi hijo y 1 o más que <b>involucran a los padres.</b>		Nuestro plan de intervención contempla los objetivos para el niño y al menos 1 objetivo de la familia <b>relacionado con el niño.</b>		Nuestro plan de intervención contempla objetivos para el niño y al menos 1 relacionado con nuestras prioridades familiares (p.ej., la vivienda, la educación para adultos, entretenimiento, descanso/respiro).
1	2	3	4	5	6	7

*Experiencia ideal*

## ***HOJA DE CORRECCIÓN POR DIMENSIONES VALORADAS FINESSE FAMILIA.***

Es importante considerar que la experiencia ideal, refleja en deseo de las familias hacia donde debería dirigirse el servicio de atención temprana con relación al que están recibiendo actualmente, mientras que la experiencia típica, valora la percepción y satisfacción de las familias relacionadas con las intervenciones que reciben en el momento presente. Tanto en experiencia ideal, como en la típica, 7 será la máxima puntuación para cada uno de los ítems, y, por tanto, esta puntuación desvela un servicio acorde a la implementación de practicas centradas en la familia, el cual se considera de máxima calidad, eficacia y empoderamiento por excelencia (Dunst, Bruder & Espe-Sherwindt, 2014).

El constructo de calidad de los servicios presenta, por una parte tres dimensiones en las practices ideales, siendo la primera de éstas la planificación, entendida como el rol que assume la familia en el momentos de programación e intervención del servicio de atención temprana, por otra parte, se compone de otras dos dimensiones, las cuales también se pueden observar en las practices típicas, siendo una de ellas, las prácticas relacionales, éstas han sido, caracterizadas por las actitudes profesionales de escucha activa, empatía, cercanía y honestidad, desarrolladas en su relación con la familia (Dunst et al. 2002), las cuales, también estan determinadas por la visión positiva hacia la mimas (Espe-Sherwindt, 2008). Por otra parte, las prácticas participativas, más relacionadas con la ayuda a las familias, para que éstas encuentren soluciones y adquieran conocimientos y competencias que mejoren sus situaciones familiares, incluyen la elección, la toma de decisiones y la participación activa en el transcurso de la implementación, para lograr los resultados deseados (Dunst et. al, 2002; Maple, 1977; Northouse, 1997; Rappaport, 1987).

**PUNTUACIÓN TOTAL:** Será la suma de las puntuaciones de los ítems que has rellenado para cada dimensión. La puntuación máxima que se puede obtener, resultaría del número total de ítems de cada dimensión, multiplicado por siete.

**HOJA DE CORRECCIÓN FINESSE FAMILIA.**

Ítems	Prácticas Ideales			Prácticas Típicas	
	Planificación	Prácticas Participativas	Prácticas Relacionales	Capacitación Familiar	Modo de Implementación
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
<b>Puntuación Total</b>					

## Family empowerment scale (FES)

Paul E. Koen, Neal DeChillo, y Barbara J. Fieson, 1992

Validada en España por R. Fernández-Valero, A.M. Serrano, M. Cañadas y R.A. McWilliams, 2019

Estas preguntas se refieren a diferentes áreas de su vida: su familia, los servicios de su hijo, y su comunidad. Las preguntas incluyen diversas actividades que los padres pueden o no hacerlas. Si se hacen preguntas que no se aplican a usted, por favor conteste "Nunca". Somos conscientes que otras personas pueden estar involucrados en el cuidado y la toma de decisiones acerca de su hijo, pero por favor conteste las preguntas pensando en su propia situación. Siéntase libre de escribir cualquier comentario adicional al final de este cuestionario.

<i>SOBRE LA FAMILIA..</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- Cuando surgen problemas con mi hijo/a, los puedo resolver bien.	1	2	3	4	5
2.- Tengo confianza en mi capacidad de ayudar a mi niño/a a crecer y desarrollarse.	1	2	3	4	5
3.- Sé qué hacer cuando surgen problemas con mi niño/a.	1	2	3	4	5
4.- Siento que mi vida familiar está bajo control.	1	2	3	4	5
5.- Soy capaz de conseguir información que me ayude a entender mejor a mi niño/a.	1	2	3	4	5
6.- Creo que puedo resolver los problemas con mi niño/a, cuando éstos ocurren.	1	2	3	4	5
7.- Cuando se trata de mi niño/a, me concentro en las cosas buenas, así como en los problemas.	1	2	3	4	5
8.- Cuando me enfrento a un problema referente a mi niño/a, decido que hacer y lo hago.	1	2	3	4	5
9.- Entiendo bien la condición <sup>1</sup> de mi niño/a.	1	2	3	4	5
<i>SOBRE LOS SERVICIOS QUE RECIBE SU HIJO...</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
10.- Creo que tengo derecho de participar y aprobar todos los servicios que reciba mi niño/a.	1	2	3	4	5
11.- Me aseguro que los profesionales entiendan mis opiniones acerca de qué servicios necesita mi niño/a.	1	2	3	4	5
12.- Soy capaz de tomar buenas decisiones sobre qué servicios necesita mi niño/a	1	2	3	4	5
13.- Soy capaz de trabajar con los profesionales para definir qué servicios necesita mi niño/a	1	2	3	4	5
14.-Aseguro el contacto regular con los profesionales que ofrecen el servicio a mi niño/a.	1	2	3	4	5
15.- Mi opinión es tan importante como la de los profesionales, cuando se trata de decidir qué servicios necesita mi niño/a.	1	2	3	4	5
16.- Comunico a los profesionales lo que pienso sobre los servicios que recibe mi niño/a.	1	2	3	4	5
17.- Yo sé que servicios necesita mi niño/a.	1	2	3	4	5
18.- Entiendo bien el sistema de servicios en el que está involucrado mi niño/a.	1	2	3	4	5

1 La condición del desarrollo de su hijo

<i>SOBRE TÚ INVOLUCRACIÓN EN LA COMUNIDAD...</i>	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
19.- Creo que puedo tomar parte en la mejora de los servicios <sup>2</sup> de mi comunidad para niños/as.	1	2	3	4	5
20.- Me pongo en contacto con la dirección de estos servicios, cuando, cuestiones importantes referentes a los niños/as, están pendientes.	1	2	3	4	5
21.- Entiendo, cuál es la organización del sistema de servicios para los niños/as.	1	2	3	4	5
22.- Tengo ideas sobre el sistema de servicios ideal para los niños/as.	1	2	3	4	5
23.-Ayudo a otras familias a que consigan el servicio que necesitan	1	2	3	4	5
24.-Creo que junto a otros padres, podemos influenciar sobre los servicios destinados a niños/as.	1	2	3	4	5
25.- Comunico a dirección, cómo creo que pueden mejorar los servicios dirigidos a los niños/as.	1	2	3	4	5
26.- Sé cómo conseguir que los responsables y directivos me escuchen.	1	2	3	4	5
27.- Conozco los derechos de los padres y niños con necesidades educativas especiales.	1	2	3	4	5

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ***HOJA DE CORRECCIÓN POR DIMENSIONES VALORADAS FES.***

Es importante contemplar que FES mide el constructo de empoderamiento familiar, en base a tres dimensiones. Por una parte, la de competencias, la cual se refiere a la capacidad de la familia en la toma de decisiones con respecto a la crianza de sus hijos/as. Por otra parte, la autoeficacia, la cual se entiende como la percepción de la familia sobre su capacidad y habilidad para actuar sobre los servicios que necesitan para atender el retraso madurativo de su hijo/a y el funcionamiento familiar en general, y por último, los conocimientos, entendidos como la comprensión y habilidades sobre su participación y derechos en los servicios que atienden a su familia e hijo/a.

**PUNTUACIÓN TOTAL:** Suma las puntuaciones de los ítems que has rellenado para cada dimensión. La puntuación máxima resultará del número total de ítems de cada dimensión, multiplicado por cinco.

**HOJA DE CORRECCIÓN FES.**

Ítems	DIMENSIONES VALORADAS		
	F1: Competencia	F2: Autoeficacia	F3: Conocimiento
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
<b>Puntuación Total</b>			

## ENCUESTA DE RESULTADOS DE LA FAMILIA (FOS)

### FAMILY OUTCOMES SURVEY

Versión Revisada

#### Sección A: Resultados de la Familia

**Instrucciones:** Sección A de la Encuesta de Resultados de la Familia ( Family Outcomes Survey, FOS) centra su atención en los apoyos que recibe su hijo de la familia. En cada ítem de los de abajo, por favor, escoja la opción que mejor describe a su familia en este momento: Nada, Un poco, Algo, Casi, Totalmente.

	Nada	Un poco	Algo	Casi	Totalmente
<b>Resultado 1: Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo</b>					
1. Sabemos cuales son los siguientes pasos en el crecimiento y aprendizaje de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
2. Conocemos las fortalezas y habilidades de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
3. Conocemos las dificultades o necesidades de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
4. Vemos cuando nuestro hijo está progresando.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 2: Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo</b>					
5. Somos capaces de encontrar y usar servicios y programas disponibles para nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
6. Conocemos nuestros derechos en relación a la necesidades especiales de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
7. Sabemos con quién contactar y qué hacer cuando tenemos dudas o preocupaciones.	<input type="radio"/>				
8. Conocemos las opciones disponibles para cuando nuestro hijo sale del programa.	<input type="radio"/>				
9. Estamos cómodos al pedir los servicios y apoyos que nuestro hijo y nuestra familia necesitan.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 3: Ayudar a su hijo a desarrollarse y aprender</b>					
10. Podemos ayudar a nuestro hijo a llevarse bien con los demás.	<input type="radio"/>				
11. Podemos ayudar a nuestro hijo a aprender nuevas habilidades.	<input type="radio"/>				
12. Podemos ayudar a nuestro hijo a satisfacer sus necesidades.	<input type="radio"/>				
13. Podemos trabajar en los objetivos de nuestro hijo durante las rutinas diarias.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 4: Formar un sistema de apoyos</b>					
14. Nos sentimos a gusto al hablar con nuestros familiares y amigos sobre las necesidades de nuestro hijo.	<input type="radio"/>				
15. Tenemos amigos o miembros de la familia que escuchan y muestran interés por nosotros.	<input type="radio"/>				
16. Podemos hablar con otras familia que tienen un hijo con necesidades parecidas.	<input type="radio"/>				
17. Tenemos amigos o miembros de la familia con los que podemos contar cuando necesitamos ayuda.	<input type="radio"/>				
18. Yo puedo satisfacer mis propias necesidades y hacer cosas que disfruto.	<input type="radio"/>				
<b>Resultado 5: Acceso a la comunidad</b>					
19. Nuestro hijo participa en las actividades sociales, recreativas o religiosas que deseamos.	<input type="radio"/>				
20. Podemos hacer cosas juntos que disfrutamos en familia.	<input type="radio"/>				
21. Nuestras necesidades médicas y dentales están satisfechas.	<input type="radio"/>				
22. Las necesidades relacionadas en el cuidado de nuestro hijo están satisfechas.	<input type="radio"/>				
23. Nuestras necesidades de transporte están satisfechas.	<input type="radio"/>				
24. Nuestras necesidades de alimentación, vestido y vivienda están satisfechas.	<input type="radio"/>				

© 2010. Versión: 2-5-10. Se permite la reproducción de esta encuesta para el uso de los programa estatales y locales. Cuando se reproduzca, por favor identificarla como "Creada por el Early Childhood Outcomes Center con apoyo de la Oficina de Programas de Educación Especial del Departamento de Educación de Estados Unidos". Si desea usar o adaptar la encuesta, por favor, pongánsé en contacto con [staff@the-ECO-center.org](mailto:staff@the-ECO-center.org).

Escala Validada en España por R. Fernández-Valero, A.M. Serrano, M. Cañadas y R.A. McWilliams, 2019

## ***HOJA DE CORRECCIÓN POR DIMENSIONES VALORADAS FOS.***

Esta escala entiende como resultados, los objetivos implícitos que reflejan la percepción de las familias respecto a sus competencias, autoconfianza y conocimientos para el cuidado de su hijo/a con necesidades especiales, para lograr así un funcionamiento familiar satisfactorio (Bailey et al., 2011). La sección A de FOS, la cual se ha validado para población española, plasma el constructo de empoderamiento en base a cinco resultados, los cuales se entienden a partir del impacto de intervención de los servicios de atención temprana sobre la familia (Bailey, Bruder, et al., 2006), siendo el primero de ellos, entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo/a; el segundo resultado sería, conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo/a; el tercer resultado, ayudar a su hijo/a a desarrollarse y aprender; el cuarto resultado sería, formar un sistema de apoyos; y finalmente el quinto y último resultado sería, el acceso a la comunidad.

**PUNTUACIÓN TOTAL:** Suma las puntuaciones de los ítems que has rellenado para cada dimensión. La puntuación máxima resultará del número total de ítems de cada dimensión, multiplicado por cinco.

**HOJA DE CORRECCIÓN FOS.**

Ítems	DIMENSIONES VALORADAS				
	R1: Entender las Fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo/a	R2: Conocer sus derechos y defender los intereses de su hijo/a	R3: Ayudar a su hijo/a a desarrollarse y aprender	R4: Formar un Sistema de apoyos	R5: Acceso a la comunidad
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
<b>Puntuación Total</b>					

## Escala de Apoyo Familiar

*Carl J. Dunst, Carol M. Trivette, and Vicki Jenkins*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A continuación encontrará personas y grupos que a menudo son de mucha ayuda en la crianza de los hijos pequeños en una familia. Este cuestionario le pide que indique que tan importante ha sido la ayuda hecha por estas personas o grupos para con la crianza de su hijo ó hijos. Por favor circule las respuestas que mejor describen la ayuda que le han brindado estas personas o grupos a su familia durante los últimos 3 a 6 meses. Si no ha tenido ninguna disponibilidad de ayuda de estas personas o grupos, por favor circule la respuesta ND (no disponible).

Que tan provechosa le ha sido esta ayuda en la crianza de su hijo(s)?	No disponible	No me ha ayudado en nada	Me ha ayudado algunas veces	Ayuda generalmente provechosa	Ayuda muy provechosa	Ayuda extremadamente provechosa
1. Mis Padres	ND	1	2	3	4	5
2. Los Padres de mi esposo(a) ó compañero	ND	1	2	3	4	5
3. Mis parientes / hermanos	ND	1	2	3	4	5
4. Los parientes /hermanos de mi esposo(a) ó compañero	ND	1	2	3	4	5
5. Esposo(a) ó compañero(a)	ND	1	2	3	4	5
6. Mis amistades	ND	1	2	3	4	5
7. Las amistades de mi esposo(a) ó compañero(a)	ND	1	2	3	4	5
8. Mis hijos	ND	1	2	3	4	5
9. Vecinos	ND	1	2	3	4	5
10. Otros padres	ND	1	2	3	4	5
11. Compañeros de trabajo	ND	1	2	3	4	5
12. Agrupaciones para padres	ND	1	2	3	4	5
13. Agrupaciones sociales / Clubes	ND	1	2	3	4	5
14. Miembros / Ministro de la Iglesia	ND	1	2	3	4	5
15. El Médico de la familia ó de mi hijo	ND	1	2	3	4	5
16. Programas de Intervención Temprana	ND	1	2	3	4	5
17. Escuela / Guardería de niños	ND	1	2	3	4	5
18. Profesionales (trabajadores sociales, terapistas, maestros, etc.)	ND	1	2	3	4	5
19. Agencias profesionales (salud pública, servicios sociales, salud mental, etc.)	ND	1	2	3	4	5
20. _____	ND	1	2	3	4	5
21. _____	ND	1	2	3	4	5

## **HOJA DE CORRECCIÓN POR DIMENSIONES VALORADAS FSS.**

Esta escala de apoyos familiares, mide la utilidad de las diferentes fuentes de apoyo con las que cuenta el cuidador principal para el cuidado de su hijo/a con necesidades especiales, durante los 3 – 6 meses anteriores a la cumplimentación de la misma. A partir de la validación realizada para la población española (Fernández-Valero, R., Serrano, A.M, Cañadas, M., McWilliam, R.A., 2019), se pueden observar tres dimensiones claras. Por una parte, la primera dimensión, la cual compone los apoyos informales, los cuales, se representan a la familia extensa o amigos/as de confianza más cercanos a la familia; por otra parte la segunda dimensión, contempla los apoyos intermedios, entre los cuales incluye vecinos, compañeros/as de trabajo y agrupaciones sociales representativas para la familia; y por último, la tercera dimensión, los apoyos formales, los cuales contemplan los apoyos recibidos por parte del ámbito educativo, social y sanitario.

### **PUNTUACIÓN:**

- A. Primero debes introducir los datos en los ítems correspondientes, teniendo en cuenta el rango de puntuación del 1 al 5, y asignando un 0 a las respuestas correspondientes a ND (No disponible).
- B. Suma las puntuaciones obtenidas, teniendo en cuenta que el 5 es la mayor puntuación que se puede obtener en cada uno de los ítems.
- C. Después divide la puntuación total por el número de ítems correspondientes a cada una de las dimensiones, para el propósito comparativa.
- D. Posteriormente puedes sumar las puntuaciones correspondientes en cada una de las dimensiones para obtener la puntuación total de la Escala de Apoyos Familiares.

**HOJA DE CORRECCIÓN FSS.**

Ítems	DIMENSIONES VALORADAS		
	Apoyos Informales	Apoyos Intermedios	Apoyos Formales
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
<b>Puntuación de Apoyos Informales</b>			
<b>Puntuación de Apoyos Intermedios</b>			
<b>Puntuación de Apoyos Formales</b>			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			