



# EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS QUE UTILIZAN LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS EN ATENCIÓN TEMPRANA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN EDUCACION

**Profesora Guía:** Ps. Claudia Elizabeth Parra Ponce

**Tesistas:** Catherinne Hernández Navarrete  
Pamela Mora Díaz

CONCEPCIÓN, 2016



## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	6
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO	10
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.4 HIPÓTESIS	11
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	11
<b>CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO DE REFERENCIA</b>	12
2.1 ATENCIÓN TEMPRANA: CONCEPTUALIZACIÓN, OBJETIVOS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN	12
2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN	12
2.1.2 OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	
2.1.3 NIVELES DE INTERVENCIÓN	15
2.1.3.1 PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN TEMPRANA	17
2.1.3.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA ATENCIÓN TEMPRANA	18
2.1.3.3 PREVENCIÓN TERCARIA EN LA ATENCIÓN TEMPRANA	20
2.2 ATENCIÓN TEMPRANA: MODELOS DE INTERVENCIÓN	25
2.2.1 MODELOS DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS EN AT	25
2.2.2 MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES	29
2.2.2.1 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO	33
A SISTEMAS DE ATRIBUCIONES	33
a) CATEGORÍA DE ATRIBUCIONES	34
b) POLARIDAD	35
B AUTOCOMPETENCIA	38
C CORRESPONSABILIDAD	39

**Tesis de Pregrado**



2.2.2.2	ESTRATEGIAS GENERALES DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS	39
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>		<b>44</b>
3.1	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.2	UNIDAD DE ESTUDIO	44
3.2.1	POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.2.2	TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
3.3	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	52
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>		<b>53</b>
4.1	PANORAMA GENERAL DE RESULTADOS	53
4.2	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 1	54
4.3	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 2	69
4.4	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 3	83
4.5	EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 4	97
4.6	SÍNTESIS DE RESULTADOS	111
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b>		<b>114</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		<b>118</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>124</b>



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la temática de Atención Temprana, una disciplina relativamente nueva que cuenta con escasos estudios a nivel nacional, y cuyo aporte al desarrollo de los niños y niñas es reconocido por las diferentes áreas que involucra: salud, psicología y educación.

Esta área de estudio, actualmente se define como el conjunto de acciones que están destinadas a la población infantil, a su familia y a su entorno; teniendo como principal objetivo dar respuestas pertinentes a las necesidades de niños y niñas de 0 a 6 años de edad, con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de presentarlo. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

Dicha definición es el producto de una evolución conceptual que se remonta aproximadamente a los años 60. Desde entonces, ha recorrido un largo camino marcado por un inicio donde el profesional era el foco principal de atención y conocimiento, hasta lo que hoy se concibe como Atención Temprana; una disciplina con una visión biopsicosocial que centra su atención tanto en el estudiante como en su familia y su entorno.

En Chile, se imparte a través de Escuelas Especiales, que dentro de sus programas educativos incluyen el nivel de Atención Temprana, dirigido a niños entre 0 a 2 años de edad, con riesgo biológico o alteraciones en el desarrollo; mientras que los niños de 2 a 6 años se incluyen en los niveles de pre-básico.

De acuerdo a lo anterior, cabe mencionar que en la corta trayectoria de esta materia se ha observado una inquietud constante por determinar la mejor manera de atender simultáneamente las necesidades de los niños y las de sus familias.

En consecuencia de los antecedentes mencionados, surge la inquietud de conocer qué estrategias de intervención con las familias utilizan los equipos interdisciplinarios de los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales que atienden a niños de 0 a 2 años en la intercomuna de Concepción.

Es así como la presente investigación, pretende contribuir en esta línea, en el objetivo de analizar cómo se implementan las estrategias de intervención con la



familia del Modelo de Entornos Competentes (2009); modelo que corresponde a los paradigmas actuales de la disciplina y cuya eficacia es mencionada en diversas publicaciones a nivel internacional (Mayorga-Fernández, Madrid-Vivar y García-Martínez, 2015; Candel, 2003; Díez, 2008)

En el capítulo I se encuentra el planteamiento del problema, la justificación del mismo, el objetivo general y los objetivos específicos; que pretenden determinar el nivel de implementación de cada una de las estrategias de intervención con la familia e identificar las principales necesidades de los equipos interdisciplinarios de los niveles de Atención Temprana, entre otras. Además este capítulo abarca el planteamiento de la hipótesis de la investigación y las limitaciones que surgieron en el desarrollo de ésta.

En el capítulo II se plasma el marco teórico de la investigación. Este apartado contempla variados tópicos, donde se destaca el concepto de Atención Temprana; su evolución, sus objetivos principales y sus niveles de intervención. Luego, se plantea el tema de la intervención con la familia en Atención Temprana y finalmente se expone el Modelo de Entornos Competentes; sus conceptos claves, metodologías y estrategias de intervención con la familia.

El capítulo III corresponde al marco metodológico, presentando el tipo de estudio, diseño y metodología de la investigación, y la estructura del instrumento utilizado para la recolección de datos, generado especialmente con propósito de esta investigación y que se adjuntan al final de este documento, en el apartado ANEXOS.

En el capítulo IV se encuentra el análisis cualitativo de los datos de la investigación, obtenidos a través de la realización de una entrevista mixta a los profesionales de los equipos interdisciplinarios que atienden al nivel de Atención Temprana en las Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción.

Y finalmente, en el Capítulo V se encuentran las conclusiones a las que se han podido llegar luego de haber analizado los datos obtenidos, seguido por las referencias bibliográficas que respaldan este estudio.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Atención Temprana es una disciplina joven, que ha sido definida como:

*“un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un infante necesita un apoyo especial para: asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño.*

*Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural de la persona, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias” (Soriano, 2005)*

El Libro Blanco de la Atención Temprana define el concepto y metodologías, y reúne sintéticamente la información que se ha obtenido en los estudios en el área hasta el año 2000, donde es posible observar una evolución de conceptos, evidenciada en la consideración de factores biopsicosociales como elementos fundamentales para la intervención.

Han pasado ya catorce años desde que se publicó dicha definición, pero de acuerdo a los estudios recientes, aún no se ha implementado a cabalidad lo que en ese texto se definía de manera específica, tanto en lo referido al concepto como a las metodologías.

La concepción que aquí se presenta sobre lo que se considera qué es la Atención Temprana, ha tenido gran aceptación, sin embargo, de acuerdo a lo evidenciado en diversos estudios tanto nacionales como internacionales, en la práctica no se observa que sus planteamientos hayan sido asumidos e interiorizados, ya que no se plasman en la realidad actual. (Miguez y Díaz, 2012)

La Atención Temprana ha incorporado gradualmente nuevas prácticas a sus programas de intervención, influenciada por la evolución de los distintos



enfoques y modelos psicológicos, replanteando la forma en que se involucran los elementos que interactúan en una intervención en Atención Temprana.

En efecto, de acuerdo a Perpiñán (2003), se evidencia la necesidad de valorar la eficacia de la intervención en Atención Temprana a través de nuevos indicadores multidimensionales que tengan en cuenta aspectos, hasta ahora no siempre valorados, como el desarrollo del niño a nivel afectivo, a nivel de su competencia social, las mejoras de su estado de salud, entre otros.

Además, una de las preocupaciones permanentes de la Atención Temprana, de acuerdo a García, Escorcía, Sánchez, Orcajado y Hernández (2014), ha sido encontrar la manera de integrar la atención a las necesidades del niño con las de su familia. Fruto de ello se ha dado una evolución del papel ejercido por el profesional y la familia en un programa de Atención Temprana, desde lo que inicialmente se planteaba como un modelo terapeuta-experto, con una perspectiva rehabilitadora y donde la familia cumplía un rol pasivo, hasta considerar a la familia como un agente activo de la Atención Temprana, protagonista imprescindible para el desarrollo de un modelo ecológico de intervención, que supere el enfoque de esporádicas intervenciones ambulatorias.

Dentro del Enfoque Centrado en la Familia, el Modelo de Entornos Competentes (2009) define una serie de nuevos conceptos y estrategias de intervención específicas para lograr una intervención efectiva, que se pueda generalizar a todos los contextos en que se desenvuelve el niño. Esto se logra a través de la construcción de un estrecho vínculo entre el profesional de la Atención Temprana y la familia, ayudándolo a modificar sus creencias o preconcepciones frente a la Atención Temprana, la discapacidad o la intervención. De esta manera, las familias logran desarrollar seguridad en sus conductas y se sienten competentes para apoyar el desarrollo del niño en contextos naturales; mientras el profesional cumple la función de orientar y monitorear la intervención.

Ahora bien, en nuestro país durante el año 2004 se consolida la prevención del retraso en el desarrollo a través del Programa de Salud del Niño, lo que impulsó el desarrollo de actividades de estimulación y evaluación del desarrollo

psicomotor del lactante y del preescolar (Ministerio de Planificación, 2010). Además, en el año 2006 se promueve el programa de estimulación “Chile Crece Contigo”; Subsistema de Protección Integral de la infancia, que constituye un hecho histórico en asuntos de políticas de la primera infancia en Chile; siendo éstas las únicas iniciativas formales impulsadas principalmente por el servicio de salud.

En cuanto al área de educación no existen programas definidos ni evaluados en Atención Temprana hasta la fecha, en consecuencia tampoco existen estudios realizados en torno a los modelos de intervención con las familias y menos aún seguimientos formales de las estrategias de intervención con las familias.

De acuerdo a todo lo anteriormente expuesto, es posible evidenciar que la situación en Chile no está a la vanguardia de la situación internacional de intervención en Atención Temprana, por lo que surgen las siguientes interrogantes:

### **1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

(1) ¿Los profesionales que conforman equipos interdisciplinarios de Atención Temprana, asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción, que atiendan a niños con riesgo biológico de 0 a 2 años, implementan las estrategias de intervención con la familia sugeridas por el Modelo de Entornos Competentes?

(2) ¿Cuáles son las principales necesidades y fortalezas en relación a las estrategias de intervención con la familia, que presentan los equipos interdisciplinarios de los niveles de Atención Temprana, que atiendan a niños con riesgo biológico de 0 a 2 años asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción?

### **1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

En Chile, así como en otros países de América Latina, se ha puesto especial énfasis en la creación programas orientados a disminuir la morbi-mortalidad





infantil, a través de acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en los aspectos biológicos, sin dar mayor relevancia a programas para el desarrollo social, afectivo y emocional del niño. La evidencia en diversos estudios demuestra que, para obtener resultados concretos, la prevención en salud no puede ir separada de los aspectos intelectuales y emocionales. (Grupo de detección y atención temprana, 2004)

En el año 2006, se promueve el programa “Chile Crece Contigo”; un programa de Estimulación Temprana consolidado como el primer avance concreto hacia una visión biopsicosocial del desarrollo infantil. Sin embargo, este suceso no logra suplir la necesidad de políticas claras para la implementación de niveles de Atención Temprana en Escuelas Especiales, por lo que los diferentes profesionales deben articular sus acciones con los Planes y Programas de Educación Parvularia, instrumentos de evaluación estandarizados y su criterio profesional. A pesar de esto, algunas Escuelas Especiales han desarrollado programas educativos propios, con el fin de atender a las necesidades que surgen en el proceso educativo.

Lo anterior hace pensar que, a pesar de no contar con programas ni políticas gubernamentales de intervención en Atención Temprana, los diferentes profesionales han manifestado su interés por dar una mejor respuesta a las necesidades que detectan en el proceso, y por consiguiente, es posible que sus acciones tengan concordancia con los paradigmas actuales de intervención en Atención Temprana, considerando a la familia y el entorno en que se desenvuelve el menor.

Remontándose específicamente a Concepción, no existen investigaciones que permitan conocer cómo se trabaja en los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales, para lograr dar una respuesta atingente a las necesidades del niño y su familia, a pesar de las múltiples carencias mencionadas con anterioridad.

Menos se sabe si se utilizan estrategias efectivas validadas teóricas y empíricamente en el trabajo con la familia; por esto se hace necesario investigar al



respecto y contribuir al avance en esta materia, tan decisiva en el desarrollo de los niños con riesgo bilógico ya que la neurociencia señala que la estructura cerebral se desarrolla durante la etapa prenatal y que el cimiento para su posterior evolución depende de la relación que el niño establezca a temprana edad tanto con su familia como con su entorno. (Raczyński, 2006; citado por García y Guíñez, 2008)

### **1.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Analizar la implementación de las estrategias de intervención con la familia de acuerdo al Modelo de Entornos Competentes (2009) que utilizan los equipos interdisciplinarios en los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el nivel de implementación de las estrategias de intervención con la familia del Modelo de Entornos Competentes (2009) en los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción.
- Identificar las principales fortalezas de los equipos interdisciplinarios de los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción, respecto a la implementación de las estrategias de intervención con la familia del Modelo de Entornos Competentes (2009).
- Identificar las principales necesidades de los equipos interdisciplinarios de los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción, respecto a la implementación de las estrategias de intervención con la familia del Modelo de Entornos Competentes (2009).



## 1.4 HIPÓTESIS

Los equipos interdisciplinarios de los niveles de Atención Temprana asociados a Escuelas Especiales de la intercomuna de Concepción, implementan en sus prácticas actividades que tributan a las estrategias de intervención con la familia, definidas en el Modelo de Entornos Competentes (2009).

## 1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- Los resultados de esta investigación se basan principalmente en el análisis del discurso de cada uno de los entrevistados, por otra parte se podrían haber obtenido datos de mayor objetividad a través de observación directa de cada una de las acciones que relataron los participantes, sin embargo no fue posible acudir a este tipo estrategia de recolección de información ya que este estudio se enmarca en el contexto de una tesis de pregrado, por lo que la disposición de tiempo y oportunidades para acceder a estas instancias de observación son limitadas.
- Al ser la Atención Temprana una disciplina escasos estudios en Chile y además el tema del Modelo de Entornos Competentes (2009) lleva pocos años en la palestra internacional, los profesionales en general manifestaban el desconocimiento de este modelo de intervención con las familias.
- Dificultades de disponibilidad y acceso a las Escuelas Especiales (2), cuyo perfil se corresponde a la población en estudio.
- Errores en la información de contacto de 2 Escuelas Especiales, cuyo perfil se corresponde con las características de la población en estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**

#### **2.1 ATENCIÓN TEMPRANA: CONCEPTUALIZACIÓN, OBJETIVOS Y NIVELES DE INTERVENCIÓN**

##### **2.1.1 CONCEPTUALIZACIÓN**

Más de cuatro décadas han transcurrido desde la puesta en marcha de los primeros centros de intervención para niños menores de 6 años, periodo en el cual se ha constatado la evolución en el concepto de Atención Temprana, desde lo que se denominaba inicialmente como Estimulación Precoz, más tarde llamada Estimulación Temprana y actualmente definida como Intervención o Atención Temprana.

En las intervenciones dirigidas a la primera infancia realizadas bajo el concepto de Estimulación Precoz, la finalidad era el tratamiento del niño que se encontraba en situación de discapacidad física, psíquica o sensorial. (De Linares y Rodríguez, 2004). Dicha intervención debía iniciarse desde la detección de cualquier alteración considerable en el desarrollo del niño, para entregarle gran cantidad de estímulos, potenciando y facilitando su proceso evolutivo. (Ramírez, 1992)

En la década de los sesenta se da comienzo a la era moderna en la Intervención Temprana, caracterizada por el optimismo y desarrollo de creativos programas; siendo Estados Unidos el país pionero en prestar apoyo público para invertir en causas sociales, empleando considerables recursos para propulsar el cumplimiento de metas ambiciosas, enfocadas en compensar las desigualdades en las que se encontraban niños y niñas en ambientes vulnerables. Comúnmente se pensaba que las experiencias en los primeros años de vida eran especiales, sirviendo como base del desarrollo posterior del individuo (Gómez, Viguier & Cantero, 2003-2005).



Más adelante, durante los años 70, se inicia una evolución en el concepto de Atención Temprana, iniciándose una transición desde un modelo tradicional, hasta los modelos más actuales, que se centran en una concepción basada en elementos biopsicosociales. (Perpiñán, 2014)

De acuerdo a Sánchez (2006), en esta década los aportes de la psicología social, los modelos teóricos como el Sistémico, el Ecológico y el Transaccional, y su aplicación a ámbitos psicoeducativos, contribuyeron a dar mayor relevancia al desarrollo del niño, el que se logró considerar como un complejo proceso de interacciones entre los elementos biológicos y ambientales; realidad que los profesionales de la Atención Temprana podían afirmar de acuerdo a su experiencia profesional. En efecto, sus vivencias cotidianas y los resultados obtenidos en su intervención demostraron que una estimulación e intervención en edades tempranas, si bien es indispensable, no es suficiente, ya que debe tener una continuidad durante el desarrollo evolutivo del niño para obtener resultados concretos. A partir de esto, surge la inquietud por integrar nuevas variables en la intervención en Atención Temprana, tales como el estado emocional de la familia, la aceptación real del niño, el apoyo social con el que cuenta la familia, redes de apoyo y patrones de interacción. Lo anterior conlleva un cambio conceptual que trae como consecuencia que se establezca y utilice la expresión de “Atención Temprana”; terminología que implica la necesidad de contemplar un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, pero también a la familia y su entorno. (Meisels y Shonkoff, 1990, 2000; Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

En Chile, durante la misma década, comienza a manifestarse este cambio conceptual a través de la implementación de programas experimentales dirigidos a la primera infancia, una iniciativa del Departamento de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud de Chile. El objetivo principal de esta iniciativa fue crear un modelo de intervención con el fin de evitar el Retraso del Desarrollo Psicomotor, por medio de la formación de padres y madres para la estimulación de habilidades relacionadas con el lenguaje, la motricidad y la coordinación de los niños y niñas



pertenecientes a los sectores más vulnerables. Gracias al éxito que tuvieron estas experiencias, se incorporaron como una actividad regular al control de salud de niños menores de dos años. (Saavedra, 2012; Montenegro, 1978 citado por Ministerio de planificación, 2010)

Más tarde, durante los años 80, los aportes y avances científicos en el área de la neurología, permitieron una mayor comprensión de los procesos de la evolución cerebral, del sistema nervioso y sensorial, la relevancia de la vida intrauterina y los primeros años de maduración que les permite a las personas integrarse en la sociedad. De esta forma, el Ministerio de Salud de Chile ratifica que el desarrollo biológico depende de la interacción del niño con el entorno humano y físico en el que crece. Asimismo, durante los años 90, el Estado chileno ratificó la “Convención Sobre los Derechos del Niño”, comprometiéndose a velar por la protección integral de todos los niños; resguardando todas las áreas que inciden en su desarrollo psicosocial. Específicamente, en el año 1993 se realiza la ampliación de la evaluación y estimulación desarrollo psicomotor a los niños y niñas hasta cinco años de edad. (Ministerio de Salud, 2008)

Todo lo anterior desencadena un cambio que marca la transición desde una perspectiva clínica rehabilitadora; donde la intervención es más bien preventiva y centrada de forma casi exclusiva en el niño (prevención terciaria centrada en el individuo), hacia una intervención preventiva secundaria que más bien está dirigida a las personas susceptibles de recibirla y basada en los contextos, valorando la importancia de los entornos donde interactúa mayormente el niño, y la consecuente incidencia de ello en su desarrollo. (Sánchez, 2006)

Esta nueva concepción se centra en la familia como eje de todo el proceso de intervención. Por consiguiente, la evolución se observa tanto en las finalidades, como en las estrategias de intervención preventiva derivadas de los nuevos marcos teóricos.

En el año 2000 se llega a un consenso en la definición de Atención Temprana, mediante la elaboración del Libro Blanco de la Atención Temprana, en cuya edición del año 2005 se define como el grupo de intervenciones, que tiene



como objetivo principal atender a las necesidades transitorias o permanentes de los niños y niñas entre los 0-6 años de edad, que presenten alteraciones en su desarrollo o que tengan riesgo de padecerlo, considerando a su familia y al entorno donde se desenvuelve. Estas intervenciones deben tomar en cuenta la globalidad del individuo y deben estar planificadas por un equipo profesional interdisciplinar o transdisciplinar. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005a)

Dicha definición menciona algunas características que la diferencian de concepciones anteriores, ya que en primer lugar plantea que la intervención en Atención Temprana está dirigida tanto al niño, como a su familia y entorno; que debe tener un carácter inmediato, buscando aprovechar las altas potencialidades plásticas del sistema nervioso inmaduro en las primeras etapas del desarrollo. Por otra parte afirma que se debe considerar la globalidad del niño, armonizando todas las áreas del desarrollo evolutivo, y además debe ser planificada, puesto que para poder plantear objetivos concretos y diseñar un plan de intervención, es imposible improvisar. (García, Castellanos & Mendieta, 1998)

### **2. 1. 2 OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN TEMPRANA**

La Atención Temprana debe estar dirigida a todos los niños que manifiestan dificultades ya sea en su desarrollo a nivel físico, psíquico o sensorial; incluyendo también a aquellos niños que se encuentren en condiciones de riesgo biológico o social. Las acciones que se llevan a cabo deben tener en consideración al niño, a su familia y su entorno.

Asimismo el principal objetivo de la Atención Temprana es alcanzar la plena integración social, educativa y familiar, es decir, involucrando todo el medio social de la población infantil con alguna discapacidad o riesgo de presentarla. (García-Sánchez y Mendieta, 1998)

De lo anterior se destacan un conjunto de objetivos inherentes a la Atención Temprana:

1. Aminorar las secuelas de una discapacidad o alteración sobre el conjunto global del desarrollo del niño
2. Favorecer el desarrollo del niño en la medida de lo posible.
3. Otorgar las herramientas necesarias para compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Prevenir o reducir la manifestación de los efectos y alteraciones secundarias provocados por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Responder a las necesidades y requerimientos de la familia y contexto en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como agente activo de la intervención.

(Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT] 2005b)

En síntesis, los programas de Atención Temprana pretenden:

1. Entregar a los padres, familia y cuidadores la información, apoyo y asesoramiento necesarios, con el fin de que cuenten con las herramientas idóneas para enfrentarse a esta nueva situación, y que mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño.
2. Favorecer el contexto en que se va a desenvolver el niño, enriqueciéndolo para proporcionar los estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
3. Fomentar el vínculo entre padres e hijos, evitando la aparición de relaciones inadecuadas.
4. Realzar los avances que tenga el niño al máximo, para lograr así su independencia en las distintas áreas del desarrollo.
5. Utilizar estrategias de intervención en un contexto natural y aprovechar las experiencias de aprendizaje cotidianas a las que se expone el niño, evitando situaciones que parezcan artificiales.





6. Lograr prevenir; puesto que los programas de Atención Temprana permiten detener el daño progresivo de las etapas del desarrollo, impidiendo así que los niños presenten alteraciones más severas. Esta acción se extiende a todo el núcleo familiar, estableciendo desde el principio comportamientos adecuados y adaptados a la realidad. (Perera, 2011)

### **2. 1. 3 NIVELES DE INTERVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA**

Los centros y servicios de Atención Temprana realizan diferentes acciones, procurando que éstas concuerden con los diferentes aportes que entregan otras instituciones para favorecer tanto el área de la salud, como de la educación y del bienestar social.

Desde la conceptualización de la Atención Temprana, basada en un modelo biopsicosocial, se deriva la idea de que ésta no puede ser vista sólo como una forma de dar respuesta a necesidades asociadas a la rehabilitación, la intervención psicosocial o la educación, sino que debe ser considerada un elemento importante dentro de un proceso más bien integral, y que tenga por objetivo lograr el desarrollo armónico del niño en interacción con su entorno por medio de las relaciones entre los programas y servicios dirigidos a orientar y apoyar al niño, su familia y contexto propiamente tal. Desde esta perspectiva, los principales aspectos que se consideran en la Atención Temprana, son aquellos que contemplan las áreas relacionadas a lo familiar, educativo, sanitario y social. Las labores que se desarrollan, en el marco de este plan integral y organizado de Atención Temprana dirigido a la comunidad, pueden clasificarse de acuerdo a los distintos niveles de intervención, donde los Servicios de Salud, Servicios Sociales y de Educación, deben trabajar de forma complementaria, coordinada y eficiente, llevando a cabo acciones específicas según el nivel que corresponda.

De manera esquemática es posible distinguir tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración, definidos como prevención primaria, secundaria y terciaria en Atención temprana. (Gobierno del principado de Asturias, 2004;



Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

### **2. 1. 3. 1 PREVENCIÓN PRIMARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

La prevención primaria de los trastornos en el desarrollo infantil busca evitar aquellas situaciones que puedan provocar trastornos en el desarrollo infantil o la presencia de dificultades en el mismo. Los servicios competentes en estas acciones son aquellos relacionados a Sistema de Salud, Servicios Sociales y Educación. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

La atención primaria es uno de los recursos de mayor accesibilidad y cercanía a la población, siendo la puerta de entrada al sistema sanitario para las familias que necesitan de sus servicios. El servicio de pediatría permite tener contacto con el niño, con su núcleo familiar y con su entorno, desarrollando actividades dentro de su contexto más cercano; lo que facilita conocer las redes de apoyo social existentes y los recursos con los que se cuentan. Por todas estas razones el pediatra ocupa un rol fundamental, ya que realiza acciones de prevención, seguimiento y coordinación entre los diferentes agentes que intervienen en Atención Temprana. Entre de carácter primario que se realizan en este nivel asistencial, se destacan la detección de la población de riesgo, prevención de accidentes, cumplimiento del calendario de vacunas, sensibilización sobre los trastornos del desarrollo, etc. (Pons, 2013)

Por su parte, los servicios de salud mental contribuyen con los equipos de salud y de planificación familiar en programas materno infantiles para disminuir o evitar la aparición de situaciones que puedan transformarse en factores de riesgo para el desarrollo del niño. Además, participan en la preparación de sugerencias y guías para fomentar la salud mental y disminuir casos de vulnerabilidad psico-social. (Ibáñez, Mudarra y Alfonso, 2014)

Las autoras anteriormente mencionadas señalan que los Servicios Sociales en la prevención primaria de la Atención Temprana intervienen en cada uno de los



ámbitos de este nivel, se ocupan del contexto social previniendo situaciones de riesgo y de maltrato, por acción u omisión, al menor. Este tipo de servicios desempeña labores enfocadas principalmente a la atención a la familia y el niño en los centros materno-infantiles, considerando a todo el núcleo familiar, cuya relevancia se fundamenta en la influencia de ésta en el bienestar y desarrollo integral del infante. Otra forma de intervención de los Servicios Sociales tiene que ver con acciones relacionadas a la prevención de los trastornos del desarrollo infantil, a través de la ejecución de programas encaminados a un grupo específico de personas que se pueden hallar en situación de riesgo debido las condiciones sociales en las que se encuentre, entre las que se es posible mencionar a madres adolescentes, circunstancias emigratorias, por nombrar algunas.

Los Servicios Educativos, por su parte, se encargan de las acciones de apoyo al niño y su familia, realizadas por los centros de educación infantil y de las cuales son beneficiarios principalmente niños de 3 años o más, y en su minoría compuesta por niños menores a 3 años.

En este caso, la misión fundamental es la prevención de los trastornos en el desarrollo, la cual puede ser elemental para las poblaciones de alto riesgo y vulnerabilidad, ya que están equipados para otorgar un contexto enriquecido, entregando estabilidad y a su vez, permitiendo la estimulación que requiere un sector de la población infantil que frecuentemente se enfrenta a condiciones nocivas dentro del mismo contexto familiar.

Un importante nivel de actuaciones preventivas desde educación tiene lugar a través de la formación de los alumnos y alumnas de nivel secundario y formación profesional, en los ámbitos de salud, educativos y sociales, y especialmente en planificación familiar.

Dentro de este nivel, se evidencia la función que cumplen más específicamente los Centros de Atención Temprana, la cual consiste en la colaboración con las campañas informativas y formativas, dirigidas a toda la población, tocando temas relativos al desarrollo infantil, a aquellos casos de niños cuyo desarrollo es atípico o la presencia de trastornos permanentes, etc.



Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

### **2. 1. 3. 2 PREVENCIÓN SECUNDARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

Este nivel de la Atención Temprana cumple con el objetivo de detectar y diagnosticar de manera precoz los trastornos en el desarrollo y condiciones de riesgo, tratando de evitar o reducir la aparición de alguna discapacidad o alteración en el desarrollo infantil. (Gobierno de Navarra, 2014)

La detección y diagnóstico precoz son etapas fundamentales en la intervención temprana ya que los primeros años de la vida del ser humano son cruciales para su desarrollo futuro, ya que constituyen un periodo crítico desde el punto de vista de la alimentación, la salud y el desarrollo de su inteligencia y personalidad. Durante esta fase se puede realizar un trabajo más eficiente, puesto que la capacidad de integrar y aprender de las experiencias nuevas es mayor; por ende, es posible aumentar las interconexiones neuronales mediante el enriquecimiento de estímulos debidamente programados en el entorno. La vulnerabilidad en esta edad, es asociada por numerosos estudios a las privaciones del ambiente físico y social, tales como la falta de estimulación psicosocial, las infecciones y la desnutrición. (Bralic et al., 1979, Cabrera y Sánchez, 2002 citado por Hernández-Muela, Mulas y Mattos, 2004)

Durante el proceso de detección de los trastornos del desarrollo o situaciones de riesgo se deben considerar fases como la prevención pre y perinatal, que tienen como principal objetivo el reconocimiento, estudio y prevención de los factores de riesgo involucrados en las alteraciones del desarrollo del sistema nervioso. En estas acciones intervienen diferentes profesionales del ámbito sanitario, como matronas y obstetras. Por otra parte, la prevención postnatal tiene por objetivo lograr una habilitación funcional, facilitando el proceso de adquisición de las conductas adaptativas por desarrollar, y también de aquellas que se encuentran potencialmente en un nivel de riesgo. En esta



tarea, intervienen principalmente agentes de los Servicios de Pediatría, de Servicios Sociales y el entorno familiar. (Zuluaga, 2005)

El equipo de Atención Pediátrica es fundamental en la detección temprana, ya que realiza visitas domiciliarias periódicamente al niño, logrando elaborar el programa de control del niño sano. Entre las estrategias que utiliza, se encuentran la observación directa y la entrevista abierta a los padres, con la finalidad de detectar la existencia de irregularidades en el desarrollo. De esta manera, es posible identificar de manera temprana los trastornos más comunes en los primeros años de vida, como por ejemplo: entre los 0 y 12 meses se puede diagnosticar trastornos más graves como parálisis cerebral, discapacidad intelectual, discapacidad sensorial y alteraciones psicosomáticas; entre los 12 y 24 meses es posible descubrir también características asociadas a los Trastornos del Espectro Autista, y luego, entre los 24 meses y los 4 años, se detectan los trastornos y retrasos del lenguaje, las alteraciones motrices y conductuales, debido a que se hacen más evidentes en esta etapa. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

En el documento citado anteriormente se señala además que, en el caso de España, una red compuesta por los centros de Atención Temprana y Desarrollo Infantil y los equipos de Salud Mental Infantil, cumplen la importante función de apoyar a los equipos de prevención primaria en la detección de los trastornos del desarrollo infantil en diferentes ámbitos, por lo que es indispensable valorar la importancia de la coordinación y desarrollo de programas que se ejecuten en conjunto, ya que sólo así se podrá realizar una detección eficaz de trastornos que a menudo no se evidencian con claridad, y por consiguiente, tienden a ser malinterpretados en sus primeras etapas.

Durante la etapa escolar, se pueden apreciar las habilidades y comportamientos básicos para el aprendizaje (habilidades motrices, sociales, de lenguaje, perceptivas, etc.) en los niños y niñas, siendo los profesores y educadores de la escuela, agentes claves en la detección de las necesidades y dificultades que presentan sus estudiantes mediante la observación; identificando



signos que puedan significar un riesgo para su desarrollo, o bien, que pudieron haber sido inadvertidos por los padres y los servicios sanitarios en etapas anteriores, por lo que se hará necesario precisar de los servicios adecuados en cada caso, que puede ser la realización de un diagnóstico y, si fuese necesario, entregar la intervención que requiera el niño, considerando todos sus contextos, incluyendo el escolar (Ibáñez, Mudarra y Alfonso, 2014). Diversos estudios respaldan la idea de que las familias, en especial los padres o cuidadores del niño, son agentes importantes de detección precoz, lo que les permite una intervención oportuna que asegura el desarrollo evolutivo infantil esperado en cada una de las etapas del niño o niña. (Fernández y Riquelme, 2006)

En cuanto a los diagnósticos, se pueden mencionar tres niveles: etiológico, sindrómico y funcional; que en su conjunto conforman una visión global del niño o niña, de su historia personal, de su familia y entorno. Este proceso ha de incluir la evaluación de especialistas en el ámbito de la salud, complementándose con una visión del ámbito de la psicología y pedagogía; valorando aspectos emocionales, perceptivos, motrices, cognitivos, del lenguaje, sociales y adaptativos. Los profesionales especializados para cada caso, aportan los elementos necesarios que complementan la realización de un informe diagnóstico interdisciplinario, el que será la base para el inicio del proceso de intervención. (Millá y Mulas, 2004)

La tarea de comunicar a los padres la información diagnóstica es una gran responsabilidad, que se debe dar cuando exista la certeza y la fiabilidad en el diagnóstico para así no infundir falsas expectativas, procurando mantener el máximo rigor y objetividad. Se debe trabajar con el fin de que la reacción de la familia sea positiva a la hora de enfrentar la situación, logrando que ésta constituya un apoyo primordial en el desarrollo de su hijo. Para ello, se debe facilitar y alentar su integración activa en la intervención, contribuyendo a su bienestar. (Manual de Buena Práctica en Atención Temprana, Confederación Española de la Organización a Favor de las Personas con Retraso Mental [FEAPS], 2000)



De acuerdo a lo planteado en el documento Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana, al momento de comunicar el diagnóstico se deben considerar aspectos como: otorgar especial atención en comunicar a la familia “la primera noticia”, habilitar un lugar adecuado para entregar la información a los padres y familia, proponer la derivación al Centro de Atención Temprana y además ofrecer a las familias la posibilidad de una segunda opinión respecto al diagnóstico entregado. (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005)

Respecto a la prevención secundaria, en Chile, durante el año 2004 se pone en marcha el Programa de Salud del Niño, lo que consolidó la prevención del retraso del desarrollo mediante el trabajo con los padres o cuidadores, impulsando el desarrollo de actividades de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del lactante y del preescolar. (Ministerio de Planificación, 2010)

Más adelante, en el año 2006 se crea un Subsistema de Protección Integral de la infancia, denominado “Chile Crece Contigo”. Esto constituye un hecho histórico en asuntos de políticas de la primera infancia en Chile. Fue implementado en su primera fase en durante el 2007, e institucionalizado en el año 2009.

Este programa reúne a diferentes sectores (salud, educación, protección social, justicia, trabajo, etc.) y se basa principalmente en comprender que la salud y desarrollo de los niños dependen de un grupo de factores que sólo pueden ser tratados de manera global y coordinada, estableciendo objetivos y metas en común. En este sistema de protección integral, para apoyar el desarrollo del niño se ponen en marcha gestiones que consideran el entorno local del sujeto, otorgando los servicios oportunos al niño y su familia.

El eje principal de este programa es el Servicio de Salud, encargado de la detección temprana de los signos de alarma en el desarrollo. A partir de esto es posible determinar las acciones a realizar, las que están relacionadas no solo con el área sanitaria, sino que también con el área educativa, social, laboral y judicial, entre otras. (Bedregal, Torres y Carvallo, 2014)

### 2. 1. 3. 3 PREVENCIÓN TERCIARIA EN ATENCIÓN TEMPRANA

La prevención terciaria en Atención Temprana, se refiere a todas las acciones planificadas, de carácter global e interdisciplinar, que consideran tanto las capacidades como las dificultades que manifiesta el niño en las distintas dimensiones de su desarrollo y procesos evolutivos. Son ejecutadas desde el momento de la detección y diagnóstico de algún problema, y están destinadas a niños que presentan alteraciones, a su familia y entorno; todo esto con el fin de favorecer las condiciones en que se desenvuelve el menor. Esta atención puede iniciarse en los centros de neonatología para luego continuar en los Centros de Atención Temprana, atendiendo a las familias y permitiéndoles conocer la realidad de su hijo, sus competencias y dificultades, incitándolos a actuar como agente potenciador de la evolución de su hijo. (Aranda y Andrés, 2004)

La prevención terciaria, debe realizar su intervención considerando los siguientes puntos.

- Debe ser planificada con carácter global
- Debe ser interdisciplinar
- Debe apreciar las capacidades del niño
- Debe considerar las dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo
- Debe valorar como información relevante la historia y proceso evolutivo del niño
- Debe dar importancia a las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia
- Debe hacer uso oportuno de los recursos a su disposición

Cuando el niño asiste a la escuela infantil, ésta ofrece importantes posibilidades de incidir positivamente sobre los procesos de socialización y aprendizaje, al actuar reforzando el proceso terapéutico específico, por lo que es fundamental establecer una adecuada coordinación. (Federación Estatal de





Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT] 2005)  
(Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la AT)

## **2. 2 ATENCIÓN TEMPRANA: MODELOS DE INTERVENCIÓN**

### **2. 2. 1 MODELOS DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

Vygotsky en el año 1978 plantea que el desarrollo humano se puede entender como una actividad socio-cultural, en la que participan activamente los niños conforme a las competencias que han desarrollado y al apoyo que recibe de adultos o compañeros con más experiencia. Manifestó también su interés por los niños que presentaban Necesidades Educativas Especiales, haciendo hincapié en su necesidad de integración en la sociedad. Indudablemente, este razonamiento es muy adelantado para su época y a su vez suficientemente coherente con los enfoques actuales de atención a personas con discapacidad. (Gràcia y Vilaseca, 2008)

En efecto, el modo de entender el desarrollo humano y la forma de intervenir en Atención Temprana, han evolucionado a consecuencia de que progresivamente se ha reconocido la influencia de nuevos factores en el desarrollo infantil. La conciencia social referida a los derechos de las personas con discapacidad y sus familias ha cambiado positivamente en los últimos años, y de forma paralela, también han cambiado las prácticas profesionales que se dirigen a proveer servicios y atender las necesidades de éstas. La evolución en estos aspectos ha sido tal, que incluso se podría afirmar que los modelos de intervención centrados en el profesional han sido sustituidos por modelos de intervención centrados en la persona y su entorno. (Peralta y Arellano, 2010)

En esta evolución conceptual se pueden mencionar al menos tres etapas o modelos en cuanto a la relación entre los profesionales y la familia, en una intervención en Atención Temprana. (Peterander, 2000; Turnbull, 2003, citado en Giné, Gràcia, Vilaseca & Balcells, 2009)



Cabe destacar que los cambios que han experimentado los diferentes modelos de intervención, no se relacionan con los profesionales y servicios disponibles, sino que se relaciona principalmente a un cambio en la forma de cómo se lleva a cabo la intervención (Dempsey y Keen, 2008; Dunst, Hamby y Brookfield, 2007; Espe-Sherdwindt, 2008, citado en Peralta y Arellano, 2010). En primer lugar se encuentra el modelo psicoterapéutico, donde el nacimiento de un niño con dificultades en su desarrollo se consideraba como una crisis dolorosa, que podría ser superada a través de apoyos específicos, como por ejemplo, una terapia psicoterapéutica a los padres. En segundo lugar, es posible distinguir un periodo donde se trabajaba en base a un modelo de formación de padres, caracterizado por la premisa de que los padres debían aprender técnicas y habilidades para trabajar con sus hijos en casa bajo la orientación y control profesional, siendo considerados un apoyo al trabajo del terapeuta. (Giné et al., 2009) Este modelo se caracteriza por estar centrado en el profesional, considerando que las familias están menos capacitadas en cuanto a la toma de decisiones relacionadas a sí mismas y a sus hijos, que los profesionales que les atienden (Dunst et al., 2002, citado en Cerqueira, Dessen y Pérez-López 2012). Y por último, se puede diferenciar un modelo de colaboración con los padres, lo que significa un vuelco en la forma de intervenir, y apunta claramente a lo que hoy se espera de las intervenciones en Atención Temprana (Giné et al., 2009). Sabiendo que el desarrollo humano tiene una naturaleza social e interactiva, y que el entorno familiar constituye el contexto básico y recurrente en el que tiene lugar la intervención, es posible determinar que la forma de interacción interna de cada familia será un condicionante en el desarrollo del niño (Guralnick, 2005, citado en Gràcia y Vilaseca, 2008). Además, se considera que las personas en situación de discapacidad reciben más y mejor atención en sus hogares, lo que lleva a reflexionar acerca de la necesidad de priorizar y potenciar la participación de las familias en la toma de decisiones acerca de los servicios que reciben y la forma en que les son entregados. La importancia de la familia radica, entre otras cosas, en que es el único elemento permanente en la vida de una persona en situación de



discapacidad y, como tal, es quien mayor y mejor conocimiento tiene para definir sus necesidades de apoyo (Martínez y Calet, 2015). Considerando éste y otros aspectos, este modelo señala que el profesional tiene la función de llegar a acuerdos con la familia, facultándola para tomar decisiones en una relación basada en el mutuo respeto. (Perpiñán, 2010)

De esta manera se plantea una nueva perspectiva, donde las familias dejan de ser vistas como un elemento pasivo y dependiente de los profesionales, y comienzan a ser consideradas un agente activo para la intervención. Los conocimientos, experiencias y habilidades con los que cuentan son valorados en un tipo de relación colaborativa con los profesionales, disminuyendo la dependencia característica de los modelos tradicionales (Dunst et al., 2002, citado en Cerqueira et al., 2012). Por consiguiente, se afirma que una visión centrada en la familia asume que el núcleo familiar configura una pieza clave en el proceso de desarrollo y aprendizaje de sus hijos (Turnbull, Blue-Banning, Turnville y Park, 1999; Feldman, Sparks y Case, 2004; citados en Gràcia y Vilaseca, 2008). Así, el trabajo con la familia basado en este modelo, se apoya principalmente en resaltar las fortalezas del núcleo familiar y no sus limitaciones, predominando el requerimiento de las familias de poder escoger y tener el dominio sobre los recursos esperados, generándose de esta forma la colaboración y cooperación entre ellas y los profesionales implicados en la intervención. (Bruder, 2000; citado en Martínez y Calet, 2015)

El Enfoque Centrado en la Familia propiamente tal, realiza un trabajo personalizado con las familias con el objetivo de ayudarles a identificar sus fortalezas y recursos. Se trata de un enfoque que define la implicación y participación activa de la familia como un factor fundamental, para lo que se utilizan estrategias simples, como reuniones y entrevistas para la planificación de la intervención en Atención Temprana. (Leal, 2008)

En otras palabras, se puede definir como un enfoque de intervención profesional, compuesto por un conjunto de principios, valores, creencias y acciones, que dan a las familias un rol esencial en la planificación, ejecución y



evaluación de los recursos y servicios a disposición de sus hijos con discapacidad y que, por consiguiente, considera y respeta sus decisiones y prioridades. Los objetivos fundamentales de este tipo de intervención son el empoderamiento o capacitación de la familia, con el fin de mejorar la calidad de vida del niño y de ellos mismos. Por lo tanto, dos de los aspectos representativos en este Enfoque Centrado en la Familia son: (a) establecer interacción colaborativa entre las familias y los profesionales y (b) desarrollar al máximo las potencialidades de la familia proporcionándoles oportunidades de capacitación. (Bruder, 2000; Dunst, 2002; Dunst, Trivette y Hamby, 2007; Espe-Sherdwindt, 2008; en Peralta y Arellano, 2010)

Las principales características del Enfoque Centrado en la Familia, consisten en que los profesionales consideran al entorno familiar como colaboradores imprescindibles para facilitar y mejorar las oportunidades de desarrollo del niño, la intervención es flexible e individualizada, adaptándose a las características de cada niño y su familia, el proceso de identificación de necesidades se realiza en conjunto con la propia familia, el trabajo se basa en favorecer y reforzar el funcionamiento del núcleo familiar, principalmente en lo que se refiere a la creación de situaciones de aprendizaje para el niño en un contexto natural, procurando que las familias no repita en el hogar modelos de intervención terapéutica; y por último, el profesional debe fomentar de manera constante la toma de decisiones de parte de la familia, potenciando su responsabilidad y competencia frente al programa de intervención a realizar. (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2014)

Este tipo de enfoque también puede ser visto como un modelo de intervención en Atención Temprana. En este sentido, es posible mencionar que se basa en la colaboración, transformando la forma tradicional de asumir los roles de los profesionales y la familia, y corregir la desigualdad entre ambos a la hora de tomar decisiones. (Blacher et al., 2005; Dempsey y Keen, 2008; Dempsey, Keen, Pennell, O`Reilly y Neiland, 2009; Dunst, Trivette y Hamby, 2007; Nachshen,



2004; Peralta y Arellano, 2010; Summers, Hoffman, Marquis, Turnbull y Poston, 2005, citado en Peralta y Arellano, 2015)

Ejemplos de la aplicación de este modelo, son aquellas intervenciones que consideran los ambientes naturales del niño, como el hogar o domicilio; o aquellos que coordinan sus actividades con las que se realizan en el colegio, y los que consideran el entorno del niño y la familia. (Domínguez y Calvo, 2015)

## 2. 2. 2 MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES

El Modelo de Entornos Competentes es un modelo actual de intervención en Atención Temprana, que debido a su fuerte base ecológica, da gran relevancia a los entornos naturales en que se desenvuelven los niños, buscando potenciar la auto percepción de competencia de los padres y educadores de niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de presentarlos (Perpiñán, 2009). Las características de este modelo, específicamente las estrategias de intervención con las familias que define, configuran los principales lineamientos de esta investigación.

Este modelo es definido por Sonsoles Perpiñán Guerras, psicóloga y directora del equipo de Atención Temprana de Ávila de la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León, donde ha adquirido experiencia en el campo de la Atención Temprana, y en la relación con las familias de niños con necesidades educativas especiales. Participa como docente en actividades formativas a familias, profesionales y educadores. Trabaja además como líder de grupos terapéuticos para padres, desarrollando proyectos nacionales de Atención Temprana en España, entre otras actividades. (Perpiñán, 2009)

En el año 2009 publica el libro “Atención Temprana y Familia: Cómo intervenir creando Entornos Competentes”; un libro que presenta variados ejemplos de experiencias reales y que propone un modelo eficaz para desarrollar la intervención con las familias, basado en reforzar la competencia de los padres desde una perspectiva ecológica. Ofrece una propuesta metodológica en la que se



describen los objetivos a alcanzar, los contenidos que pueden ser generadores de competencia o estrés en las familias, y las estrategias mediante las cuales se lleva a cabo la intervención. Se presentan además estrategias de intervención y describe con detenimiento el proceso y las fases de las entrevistas, las reuniones y algunos programas de Intervención Familiar especialmente significativos en Atención Temprana. (Perpiñán, 2009)

Al realizar la revisión bibliográfica de Atención Temprana, fue posible observar la evolución en las formas de intervenir en esta área, como se ha mencionado anteriormente. Esto resulta muy interesante, ya que paulatinamente se incorporan nuevos elementos como apoyo a la intervención, generándose un nuevo concepto de lo que es la intervención con las familias en Atención Temprana y cómo se realiza. El Modelo de Entornos Competentes se define como el modelo de intervención con la familia más adecuado (Mayorga-Fernández, Madrid-Vivar y García-Martínez, 2015), por lo que parece interesante tomar estos planteamientos como punto de referencia para evaluar cómo los equipos interdisciplinarios llevan a cabo la intervención en Atención Temprana; si ésta se realiza con las familias o no, configurando así un primer acercamiento para conocer la realidad nacional en esta materia.

A continuación se presentan las principales ideas y conceptos del Modelo de Entornos Competentes definidos en el libro anteriormente mencionado.

Una de las principales características de este modelo, es que el profesional de la Atención Temprana promueve activamente los cambios a realizar en el contexto, generando una colaboración e interacción efectiva con los padres y una intervención con el niño. Lo anterior adopta un matiz de evaluación y monitoreo continuo de los avances, con el fin de asesorar a los cuidadores habituales oportunamente. (Perpiñán, 2003)

Tomando como base este modelo teórico, los profesionales de Atención Temprana deben proponer tanto al niño como a la familia, objetivos orientados a desarrollar su autonomía e independencia. Con respecto al niño, se trabaja con el fin de alcanzar el mayor desarrollo de sus capacidades, las que representan



herramientas para llegar a un mayor nivel de autonomía como persona. Por otra parte, se dice que una familia es autónoma cuando consigue la independencia máxima en el cuidado y desempeño como padres de una persona con discapacidad intelectual. Es de suma importancia el papel que cumplen los profesionales en la relación que existe con el núcleo familiar, teniendo claro que su posición no es neutra y está condicionada por el esquema del equipo al que pertenece, ya sea por su formación y experiencia, como por la forma de enfrentar y enfocar la intervención, transmitiendo siempre confianza y seguridad a la familia. (Diez, 2008)

Perpiñán (2009) plantea desde la conceptualización del Modelo de Entornos Competentes, que la Atención Temprana es un proceso global, es decir, que debe dar respuesta no solo al niño sino también al entorno que le rodea. En un análisis más profundo, la autora sugiere que la estimulación del niño se realice en su medio natural y sean sus cuidadores habituales, los que posibiliten que se desarrolle a través de una adecuada interacción.

El papel que cumplen los cuidadores habituales es decisivo en el desarrollo del menor, los que comúnmente son padres, familiares cercanos o educadores, quienes son los responsables de cuidar y educar, siendo sin duda quienes más y mejor conocimiento tienen del niño. Son ellos quienes pasan la mayor parte del tiempo con él y quienes comparten instancias bastante significativas para su funcionamiento vital, son quienes le dan de comer, lo bañan, lo acompañan a dormir, juegan con él, etc., por lo que se establece un vínculo afectivo que se construye a través de experiencias cotidianas donde el pequeño cuenta con la disponibilidad e incondicionalidad de su cuidador. Este vínculo es muy importante para el niño y le motiva a aprender, ya que cuenta con el refuerzo o la atención ofrecida por la figura de apego, siendo mucho más significativo que si se recibe de otra persona. Por lo tanto, son los cuidadores quienes hacen posible que el niño generalice los aprendizajes a todos los contextos en que se desenvuelve, generando una intervención permanente y estable, ya que acompañan al niño en todo momento. Los cuidadores además, intencionan la forma en que el niño



recibirá la estimulación, realizando acciones concretas como elegir sus objetos de juego, diseñar el ambiente físico, y lo más importante, crear un clima emocional para obtener como resultado la potenciación del niño en todas las áreas de su desarrollo.

La aparición de alguna situación de discapacidad o riesgo de presentarse en un hijo, paciente o estudiante, hace aparecer múltiples emociones que se presentan de manera más bien implícita en los cuidadores habituales, que determinarán el cuidado del niño. Sentimientos de confusión, miedo culpa, fatiga, ira, ansiedad, frustración, entusiasmo, etc. (Cunningham, 1995; citado en Perpiñán, 2009) dan paso a diversas actitudes en los adultos tales como el rechazo, la negación, el aislamiento, la búsqueda, etc., lo que demanda un análisis cuidadoso de ellos para realizar una adecuada intervención en dichos contextos. (Perpiñán, 2003)

Las actitudes tienen tres tipos de componentes. Los primeros son los cognitivos, es decir, aquellos pensamientos que subyacen a las conductas, luego se encuentran los emocionales, que son los sentimientos que definen una conducta, y por último, el componente conductual que abarca las acciones que se ponen en marcha, es decir, acciones observables.

El Modelo de Entornos Competentes trabaja incorporando todos los componentes de las actitudes, de manera que al intervenir sobre el componente cognitivo también se está interviniendo sobre el componente emocional y el conductual, dando lugar a modificaciones reales en el comportamiento de los adultos de referencia para el niño. Se plantea entonces, que los padres y los educadores realizarán acciones que favorezcan el desarrollo del niño y eliminarán las conductas inadecuadas, en la medida en que sus pensamientos y sus sistemas de atribuciones favorezcan el desarrollo del niño.

El profesional de la Atención Temprana, en España corresponde a un profesional del área de salud principalmente, formado integralmente con las competencias necesarias para abordar el proceso de manera integral, considerando factores de las diferentes áreas que intervienen. Ahora bien, en





Chile, el profesional de la Atención Temprana, corresponde a uno de los profesionales que conforman un equipo interdisciplinario del nivel de Atención Temprana, que pueden ser fonoaudiólogos, kinesiólogos, educadores diferenciales, psicólogos y trabajadores sociales. La función de este profesional de la Atención Temprana es facilitar la modificación del contexto, interviniendo eficazmente con los padres y educadores; interviniendo con el niño a modo de monitoreo, evaluando constantemente para dar un adecuado asesoramiento los cuidadores habituales. (Perpiñán, 2009)

En síntesis, la metodología a seguir que sugiere este modelo de intervención, es la creación de un sistema común de constructos respecto a la discapacidad, la intervención y el papel de los implicados, potenciando a los cuidadores para que se perciban autocompetentes en el cuidado del niño, y por tanto, sea posible la corresponsabilización. La interacción se realiza mediante diversas estrategias, como entrevistas y reuniones cuidadosamente planificadas, con el objetivo de fortalecer el sentimiento de pertenencia dentro del equipo donde cada uno cumple un rol fundamental, generando un clima de seguridad frente a la discapacidad, evitando que se sientan aislados del trabajo que se realiza.

### **2. 2. 2. 1 CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO**

El Modelo de Entornos Competentes, define una serie de conceptos propios, con el fin de explicar con mayor claridad el razonamiento que lo sustenta. Se considera necesario hacer mención de todos ellos para facilitar la comprensión del modelo; sin embargo, no todos serán considerados en el análisis de los resultados de esta investigación.

#### **A. SISTEMA DE ATRIBUCIONES**

Es un concepto amplio que se basa principalmente en la teoría de los constructos (Kelly, 1995) y la Teoría de los Modelos Cognitivos (Ellis, 1997). A partir de esto, se plantea el Sistema de Atribuciones como el conjunto de creencias, ideas o modelos mentales interrelacionados entre sí que surgen a partir



de la confrontación a una situación de discapacidad o riesgo de padecerla. Éstas se relacionan con la educación, la intervención, las relaciones familiares, los afectos, etc., y se caracterizan por ser diferentes en cada persona de acuerdo a su experiencia personal y son de difícil acceso debido a que su carácter es implícito.

Para abordar eficazmente dicho sistema, es necesario conocer cómo funciona, cuáles son las reglas de relación entre los constructos, asumir que cada persona tiene diferentes constructos a pesar de pertenecer a una misma familia. Definir una línea base de referencia, permite acceder a las características individuales del sistema de atribuciones de los cuidadores habituales y una aproximación profesional que favorece la percepción de autocompetencia.

El sistema de atribuciones básico ofrece al profesional los recursos necesarios para profundizar en sus experiencias y atribuciones. Cada profesional cuenta con un esquema de trabajo que le sirve como referencia para iniciar y dar coherencia a una intervención de tipo ecológica. Este esquema se debe adaptar a las características y necesidades de cada caso. El proceso anteriormente descrito se organiza en: categoría de atribuciones y polaridad.

### **A. a) CATEGORÍA DE ATRIBUCIONES**

En un proceso de Atención Temprana, las atribuciones se concretan en un conjunto de enunciados relativamente explícitos que se estructuran de la siguiente manera:

*Atribuciones relativas a conceptos:* Son los procesos cognitivos a través de los cuales las personas crean sus propias definiciones sobre los distintos conceptos implicados en la Atención Temprana.

*Atribuciones relativas a sistemas:* Son los procesos cognitivos que permiten describir su realidad particular a cada una de las personas implicadas en el proceso de Atención Temprana.

*Atribuciones relativas a referencias:* Constituye una estrategia cognitiva mediante la cual las personas realizan comparaciones de una realidad con otras similares.



*Atribuciones relativas a emociones:* Representa puntualmente al componente cognitivo de la emoción, conformando los componentes subjetivos de las vivencias, a través de la percepción de la forma en que suceden los acontecimientos, y las técnicas para enfrentarse a ellos de la mejor forma posible.

*Atribuciones relativas a expectativas:* Se asocian a un tipo de creencias de suma importancia en el proceso, y que son consecutivas a otros procesos cognitivos.

### **A. b) POLARIDAD**

Las categorías de atribuciones también se pueden analizar en base a dos polos, que son: las atribuciones generadoras de competencias y las atribuciones generadoras de estrés.

Todas las atribuciones, sin importar a qué se relacionen, pueden favorecer competencias para los cuidadores habituales. La mayoría de estas atribuciones se plantean positivamente, y en general significan un instrumento eficaz para construir la percepción de autocompetencia. Por otra parte, hay de aquellas atribuciones generadoras de estrés, que a su vez provocan inseguridad y ansiedad, y hay muchas atribuciones que no se clasifican en estas categorías, pero que pueden generar una u otra cosa en función de las vivencias de los cuidadores habituales y la forma en que cada uno las plantee.

Las atribuciones generadoras de competencias son aquellas estructuras mentales que favorecen la percepción de autocompetencia de los cuidadores habituales, es decir, aquellos pensamientos o ideas de los cuidadores habituales que les aportarán seguridad y permitirá que, a través del convencimiento de sus capacidades y competencias, puedan atender adecuadamente las necesidades especiales del niño con trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo. Un buen ejemplo de atribución es la frase “No estoy solo para atender a mi hijo, formamos un equipo todos los que interactuamos con él.” A partir de esto, se derivan sentimientos de tranquilidad o entusiasmo, los que propiciarán acciones concretas, tales como ofrecerle juguetes, establecer un código de comunicación, buscar ayudas técnicas, entre otras.



Por otro lado, las Atribuciones generadoras de estrés son las ideas que provocan tensión e inseguridad en los cuidadores habituales y forman parte de la realidad, por lo que al no ser posible obviarlas, se requerirá un replanteamiento adecuado para incorporarlas a otro tipo de atribuciones. Los ejemplos más frecuentes se encuentran en aquellas atribuciones relativas a la causa del trastorno; puesto que cada familia encuentra diferentes respuestas, basadas en una multitud de variables. Entre ellas, “no esperaba quedar embarazada” o “debí cuidarme durante el embarazo” o “yo soy la culpable porque en mi familia existen casos similares”. Estas atribuciones son formulaciones que desencadenan miedo o tristeza, determinando conductas de evitación o rechazo.

El papel del profesional de la Atención Temprana frente a las atribuciones generadoras de estrés, es ayudar al cuidador habitual para reconstruirlas. Esos pensamientos y creencias muchas veces son irracionales, lo que debe reestructurarse cognitivamente hasta transformarlos en concepciones más racionales y menos relevantes. Como estrategia para esto, el Modelo de Entornos Competentes sugiere crear conflictos cognitivos, donde el cuidador necesite buscar alternativas relacionadas con esas atribuciones generadoras de estrés, relacionándolas a otras generadoras de competencia, neutralizando sus efectos, considerando y dando relevancia a nueva información. Cuando las atribuciones son generadoras de estrés, y la persona y el contexto las alimentan repitiéndoselas a ellos mismos o contándolas a otros, se va construyendo una red que resta estabilidad al sistema.

La mayoría de las atribuciones, ya sean generadoras de competencia o de estrés, son manejadas por las familias espontáneamente, llegando a un ajuste que les permite manejar la ansiedad. El profesional de Atención Temprana asesora a las familias cuando las atribuciones no están adecuadamente gestionadas de forma espontánea y requieren de una intervención externa, o bien, cuando la familia necesita reafirmar sus roles, para fortalecerlos.

La forma en que el profesional interviene sobre los entornos, es identificando el lugar que ocupan las atribuciones en este proceso, buscando



reforzar aquellas generadoras de competencia y replantear dentro del mismo proceso las que sean generadoras de estrés, siempre en un trabajo colaborativo con los cuidadores habituales.

Al determinar las estrategias del profesional para intervenir en el contexto familiar, es necesario definir algunas premisas sobre las que se basará la intervención.

- *“La familia es la principal responsable y conocedora del niño”*, por lo que tiene el derecho y el deber de involucrarse y participar activamente en el trabajo de la Atención Temprana. Esto implica una actitud de respeto del profesional hacia la familia, facilitando y potenciando su participación activa en la intervención a realizar.
- *“Cada familia es diferente”*, y los profesionales deben ser flexibles, con disposición a encontrar las estrategias idóneas a las características y necesidades de cada una de ellas.
- *“Las familias de las personas con discapacidad no son necesariamente disfuncionales”*, por lo que es necesario cautelar que los estereotipos no influyan en la actitud de los profesionales hacia la intervención. Al etiquetar a una familia como disfuncional, se desencadena en los padres un sentimiento de desamparo que les estresa, y que al profesional no le permite establecer una relación igualitaria y corresponsabilizada.
- *“Las familias atraviesan diferentes momentos en su adaptación”*, y la intervención debe generar los cambios pertinentes a consecuencia de la evaluación continua.
- *“Los padres no son, ni deben ser profesionales”*. El sistema familiar debe comprender que la base de este modelo se encuentra en ellos, y en la importancia de propiciar el desarrollo sano del niño y realizar la estimulación en contextos naturales para generalizar los aprendizajes.
- *“La verdad de los padres es la percepción que ellos tienen de la realidad”*. Cada profesional debe intervenir desde sus percepciones, no desde modelos teóricos previamente establecidos. Es importante



considerar cuando los padres utilizan argumentos fantasiosos, y traducirlo a una serie de atribuciones, necesidades, emociones o expectativas sobre las que hay que actuar.

- *“La relación familia-profesional de Atención Temprana es un proceso de comunicación”*, susceptible de análisis, en el que intervienen diversos factores.

## **B. PERCEPCIÓN DE AUTOCOMPETENCIA**

Este concepto tributa a la forma en que los implicados en el proceso se conciben a sí mismos, de acuerdo a las capacidades con las que cuentan para atender y responder de forma adecuada a las necesidades especiales que presente el niño con trastorno del desarrollo o riesgo de presentarlo. La experiencia ha demostrado que cuando los cuidadores habituales se autodefinen como personas capaces de atender al niño con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, disminuye su negatividad y se imponen a la situación desde una nueva perspectiva, lo que les permite mayor eficacia y satisfacción.

El Modelo de Entornos Competentes, el cual se considera una técnica de intervención efectiva en diferentes entornos, busca potenciar la percepción de autocompetencia de los cuidadores habituales, interactuando de manera fluida entre los sistemas implicados, que son la familia, la escuela y los equipos de Atención Temprana.

El sistema de atribuciones está formado desde las experiencias personales de cada individuo y la interpretación cognitiva que le ha dado a éstas de acuerdo a los acontecimientos a los que se ha enfrentado. El profesional de la Atención Temprana interviene modificando los entornos a través del análisis de las creencias y supuestos de la familia, siendo explícito y consciente del sistema de atribuciones con el que cuentan en relación al niño, a la intervención, a la Atención Temprana, etc., potenciando aquellas atribuciones que generen competencia y replanteando las atribuciones generadoras de estrés, modificando y completándolas, según sea necesario. Esa es la manera en que el profesional



opera con el componente cognitivo de las atribuciones, orientando a la familia en la construcción de su percepción de autocompetencia.

Se comienza por la validación del sistema de atribuciones de los cuidadores habituales para plantear progresivamente nuevos constructos o conflictos cognitivos que cuestionen sus atribuciones previas. Todas las personas implicadas deben experimentar el proceso para poder consensuar sus atribuciones, construyendo en conjunto una visión que aumente la percepción de autocompetencia y la corresponsabilización del equipo.

### **C. CORRESPONSABILIZACIÓN**

La familia y el equipo de Atención Temprana son subsistemas con capacidades y necesidades particulares que tienen la misma importancia y nivel de significación, ya que constituyen un equipo con un objetivo en común: el desarrollo armónico del niño.

La forma en la que definen todos los elementos de un sistema de atribuciones frente a la discapacidad, la intervención y la institución, es lo que se conoce como la corresponsabilización. En torno a ésta, se define la intervención dando cabida a expectativas compartidas, coordinando los objetivos a trabajar en las diferentes áreas de desarrollo del niño, designando las funciones de los implicados y ajustando en conjunto las expectativas de los resultados a obtener. La corresponsabilización se relaciona directamente con la percepción de autocompetencia de todos los subsistemas.

El objetivo final no es que todos se conviertan en profesionales especialistas en Atención Temprana, sino que cada uno, desde su rol correspondiente, sea un aporte al proceso de construir entornos competentes que permitan el desarrollo más adecuado e integral posible para el niño.

### **2. 2. 2. 2 ESTRATEGIAS GENERALES DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS**

A continuación, se definen las estrategias generales que, desde el Modelo de Entornos Competentes, podrían ser válidas en el trabajo con las familias.

## **ESTRATEGIA N°1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN**

Se construye un sistema de atribuciones compartidas entre la familia y el profesional de Atención Temprana, contrastando constructos y atribuciones existentes frente a la discapacidad y la intervención, delimitando y ajustando los roles y expectativas de todos los implicados.

Durante todo el proceso de intervención se realizarán entrevistas, en las cuales se intentará responder a las tres preguntas clave: ¿Qué pretendemos? ¿Cómo lo vamos hacer? ¿Por qué? Se debe cautelar no perder de vista el objetivo de la intervención; favorecer el desarrollo del niño.

El profesional de la Atención Temprana en primer lugar, deberá iniciar un proceso de validación de las atribuciones de los cuidadores habituales, y progresivamente, planteará nuevos constructos que los distintos implicados experimentarán para incorporarlos a las atribuciones comunes al equipo; siempre en función de la capacidad de cada sistema, y la situación o circunstancia en la que se encuentre, aumentando la percepción de autocompetencia y corresponsabilización.

## **ESTRATEGIA N°2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN**

Un solo profesional presenta el trabajo cooperativo, es decir, se responsabiliza de realizar el seguimiento familiar e informar a otros profesionales que trabajan con el niño. Este profesional se define como la persona de referencia para la familia.

La intervención sistemática y frecuente con el niño, a cargo de profesionales de la AT tiene por objetivo monitorear las adquisiciones del niño, logrando un conocimiento concreto del desarrollo del mismo, lo que permite asesorar a los cuidadores habituales de manera clara y efectiva. Por otra parte, los cuidadores habituales se autoperciben como los estimuladores del niño, considerando la intervención profesional como un instrumento de diagnóstico y





evaluación continua, que les ofrece seguridad y confianza para compartir sus ansiedades.

### **ETRATEGIA N°3: INCIDIR EN LO POSITIVO**

Estrategia que se basa en las siguientes acciones como partir de los logros en lugar de las carencias. El hecho de dar atención a los avances favorece la motivación del niño y de la familia, y el aumento de su percepción de autocompetencia al atribuirlos a sus propias acciones. El profesional de la Atención Temprana debe evidenciar y reforzar los avances del niño, reconociendo que en todo progreso hay mérito de una familia que refuerza y apoya desde contexto natural, haciendo posible que generalice sus aprendizajes a todos los contextos. Por lo tanto, la familia debe compartir con el profesional el mérito de cada logro. De esta manera, aumenta la satisfacción de los padres respecto de la intervención, lo que mejora su forma de interactuar con el niño y generando una sensación de bienestar en el sistema familiar.

Reforzar las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño: Es una estrategia efectiva para que los padres se sientan seguros frente a sus acciones.

Rescatar los aspectos positivos del entorno familiar. Destacar las fortalezas del sistema familiar, sin insistir en sus carencias.

Poner el punto de referencia en el propio niño, en un momento anterior y no en la normalidad. Al tomar como referencia al propio niño, es posible detectar con facilidad sus avances. Por el contrario, si los padres se guían por los hitos del desarrollo, quedarán de manifiesto las limitaciones. Además, poner el punto de referencia en el niño hace que el equipo de trabajo tenga claras sus características, al margen del trastorno del desarrollo.

Mantener un margen de expectativa positiva aunque se mantenga la incertidumbre respecto al pronóstico. Las expectativas son lo que orientan la intervención en sí, y si éstas son extremadamente bajas tenderá a limitar la estimulación que el niño recibe.

#### **ESTRATEGIA N°4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES**

Los sistemas implicados en el proceso dominan suficiente información para participar en la toma de decisiones. Es necesario que todos los sistemas participen activamente, evitando generar situaciones de imposición de ideas o falta de compromiso. El profesional cautelará evitar juicios omnipotentes y tecnicistas para ratificar alguna superioridad frente a las familias, valorando las opiniones de los padres y validando sus sentimientos de competencia. En ocasiones, el profesional deberá aprobar constructos o modelos mentales aparentemente inapropiados, para lograr el objetivo último que es generar competencia y confianza recíproca.

#### **ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL**

El flujo de información resulta indispensable para el funcionamiento eficaz del sistema de atribuciones; a mayor dominio de información, mejor será la interpretación y previsión de acontecimientos. Pero la información debe fluir en distintas direcciones profesional- familia y familia- profesional, ya que todos los sistemas necesitan la información para hacer construcciones eficaces.

El papel del profesional será clarificar la información, interpretarla y traducirla para hacerla más accesible a todos, enfatizar la información relevante sobre la irrelevante. Por tanto, el profesional debe tener una fuerte preparación en la comunicación, para desempeñarse adecuadamente. Será además un mediador entre los sistemas de familia y el sistema educativo.

#### **ESTRATEGIA N°6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD**

Las familias necesitan sentir que el profesional de la Atención Temprana está disponible para ellos, ya sea en cuanto a tiempo o a actitudes verbales y no verbales. También es necesario coordinar los diferentes servicios, evitando situaciones de confrontación entre los profesionales que inciden en el mismo caso.

### **ESTRATEGIA N°7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA**

En todo proceso de comunicación surgen emociones y sentimientos, e ignorarlos podría arriesgar la eficacia del proceso. Es necesario tener tolerancia frente a la expresión de emociones de la familia, ser cuidadosos al identificarlas y denominarlas para facilitar el ajuste de ellas, además de contar con el conocimiento y manejo de sus propias emociones.

Las emociones evolucionan a través del proceso, y se debe reflexionar sobre ellas. La adaptación de la familia implica generalmente actitudes de confusión o escepticismo, las que pueden afectar el desarrollo del proceso. El profesional de la Atención Temprana deberá entonces manejarlas, ajustando la distancia emocional en cada caso, para evitar perjuicios en la intervención.

### **ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTINUAMENTE EL PROCESO**

El error es un elemento clave del aprendizaje y muchas veces, el punto de partida de nuevas estrategias. A partir de esto, se genera una actitud reflexiva respecto a los logros del niño, las estrategias profesionales, la relación con la familia, entre otros.

Considerando lo anterior, el proceso de comunicación padres-educadores-profesionales deben ajustarse en cada caso, proponiendo concretamente de acuerdo al análisis de los resultados.

En la presente investigación se consideran fundamentales las estrategias que se acaban de describir, ya que a través de un análisis exhaustivo de cada una de éstas, se pretende determinar el nivel de implementación del Modelo de Entornos Competentes en los centros de Atención Temprana de la intercomuna de Concepción y así poder establecer un panorama general del estado de la Atención Temprana en Concepción.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO DE REFERENCIA**

#### **3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Debido a que la presente investigación tiene como objetivo analizar las estrategias de intervención con las familias que utilizan los equipos interdisciplinarios en el nivel de Atención Temprana dentro de Escuelas Especiales, se ha utilizado el enfoque mixto de investigación, el cual es un “proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema”. (Teddlie y Tashakkori, 2003; Creswell, 2005; Mertens, 2005; Williams, Unrau y Grinnell, 2005; citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 787)

#### **3.2 UNIDAD DE ESTUDIO**

##### **3.2.1 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población se conformó por diferentes profesionales (fonoaudiólogos, educadores diferenciales, psicólogos, entre otros), quienes se desempeñan en el nivel de Atención Temprana, en seis Escuelas Especiales cuyos planes y programas están actualizados y validados por el MINEDUC al año 2015, y que atienden a niños con riesgo biológico en la intercomuna de Concepción (Concepción y Talcahuano).

La muestra total quedó conformada por diecisiete profesionales, pertenecientes a equipos interdisciplinarios del nivel de Atención Temprana de cuatro Escuelas Especiales. De ellos, nueve son Educadoras Diferenciales de las cuales cinco corresponden a docentes de aula y cuatro ocupan cargos directivos, tres corresponden a fonoaudiólogos, tres a kinesiólogos y dos a psicólogos.

Dos centros no fueron parte de la muestra, debido a falta de disponibilidad, y dificultades en la coordinación de las entrevistas.

### 3. 2. 2 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de información se aplicó una Entrevista Mixta o Semiestructurada, que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), se basa en un conjunto de asuntos o preguntas, donde el entrevistador tiene la libertad de realizar preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados; es decir, no todas las preguntas están predeterminadas.

La entrevista tuvo por objetivo analizar la implementación de las estrategias de intervención con las familias, utilizadas por los profesionales de la Atención Temprana. Esta entrevista fue registrada a través de grabación de audio, previo consentimiento informado de los participantes.

Preliminarmente, se solicitó información personal de los entrevistados; la edad, sus años de experiencia, su profesión, el cargo que desempeña en el establecimiento y las horas de trabajo en este.

La entrevista está compuesta por diez preguntas abiertas, que buscan averiguar la implementación de ocho estrategias de intervención con las familias, sugeridas por la Dra. Sonsoles Perpiñán Guerras en el marco del Modelo de Entornos Competentes (2009). Cada una de ellas ha sido analizada en profundidad, y con propósito de esta investigación, se han definido treinta y tres acciones fundamentales para su implementación. A continuación se menciona cada una de las estrategias y se describen las acciones fundamentales que abarcan:

- ESTRATEGIA 1: Definir un modelo de relación:

Esta estrategia tiene abarca tres acciones fundamentales:

- ACCIÓN 1: construir de un sistema de atribuciones o creencias compartidas entre la familia y el profesional de Atención Temprana. Lo que hace referencia a validar las preconcepciones de la familia, y progresivamente plantear nuevos conceptos, con el fin de que sean implementados por los agentes involucrados en la intervención.



- ACCIÓN 2: contrastar atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención, refiriéndose a la forma en que el profesional y la familia consensúan sus preconcepciones frente a la discapacidad o intervención, generando una visión compartida, que aumente la percepción de autocompetencia de quienes son partícipes de la intervención.
  - ACCIÓN 3: delimitar el papel de cada uno de los participantes en la intervención, quienes definen claramente los objetivos, especificando las acciones que llevarán a cabo cada uno de ellos y el por qué de éstas.
- ESTRATEGIA 2: Sistematizar la intervención

Esta estrategia cuenta con tres acciones fundamentales:

- ACCIÓN 4: designar un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información entre el equipo y la familia.
- ACCIÓN 5: evaluar progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales, lo que se ha definido evaluar como mínimo los progresos del niño al inicio, durante el proceso y al finalizar la intervención
- ACCIÓN 6: definir contactos e interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los distintos momentos del proceso. Es decir que, al comenzar el proceso de Atención Temprana se determinen las fechas de las reuniones y su respectivo objetivo para prever las dudas o necesidades que surjan por parte de la familia, además se definen fechas de las sesiones de intervención en las que participarán.

- ESTRATEGIA 3: Incidir en lo positivo

La tercera estrategia, consta de cinco acciones fundamentales:

- ACCIÓN 7: partir de los logros en lugar de las carencias, por lo tanto, se destacan las fortalezas y potencialidades del niño, por sobre las dificultades que pueda presentar en la intervención.
- ACCIÓN 8: reforzar las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño, aumentando así la seguridad en sus propias acciones.
- ACCIÓN 9: considerar aspectos positivos del entorno familiar, evidenciando los puntos fuertes de la familia, en lugar de insistir en carencias o en sus errores.
- ACCIÓN 10: poner el punto de referencia en el propio niño, evitando comparar el desarrollo de éste con la “normalidad”, enfocándose en la evolución, avances obtenidos y características individuales.
- ACCIÓN 11: mantener un margen de expectativa positivo, logrando que éstas marquen la línea de trabajo de la intervención, aunque se mantenga la incertidumbre respecto al pronóstico

- ESTRATEGIA 4: Colaborar en la toma de decisiones.

Esta estrategia considera sólo una acción fundamental:

- Acción 12: consensuar las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño, generando un compromiso y logrando que todos asuman su papel en la intervención.

- ESTRATEGIA 5: Favorecer la información bidireccional.

Esta estrategia reúne seis acciones fundamentales:

- ACCIÓN 13: establecer un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes, es decir, mecanismos de intercambio de información



desde el profesional a la familia, y viceversa, respondiendo a las necesidades de cada una de las partes.

- ACCIÓN 14: tratar temas relacionados a la Atención Temprana y discapacidad, abordando temas que se ajusten a las necesidades que surgen en cada uno de los agentes implicados en la intervención.
  - ACCIÓN 15: analizar si se abordan otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo, de acuerdo a la edad en que se encuentra el niño.
  - ACCIÓN 16: abordar temas relacionados a las necesidades de la familia, de acuerdo a las inquietudes que ésta manifiesta.
  - ACCIÓN 17: ordenar y estructurar la información de la manera más clara posible al momento de entregar la información a las familias, evitando las ambigüedades con respecto a la situación de su hijo.
  - ACCIÓN 18: interpretar y transmitir la información enfatizando en los aspectos relevantes, asegurando la comprensión y accesibilidad tanto de los padres como de los demás agentes de la intervención.
- ESTRATEGIA 6: Fomentar actitudes de disponibilidad.

Esta estrategia incluye dos acciones fundamentales:

- ACCIÓN 19: se basa en generar instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño, donde el profesional cumple el rol de mediador.
- ACCIÓN 20: respetar la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención, reconociendo las capacidades y competencias de la familia y profesionales de Atención Temprana.



- ESTRATEGIA 7: Establecer una distancia emocional ajustada

A esta estrategia se asocian tres acciones fundamentales:

- ACCIÓN 21: dominio de mecanismos de afrontamiento para las emociones de parte del profesional, considerándolas parte del proceso comunicación, siendo capaz de afrontarlas, tolerarlas, identificarlas y lograr el reajuste de éstas.
- ACCIÓN 22: incluir mecanismos de afrontamiento de las emociones no sólo de los padres, sino también para los profesionales.
- ACCIÓN 23: ajustar la distancia emocional de los profesionales de la Atención Temprana para no perjudicar el proceso de intervención.

- ESTRATEGIA 8: Evaluar continuamente el proceso de intervención.

Esta estrategia está constituida por diez acciones fundamentales:

- ACCIÓN 24: consiste en Identificar los errores y aprender de ellos, es decir, el profesional debe ser capaz de reconocer los errores que se cometieron en la intervención, rescatar lo positivo y considerarlo como una instancia de aprendizaje
- ACCIÓN 25: el adoptar una actitud de investigación permanente, lo que se explica como el interés de parte del profesional por actualizar sus conocimientos en su especialidad y además procura estar informado sobre todos los ámbitos de la vida del niño.
- ACCIÓN 26: considerar los logros del niño, es decir, abordar la intervención desde los logros y potencialidades,
- ACCIÓN 27: analizar si las estrategias utilizadas por el profesional fueron pertinentes.
- ACCIÓN 28: determinar si en el proceso de evaluación se consideran las estrategias utilizadas por la familia, analizando si estas han sido pertinentes.
- ACCIÓN 29: considerar de la relación establecida entre profesional y familia; elemento fundamental en la intervención.



- ACCIÓN 30: considera el punto de vista de la familia en toma de decisiones en la intervención
- ACCIÓN 31: considera el punto de vista de los profesionales en la toma de decisiones en la intervención.
- Acción 32: considera el momento en el que se encuentra la intervención.
- Acción 33: considera la intervención de elementos externos a la intervención.

La entrevista cuenta además con veinticuatro preguntas específicas, denominadas “preguntas clave”, las que tienen por objetivo indagar particularmente en aquellas acciones fundamentales que no hayan sido mencionadas al responder la pregunta abierta. (ANEXO 1)

La información recogida a través de la aplicación de la entrevista mixta a todos los profesionales de un equipo interdisciplinario de Atención Temprana, ha sido transferida a una Matriz de Análisis de Estrategias con la Familia (ANEXO 2), que tiene por objetivo sintetizar y organizar la información obtenida por medio del conjunto de entrevistas aplicadas en un establecimiento, y determinar el nivel de implementación de cada una de las estrategias en cuestión.

La Matriz de Análisis de Estrategias con la Familia, se organiza en primer lugar, mencionando a los profesionales fueron entrevistados, luego definiendo los criterios que determinarán el nivel de implementación de cada una de las acciones y estrategias. Se organiza en torno a las ocho estrategias ya mencionadas; cada una de ellas cuenta con acciones fundamentales, las que son treinta y tres en total.

Con el objetivo de sintetizar la información, se han designado cuatro columnas; la primera contiene las acciones fundamentales en cuestión, la siguiente columna una operacionalización de la misma, en la tercera columna se define el grado de implementación de la acción y en la cuarta columna se registra

un extracto significativo del discurso de los entrevistados, lo que respaldará los resultados, denominados “evidencias”.

En cuanto a los niveles de implementación, cada acción es analizada en profundidad de acuerdo a las respuestas de los profesionales entrevistados en cada centro, y los criterios de evaluación para cada una de las acciones se remite a los siguientes niveles:

- Implementado (I): todos profesionales del centro evaluado concuerdan en que la acción se realiza en el proceso de Atención Temprana.
- Medianamente Implementado (MI): se determina de esta manera en los siguientes casos:
  - o La acción es realizada por uno o más profesionales del equipo, pero no por la totalidad de ellos.
  - o La acción es realizada por los profesionales de manera independiente e intuitiva, pero no está determinada formalmente por el establecimiento o equipo interdisciplinario.
  - o Se manifiestan actividades similares a la acción que se evalúa, pero no se realiza de forma concreta.
- No implementado (NI): La acción no es mencionada en las respuestas de los entrevistados, incluso realizando la pregunta clave correspondiente.

En la Matriz, cada estrategia abarca una o más acciones fundamentales. Para obtener el nivel de implementación de cada estrategia, los criterios utilizados son:

- Implementado (I): La totalidad de las acciones que abarca la estrategia se han determinado como implementadas.
- Medianamente Implementado (MI): Al menos una de las acciones que abarca la estrategia se ha determinado como implementada.
- No Implementado (NI): Ninguna de las acciones que abarca la estrategia se ha determinado como implementada.



### 3. 1. 3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue creado por las tesis de esta investigación y validado por tres docentes especialistas en Educación Especial de la Universidad de Concepción, cuyo perfil profesional se presenta a continuación:

Juez experto 1:

- Educadora Diferencial con más de cinco años de experiencia como profesora de aula.
- Académica de institución de Educación Superior con más de cinco años de experiencia.
- Experiencia en investigación en Atención Temprana.
- Experiencia en formulación de programas de Atención Temprana.

Juez experto 2:

- Educadora diferencial con más de cinco años de experiencia como profesora de aula.
- Académica de institución de Educación Superior con más de cinco años de experiencia.
- Experiencia en investigación en Educación Especial.

Juez experto 3:

- Educadora diferencial con más de cinco años de experiencia como profesora de aula.
- Académica de institución de Educación Superior con más de cinco años de experiencia.
- Experiencia en investigación en Decretos y Programas de la Educación Especial.



**CAPITULO IV**  
**ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

**4.1 RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS**

**4.1.1 PANORAMA GENERAL DE RESULTADOS**

ESTRATEGIA	NIVELES DE IMPLEMENTACION			
	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
ESTRATEGIA N° 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN	MI	I	MI	MI
ESTRATEGIA N°2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN	MI	MI	MI	MI
ESTRATEGIA N° 3: INCIDIR EN LO POSITIVO	MI	MI	MI	MI
ESTRATEGIA N° 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES	I	I	MI	MI
ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL	I	I	MI	MI
ESTRATEGIA N° 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD	MI	I	MI	MI
ESTRATEGIA N°7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA	MI	MI	MI	MI
ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN	MI	MI	MI	MI

#### 4.1.2 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 1

Establecimiento de Educación Especial, que imparte el nivel de Atención Temprana en dos jornadas. Fue posible entrevistar a cinco profesionales, entre ellas: tres Educadoras Diferenciales con mención en Retardo Mental, una Fonoaudióloga y una Kinesióloga. El establecimiento cuenta además con Psicóloga y Trabajadora Social, pero por disponibilidad no fue posible realizar la entrevista a ellas.

##### ESTRATEGIA 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN.

ACCIÓN 1: Construye un sistema de atribuciones compartidas entre la familia y el profesional de Atención Temprana.

Se considera que esta acción fundamental está medianamente implementada, ya que sólo una de las entrevistadas hace mención a esta acción a través del siguiente relato:

*“En la tercera reunión, en abril, yo digo: ‘¿qué es un niño con síndrome de Down, mamás? Ustedes han leído mucho, han buscado en internet’. De acuerdo a su experiencia, cada uno trae una información y algunas no son informaciones tan válidas; y uno dice: ‘muy bien, ¿ustedes traen esa información?, vamos a aclarar...’ (Directora)*

ACCIÓN 2: Contrasta atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención

Se considera que está medianamente implementada, ya que tres de las cinco entrevistadas hacen referencia a este punto, lo que queda demostrado a través de la siguiente evidencia:

*“La primera vez que nos reunimos cuando el papá te viene a preguntar qué es lo que es esto, esa es la primera instancia, por lo general es una reunión informal pero bastante formal donde uno le habla de todo, ellos vienen llenos de preconcepciones que son en su mayoría erradas, y tú hablas del*

*síndrome de Down, de lo que se hace acá... hablas como de la vida en realidad.” (Profesora de Atención Temprana)*

ACCIÓN 3: Delimita el papel de cada uno de los participantes en la intervención.

Se considera que no está implementada, ya que no existe evidencia de ésta en el relato de los entrevistados.

En consecuencia y de acuerdo a los criterios de evaluación definidos para la presente investigación, el nivel de implementación de esta estrategia es medianamente implementado, ya que las acciones fundamentales 1 y 2 fueron evidenciadas en el discurso de algunos de los profesionales de este centro. En cuanto a la acción 3, no es posible demostrar su implementación, ya que ninguno de los entrevistados hace referencia a ésta.

## ESTRATEGIA 2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN

ACCIÓN 4: Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.

Se considera que no está implementada debido a que las respuestas de los entrevistados no concuerdan. Algunos de ellos mencionan que la información se transmite a través de la profesora y otros en cambio, señalan que cada uno de los profesionales transmite la información de acuerdo a su área específica:

*“Para nosotros el profesional pilar, encargado de entregar la información al equipo, del curso y de los niños y de lo que pasa (...) es la profesora encargada del nivel de Atención Temprana.” (Directora)*

*“La comunicación es súper fluida, acá partimos de la base de que no hay un profesional del equipo de trabajo que sea más importante que el otro; son todos importantes. Por lo tanto, si hay una información a entregar desde el área kinésica, la kinesióloga será la encargada de hacerlo, si es del área fonoaudiológica, la fono; si es del área educativa, seré yo (educadora).”*



*Pero no hay un protocolo que diga que la información la entrego yo y nada más que yo.” (Profesora nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 5: Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales.

Se considera que este aspecto está implementado, ya que todos los entrevistados señalaron que el proceso de evaluación se realizaba al menos tres veces al año, como se puede entender en los siguientes extractos de discurso:

*“Inicial, avance y la final...” (Fonoaudióloga)*

*“Siempre cuando llega el niño se evalúa, después se hace una reevaluación a fin de semestre y a fin de año. Pero en atención temprana, en el área motora, cada vez que tomamos un niño para trabajar lo estamos evaluando, porque para trabajar con el niño tenemos que ver que logros ha obtenido para ver si seguimos con el mismo objetivo o no.” (Kinesióloga)*

ACCIÓN 6: Define contactos e interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los distintos momentos del proceso.

De acuerdo a la evidencia, es posible afirmar que esta acción está medianamente implementada, debido a que, si bien la familia interactúa constantemente en las sesiones, esto no necesariamente está planificado ni se realiza en base a objetivos definidos, como se demuestra a continuación:

*“Las actividades están planificadas para que los padres asistan, y cada vez que ellos asisten, ellos pueden intervenir. Y generalmente se trata también que la docente pueda decirle: ‘papá, necesitamos su aporte; díganos usted qué piensa sobre esto.” (Directora)*

*“Yo no tengo reunión con los papás, eso lo hacen las tías; entonces yo los informes se los entrego las tías a fin de semestre y ellas se los entregan a los papás en las reuniones de apoderados. A veces me piden que yo vaya a las reuniones a explicarles a los papás como hacer las tareas, pero*



*generalmente no es necesario porque ellos siempre están conmigo, les voy enseñando diariamente como es el trabajo.” (Kinesióloga)*

Se determina esta estrategia está medianamente implementada, dado que, mediante las respuestas de los entrevistados se ha podido comprobar sólo la implementación total de la acción 5.

### ESTRATEGIA N° 3: INCIDIR EN LO POSITIVO

ACCIÓN 7: Parte de los logros en lugar de las carencias.

Es posible determinar que esta acción está medianamente implementada, debido a que el discurso de dos de las entrevistadas se contraponen, como puede apreciarse a continuación:

*“Como lo veo yo desde la parte fonoaudiológica, primero yo tengo que analizar todo en un informe, una evaluación de cuáles son los aspectos que están más descendidos...” (Fonoaudióloga)*

*“Siempre el resultado de la evaluación se entrega en positivo, y los aspectos que están más descendidos son aquellos que tienes que positivizar y entregarlos de ese modo, para que la familia se motive.” (Profesora nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 8: Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.

Es posible afirmar que esta acción no ha sido implementada, ya que sólo una de las profesionales hace referencia a algo similar, sin embargo es con una intención más bien educacional y no necesariamente como un refuerzo en las conductas de los padres. Esto se puede demostrar en el siguiente relato:

*“Hay algunos casos donde vamos a la par: ‘pucha tía sabe que yo hago esto y esto otro’. Entonces ahí uno va buscando nuevas estrategias: ‘pucha mamita, entonces hágalo con sabores’, con estimulación táctil, con calor,*

*con frío, siempre se buscan otras alternativas para lograr el objetivo...”*  
(Fonoaudióloga)

#### ACCIÓN 9: Rescata los aspectos positivos del entorno familiar

En el discurso de los entrevistados, no ha quedado en manifiesto alguna evidencia de ello, por lo que se considera que no está implementado.

#### ACCIÓN 10: Pone el punto de referencia en el propio niño.

Se determina que esta acción está medianamente implementada, ya que, si bien se fija el punto de referencia en el estándar, los profesionales están conscientes de que estos instrumentos arrojan resultados poco funcionales y no concuerdan con la realidad de sus estudiantes. Este relato da muestra de lo señalado anteriormente:

*"Ficha de evaluación del desarrollo psicomotor de niños con síndrome de Down, en Chile no hay ninguna validada. Por lo tanto, nosotros utilizamos una ficha de evaluación para el desarrollo psicomotor para niños "sanos". Esto va en desmedro de nuestros niños porque siempre va a dar un porcentaje de retraso, pero estamos obligados a ocupar esa ficha. A algunos niños yo les hago alguna adaptación y voy ocupando los implementos que se necesiten: cascabeles, colchonetas, las diferentes cosas que necesitamos en cada caso.”* (Kinesióloga)

#### ACCIÓN 11: Mantiene un margen de expectativa positivo.

Los profesionales entrevistados coinciden en procurar no crear falsas expectativas a los padres y en entregar diferentes opciones y posibilidades para el futuro de los niños, por lo que se considera esta acción como implementada. Una de las evidencias a continuación:

*“Se les entrega información, (...) hacer ver a los padres todas las posibilidades que tienen sus niños y también hacerles ver en forma muy*



*aterrizada, con mucho cuidado sin crear falsas expectativas, pero tampoco poniéndole un techo... ” (Directora)*

Se establece que esta estrategia está medianamente implementada ya que solo se cumple con la realización de la acción 11; las acciones 7 y 10 se encuentran medianamente implementadas, mientras que las acciones 8 y 9 no se encuentran implementadas.

#### ESTRATEGIA N° 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES

ACCIÓN 12: Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño.

Es posible afirmar que esta acción fundamental se encuentra implementada, debido a que todos los entrevistados coinciden en su discurso, señalando que se busca llegar a un acuerdo con la familia al momento de tomar las decisiones en la intervención. Algunas evidencias a continuación:

*“Se llama a la familia y se les informa los objetivos a trabajar, cuáles son los objetivos que nosotros pensamos son de prioridad, si ellos están de acuerdo, si a ellos les gustaría agregar otro y ahí se hace un PACI dos, por decirlo así, que es informado a los papás...” (Jefe Gabinete Técnico)*

*“De toda la información que se recoge se hace un programa y se les dice (a los padres): este es el programa que hicimos para su hijo (...) y vamos a incorporar en éste, algo que vaya de continuidad en el hogar en relación a lo que usted propuso. Entonces, esas propuestas de la familia también, de alguna manera, van a importar en el programa...” (Directora)*

Por consiguiente, la estrategia cumple con los criterios para considerarse implementada.

## ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL

ACCIÓN 13: Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.

Esta acción se considera implementada, ya que la totalidad de los entrevistados señalan que la comunicación entre ellos y las familias es constante y se definen distintos medios para ello. Lo anterior se evidencia a continuación:

*“Se mantiene comunicación vía mail, vía libreta de comunicaciones, y con esto de la tecnología, algo que no es muy formal pero que da bastantes resultados: el Whatsapp...” (Jefe de Gabinete Técnico)*

*“... y siempre está nuestro cuaderno que es para comunicarnos, donde voy enviando las actividades y siempre pongo: por favor papito comentar como resultó la actividad. Por lo general siempre nuestra comunicación es por el cuaderno.” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 14: Trata temas relacionados a la Atención Temprana y la discapacidad. Se considera que está implementado, ya que todos mencionan la organización de talleres, cuyas temáticas se definen de acuerdo a la evolución de la intervención en Atención Temprana. Evidencia de esto, es:

*“En la primera reunión se toca el tema ‘Ha nacido un niño con síndrome de Down’, ahí hacemos una terapia de contención. Cuando los papás están recién llegando podríamos estar cinco horas conversando. Muchos papás también se emocionan, pero ahí se dan cuenta que no están solos” (Directora)*

ACCIÓN 15: Aborda otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo del niño.

Es posible afirmar que el centro lo ha implementado, ya que los entrevistados coinciden en sus relatos, sosteniendo que se realizan talleres de acuerdo a las etapas del desarrollo, abarcando no sólo el nivel de Atención Temprana. Una de las evidencias, dice lo siguiente:

*“Depende, si son las güagüitas las separamos, generalmente en Atención Temprana son temas netamente fonoaudiológicos, por ejemplo mis talleres son de fono, entonces veo que cosas les interesa saber a ellas y voy viendo desde el punto de vista de fono como les puedo ayudar. Después, los que son pre- básico, vemos estrategias de cómo aumentar el lenguaje, como por ejemplo: las primeras palabras del niño, ¿cómo le voy a enseñar? y desde ahí se les otorgan varias estrategias. Y los del básico, generalmente los talleres y charlas son como: del lenguaje que tienen, como podemos potenciarlo.” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 16: Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia.

Se considera que está implementado, ya que a través de reuniones y trabajo conjunto se busca dar respuesta a las inquietudes de las familias, lo que es evidenciado por las diferentes respuestas de los profesionales entrevistados, a saber:

*“A veces me piden que yo vaya a las reuniones a explicarles a los papás cómo hacer las tareas, pero generalmente no es necesario porque ellos siempre están conmigo y les voy enseñando diariamente como es el trabajo.” (Kinesióloga)*

ACCIÓN 17: Ordena y estructura la información para que resulte más clara.

Es posible afirmar que también está implementada, debido a que todos los profesionales aseguran realizar un informe desde su área, y también la entrega de un informe psicopedagógico, incluyendo una síntesis de todas las áreas de intervención. Se evidencia en las siguientes aseveraciones:

*“Entregamos un informe desde el punto de vista psicopedagógico, una síntesis que contempla lo que han entregado los otros especialistas, y yo (educadora) como encargada del grupo, también entrego un punteo en relación a la familia, si su asistencia es regular, cuánto ha aportado, cuánto preguntan, etc.” (Directora)*

ACCIÓN 18: Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.

A través del discurso de los diferentes entrevistados, es posible afirmar nuevamente que el centro se realiza esta acción, procurando evitar el lenguaje técnico, y explicando las situaciones con ejemplos cotidianos, lo que se evidencia claramente en el siguiente relato:

*"Sí, se realiza el informe fonoaudiológico que está dividido en hitos del lenguaje, hitos conductuales, hitos de antes del lenguaje, funciones pre lingüísticas; así se va realizando el informe, se redacta y se les entrega a los padres y vamos viéndolo pero de manera, del lenguaje no técnico, (...) por ejemplo yo les voy diciendo: 'menor no presenta protoimperativos', que es más técnico, porque a mí me exigen que yo redacte un informe así; en este caso, yo les digo: 'mire papito cuando su hijo quiere algo, él no indica con el dedo y éste es un precursor del lenguaje que necesito que adquiera si o si, entonces tenemos que trabajarlo en el hogar. También voy explicando por qué es importante que lo adquiera, se le van dando las explicaciones de lo que debe y no debe hacer...'" (Fonoaudióloga)*

Es posible afirmar, que esta estrategia está implementada en el centro en estudio, ya que ha implementado las seis acciones fundamentales que le corresponden.

#### ESTRATEGIA N° 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD

ACCIÓN 19: Genera instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.

Se manifiesta en las respuestas de los entrevistados, que este aspecto está medianamente implementado, ya que si bien existen redes de apoyo, esto no está oficialmente coordinado. Solo uno de los profesionales cuenta con información oficial al respecto. Evidencia de lo anterior, son los siguientes relatos:

*“Si, pero no estoy muy enterada de cómo funciona esto porque lo que hace eso es la asistente social.”(Kinesióloga)*

*“...Yo sé que sí, (...) pero en realidad son como “paleteadas”, no es como que tengan como convenios.” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 20: Respeta la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención.

Se considera que está implementada, debido a que todas las profesionales hacen referencia al trabajo de un equipo coordinado, que considera la especialidad y profesionalismo de cada uno en el desarrollo de los distintos ámbitos de la intervención. Esto se respalda en la siguiente afirmación:

*“Acá partimos de la base de que no hay un profesional del equipo de trabajo que sea más importante que el otro; son todos importantes.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

A modo de conclusión, se puede afirmar que esta estrategia tiene una mediana implementación, ya que cumple con una de las dos acciones que abarca.

ESTRATEGIA N°7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA

ACCIÓN 21: Domina mecanismos de afrontamiento para las emociones.

Se ha considerado como implementado, ya que si bien estos no están definidos, los profesionales aseguran estar preparados para dicha tarea, recurriendo a su experiencia y conocimiento, lo que se evidencia en las siguientes respuestas:

*“(...) yo creo que esa es la base, darle confianza a los papás y a la medida que uno les da confianza, los papás también se sienten listos para contarnos sus cosas más personales.” (Kinesióloga)*

*“Uno trata de ser súper empática (...) decir mesuradamente lo que puede tener su hijo” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 22: Incluye no sólo a los padres, sino también a los profesionales.

En este punto, es posible afirmar que no se ha implementado, debido a que los profesionales lo reconocen, y a su vez, lo manifiestan como una necesidad del centro. Las evidencias del caso, a continuación:

*“No, yo creo que eso es algo que a nosotros nos falta, de hecho lo hemos hablado un par de veces.” (Kinesióloga)*

*“Le hemos pedido a nuestra psicóloga que a veces nos oriente (...). Hace unos años teníamos un grupo que venía de una universidad (...). Nosotros habíamos pedido que interviniera con nosotros como equipo multiprofesional, pero eso en general, no resultó.” (Directora)*

*“Es bueno tener un soporte emocional, (...) es absoluta y plenamente necesario.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 23: Ajusta la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención, en función a cada caso.

Se establece que esta acción no está implementada, ya que los profesionales entrevistados manifiestan la necesidad de desarrollo de competencias para ajustar sus emociones sin que afecten al proceso de intervención. Esto se evidencia en el siguiente fragmento de discurso:

*“Yo creo que eso es algo que a nosotros nos falta, de hecho lo hemos hablado un par de veces. (...) se ha tratado como poder hacerlo, porque también es harta la carga, en un principio por ejemplo; yo creo que las que llevamos harto tiempo ya no, porque uno aprende a dejar de lado un poco la pega de la casa.” (Kinesióloga)*

A partir de la información recopilada, es posible afirmar que esta estrategia cumple con el criterio de medianamente implementado, ya que sólo se cumple la acción 21, mientras que las acciones 22 y 23 no se encuentran implementadas



## ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

### ACCIÓN 24: Identifica los errores y aprender de ellos

Esta acción se considera implementada, ya que los profesionales señalan que dentro de las instancias de evaluaciones se analizan los errores tomándolos como parte de proceso. Lo anterior se refleja en los siguientes extractos del discurso de los profesionales:

*“Con el equipo de trabajo, con la directora, con la Jefe de Gabinete Técnico, los docentes, todo el equipo de trabajo (...) se analizan la fortalezas y las debilidades del trabajo tanto como de los profesionales, de los niños y del colegio...” (Fonoaudióloga)*

*“La información no sólo se da a conocer, sino que se dan estrategias a seguir tanto aquí como en el hogar, por un periodo de tiempo y después se evalúa; ¿Qué pasó? ¿Qué faltó?...” (Directora)*

### ACCIÓN 25: Adopta una actitud de investigación permanente.

Este aspecto se considera como implementado, ya que la mayor parte de los entrevistados lo han manifestado a través de sus respuestas, como se ve a continuación:

*“Son temas que se van desarrollando al interior del equipo; ¿Cómo se desenvuelve la familia? ¿Cómo se va desarrollando el niño? ¿Cuáles son las dificultades que se pueden presentar? ¿Cómo las podemos solucionar?...” (Directora)*

*“...Como los papás también vienen, entonces generalmente uno va conversando con ellos; por ejemplo uno les pregunta: ¿Qué es lo que hace en la casa? ¿Dónde lo deja? ¿Está acostado todo el día? ¿Está sentado? ¿Lo deja que gatee?” (Kinesióloga)*



ACCIÓN 26: Considera los logros del niño.

Esta acción se considera no implementada, ya que ninguno de los profesionales entrevistados hace mención directa a ello.

ACCIÓN 27: Analiza si las estrategias utilizadas por el profesional son pertinentes.

Se determina que esta acción esta implementada ya que todos los profesionales manifiestan que en el establecimiento existen instancias para reevaluar las metodologías y estrategias utilizadas por los profesionales, como queda en evidencia a continuación:

*“En julio tenemos una reevaluación del semestre, donde se ve cómo va nuestro PACI, si es correlativo o no, si se desfasó mucho, si hay que redeterminar algunos apoyos; en caso de ser necesario” (Jefe Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 28: Considera las estrategias utilizadas por la familia, analizando si éstas han sido pertinentes.

Por lo tanto se considera que este aspecto esta implementado, ya que los profesionales entrevistados han dado evidencia de lo anterior como se ejemplifica en el siguiente discurso:

*“Se evalúa también la forma en que los padres van respondiendo, van colaborando y se van comprometiendo.” (Directora)*

ACCIÓN 29: Considera la relación establecida entre profesional y familia; elemento fundamental en la intervención y que no ha sido mencionado por ninguno de los entrevistados, por lo que se considera que no está implementado.

ACCIÓN 30: Considera el punto de vista de la familia en las decisiones tomadas para la intervención.

Al analizar las respuestas de los entrevistados se puede afirmar que el centro lo ha implementado, ya que se despliegan diferentes conductas que

involucran a los padres, comprometiéndolos en el proceso; lo que se evidencia a continuación:

*“De toda la información que se recoge se hace un programa y se les dice (a los padres): este es el programa que hicimos para su hijo (...) y vamos a incorporar en éste, algo que vaya de continuidad en el hogar en relación a lo que usted propuso...” (Directora)*

*“(Las decisiones) se toman siempre con los padres, siempre acompañados...” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 31: Considera el punto de vista de los profesionales en la intervención.

Al igual que en el caso anterior, esto se considera implementado, ya que todos los profesionales hacen referencia a ello. Evidencia de lo anterior, a continuación:

*“Nosotros trabajamos súper en conjunto con las tías; no es que yo me meta en la parte de las tías o de la fono, pero sí preguntamos de todas las áreas, para saber bien como trabajar”. (Kinesióloga)*

ACCIÓN 32: Considera el momento en el que se encuentra la intervención.

No existen aseveraciones que indiquen el cumplimiento de esta acción, por lo que se considera como no implementada.

ACCIÓN 33: Considera en la intervención elementos externos al proceso de Atención Temprana.

Tras el análisis de las entrevistas, es pertinente afirmar que se encuentra medianamente implementado, debido a que sólo uno de los profesionales entrevistados hace mención a ello. La evidencia de esto, es:

*“En la inicial, cuando son niños muy nuevos se recogen datos de la anamnesis (pre- peri y postnatales), datos médicos, datos del contexto de la casa, como es la educación en la casa, con que herramientas cuenta, todo lo que respecta al hogar, si hay algún diagnóstico en la familia (...),*



*desarrollo psicomotor, desarrollo lingüístico, todos eso datos de anamnesis. Después, en los hitos del lenguaje, hitos de funciones pre lingüísticas como el soplo y la masticación y me interesa mucho si tiene controles médicos , porque por ejemplo teníamos un niño que tenía síndrome de West , lo que tenía que considerar para poder hacer la terapia ya que se me podía descompensar, entonces esas cosas tenía que analizarlas(...) y siempre el compromiso con la casa, por ejemplo: en la casa ¿con quién cuenta para hacer las tareas? porque si no cuento con nadie, no le enviare tareas si en la casa no las van hacer...” (Fonoaudióloga)*

Teniendo un panorama general de la estrategia N° 8, se determina que se encuentra medianamente implementada, ya que, si bien se cumplen acciones como las 24, 25, 27, 28, 30 y 31, existe otros de los que no se ha encontrado evidencia, como por ejemplo las acciones 26, 29 y 32.

En síntesis el equipo interdisciplinario 1 cuenta con dos estrategias que se implementan totalmente; entre ellas se encuentran el colaborar en la toma de decisiones y favorecer la información bidireccional. Mientras que las demás acciones están medianamente implementadas.

### 4.1.3 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 2

Establecimiento de Educación Especial, que imparte el nivel de Atención Temprana en una jornada. Fue posible entrevistar a cinco profesionales, entre ellas: dos Educadoras Diferenciales con mención en Retardo Mental, una Fonoaudióloga, un Kinesiólogo y una Psicóloga.

#### ESTRATEGIA 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN.

ACCIÓN 1: Construye un sistema de atribuciones compartidas entre la familia y el profesional de atención temprana.

Se considera que esta acción fundamental está implementada, ya que todos los entrevistados hacen mención a esta acción, lo que se evidencia a través del siguiente relato:

*“Se hacen sesiones compartidas para mostrar lo que el niño es capaz de hacer, y para que los papás vean a este niño desde otra perspectiva; que con apoyo sí logran hacer cosas, si se hace un trabajo sistemático sí logran llegar a ciertas metas u objetivos.” (Psicóloga)*

*“Durante el proceso, la profe en diversos talleres, por ejemplo, se van dando espacios a la reflexión, a la conversación y a veces a la reelaboración de ciertas ideas o concepciones que traes los papás, temores... estos talleres han sido diseñados tomando esas ideas.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 2: Contrasta atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención.

Se considera que está implementada, ya que los cinco entrevistados mencionan que los principales objetivos son planteados por los padres, y que ellos cumplen la labor de orientar y direccionar las acciones, lo que queda demostrado a través de la siguiente evidencia:



*“Así que los papás van decidiendo sus prioridades de acuerdo a las áreas de desarrollo; nosotros igual vamos dirigiendo un poco porque a veces como que es demasiado amplio, así que vamos dirigiendo como en las áreas, pero principalmente es a través de la libre elección de los papás.”*  
(Fonoaudióloga)

ACCIÓN 3: Delimita el papel de cada uno de los participantes en la intervención

Se considera que está implementada, ya que todos los entrevistados, de una u otra forma, hacen mención a una suerte de responsabilidad compartida entre las familias y los profesionales. La evidencia más clara se expone en el relato a continuación:

*“Dependiendo principalmente de las decisiones que se tomen. Pongámonos en un caso extremo: una decisión va a ser que el estudiante tiene problemas de alimentación, entonces le vamos a mandar a hacer un examen objetivo porque creemos que quizás no es la solución que coma por boca. Entonces nosotros por este lado le vamos contando qué significa que él cambie de alimentación, cómo lo vamos a hacer, cómo es el proceso de rehabilitación, dónde tiene que ir, etc. La gracia es que, como vamos a estar todos en esa decisión, todos vamos a hacer lo mismo. Los papás serán responsables de hacer el examen y acá desde las diferentes áreas vamos a trabajar en función de esa decisión.”* (Fonoaudióloga)

En consecuencia y de acuerdo a los criterios de evaluación definidos para la presente investigación, el nivel de implementación de esta estrategia implementado, ya que los relatos de los participantes evidencian que las acciones fundamentales 1, 2 y 3 son realizadas en el centro.

ESTRATEGIA 2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN

ACCIÓN 4: Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.



Se considera que está implementada, debido a que todos los entrevistados concuerdan en que la profesora es la coordinadora del equipo y encargada del flujo de información entre la familia y los profesionales. Es posible respaldar lo anterior en los siguientes extractos:

*“La información la da la profesora; nosotros canalizamos todo por la profesora, salvo que sea algo muy muy específico, o tendría que ser un caso muy excepcional para que yo de la información.” (Psicóloga)*

*“La profesora es la coordinadora y quién canaliza las necesidades.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 5: Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales.

Se considera que este aspecto está implementado, ya que todos los entrevistados señalaron que el proceso de evaluación se realizaba al menos tres veces al año, como se puede entender en los siguientes extractos de discurso:

*“Al inicio, al término del semestre y al finalizar el año; eso lo hacemos en la medida de lo posible. A veces, en los casos de los niños que no van por problemas de salud y puede que falten uno o dos meses, se deja constancia de que no se pudo hacer el proceso de evaluación, porque no se puede inventar.” (Psicóloga)*

ACCIÓN 6: Define contactos e interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los distintos momentos del proceso.

De acuerdo a la evidencia, es posible afirmar que esta acción está medianamente implementada, debido a que, si bien la familia interactúa constantemente en las sesiones y actividades del establecimiento, esto no necesariamente está planificado desde el inicio del proceso ni se realiza en base a objetivos definidos, como se demuestra a continuación:

*“Cuando los papás lo necesitan, las solicitan. A veces también el equipo se lo sugiere, en casos en que haya trabajo kinésico, en este caso, que ellos*

*“pueden apoyar en la casa y que va a ir en beneficio del estudiante.”*  
(Kinesiólogo)

Se determina esta estrategia está medianamente implementada, dado que, mediante las respuestas de los entrevistados se ha podido comprobar sólo la implementación de las acciones 4 y 5.

### ESTRATEGIA N° 3: INCIDIR EN LO POSITIVO

#### ACCIÓN 7: Parte de los logros en lugar de las carencias

Es posible determinar que esta acción está implementada, debido a que el discurso de los entrevistados incluye constantemente la consideración de los logros, valoración del alcance de metas, etc.; como puede apreciarse a continuación:

*“Hacemos una entrevista de proceso, evaluamos el PAI y hablamos de los logros, de lo que tenemos que mejorar, de lo que está pendiente...”*  
(Profesora del Nivel de Atención Temprana)

*“Evaluamos el PAI; los logros, las metas...”* (Profesora del Nivel de Atención Temprana)

ACCIÓN 8: Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.

A pesar de que los diferentes profesionales mencionan considerar las conductas de la familia en la intervención con el niño, en ninguno de sus discursos es posible encontrar una evidencia de que sea realizado con el fin de reforzar las ideas y conductas de los padres, sino que, el fin principal es informativo. Por lo anterior, se considera que esta acción no ha sido implementada.

#### ACCIÓN 9: Rescata los aspectos positivos del entorno familiar

Esta acción está medianamente implementada, ya que en el discurso de los entrevistados, se manifiesta una inquietud por conocer la rutina diaria de los niños



y su familia, considerando todas sus actividades cotidianas. Sin embargo, no se logra evidenciar la valoración de los profesionales hacia estos aspectos: positivos o negativos. Lo anterior se puede observar en:

*“La idea es poder saber cómo el niño se alimenta, cómo responde a algunos estímulos, cuáles son las canciones que conoce, si se descompensa un poco cómo lo consuelan los papás, y también uno desde la perspectiva de su área profesional, comienza un proceso de evaluación más bien informal, lo cotidiano, la interacción... cuál es el manejo conductual que hacen frente a ciertas situaciones.” (Psicóloga)*

ACCIÓN 10: Pone el punto de referencia en el propio niño

Se determina que esta acción está implementada, ya que, los diferentes profesionales evalúan con diferentes instrumentos según las características del niño. Además, se desarrolla un PAI (Programa de Apoyo Individualizado), que es el documento que se utiliza para evaluar y reevaluar, definir y explicar los objetivos, metodologías y estrategias de intervención para cada niño. Es posible observar:

*“Cada profesional evalúa desde la demanda o de lo que se observa, usando diferentes instrumentos, pautas... en definitiva intentamos que el proceso de evaluación sea ajustado a las necesidades de ese estudiante en particular.” (Psicóloga)*

ACCIÓN 11: Mantiene un margen de expectativa positivo.

Los profesionales concuerdan en tomar las expectativas como la base de la intervención. Sin embargo, en el discurso de los entrevistados, no es posible encontrar evidencia puntual acerca de mantener un margen de expectativa positivo, por lo que se considera que está medianamente implementada. Una de las evidencias a continuación:

*“Un elemento que va a servir para el diseño de la intervención, son las expectativas de los papás respecto de su hijo, de lo que quieren que vaya a*



*lograr durante ese año y de lo que esperan del equipo y del colegio.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

Se establece que esta estrategia está medianamente implementada, ya que sólo se cumple con la realización de la acción 7 y 10; las acciones 9 y 11 se encuentran medianamente implementadas, mientras que la acción 8 no se encuentra implementada.

#### ESTRATEGIA N° 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES

ACCIÓN 12: Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño.

Es posible afirmar que esta acción fundamental se encuentra implementada, debido a que todos los entrevistados coinciden en su discurso, señalando que se busca llegar a un acuerdo con la familia al momento de tomar las decisiones en la intervención. Algunas evidencias a continuación:

*“Conversar de las metas, qué esperan ellos, qué pensamos nosotros (...) de cierta forma se va direccionando más menos el proceso, tomando estas expectativas de los papás, sus metas, lo que esperan... más menos es como llegar a un acuerdo.” (Fonoaudióloga)*

Por consiguiente, la estrategia cumple con los criterios para considerarse implementada.

#### ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL

ACCIÓN 13: Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.

Esta acción se considera implementada, ya que la totalidad de los entrevistados señalan que la comunicación entre ellos y las familias es constante y se definen distintos medios para ello. Lo anterior se evidencia a continuación:

*“La agenda es la vía de comunicación formal. Nosotros intentamos mantener la agenda, pero los papás a veces también mandan informes, correos... el curso de Atención Temprana tiene un grupo de whatsapp por ejemplo, aunque eso queda a criterio de cada profesional porque no podemos exigirles que contesten mensajes fuera de su horario de trabajo.”*  
(Jefe de Gabinete Técnico)

ACCIÓN 14: Trata temas relacionados a la Atención Temprana y la discapacidad.

Se considera que está implementado, ya que todos mencionan la organización de reuniones, cuyas temáticas se definen de acuerdo a la evolución de la intervención en Atención Temprana. Evidencia de esto, es:

*“Hay procesos formales e informales. Durante el proceso de adaptación, se crean instancias para hablar de lo que piensan los padres, las expectativas que tienen... sobre lo que es la Atención Temprana.”* (Psicóloga)

ACCIÓN 15: Aborda otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo del niño.

Es posible afirmar que el centro lo ha implementado, ya que los entrevistados coinciden en sus relatos, sosteniendo que se realizan talleres de acuerdo a las etapas del desarrollo, abarcando no sólo el nivel de Atención Temprana. Una de las evidencias, dice lo siguiente:

*“(Los talleres) En el área kinésica se trata del desarrollo motor, para que los papás vean en qué hito está su hijo, qué etapas quemó, qué se va a trabajar y por qué.”* (Kinesiólogo)

ACCIÓN 16: Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia.

Se considera que está implementado, ya que a través de reuniones y trabajo conjunto se busca dar respuesta a las inquietudes de las familias, lo que es evidenciado por las diferentes respuestas de los profesionales entrevistados. Una de ellas, a saber:

*“Principalmente, nosotros en Atención Temprana hacemos una selección de talleres de acuerdo a algunos temas. Estos temas los trabajamos, primero que todo, de acuerdo a lo que vemos en la primera entrevista, porque ahí como que afloran un montón de dudas y cositas que ahí uno descubre. En esos talleres la idea es participar con los papás, y los vamos haciendo de acuerdo a cada especialidad.” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 17: Ordena y estructura la información para que resulte más clara.

Es posible afirmar que también está implementada, debido a que todos los profesionales aseguran participar activamente de la formulación del PAI.

ACCIÓN 18: Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.

A través del discurso de los diferentes entrevistados, es posible afirmar nuevamente que el centro sí lo realiza a través de una política interna de entrega del PAI a los padres.

La evidencia que respalda más claramente la implementación de las acciones 17 y 18, y que explica la forma de realizarlo se enuncia a continuación:

*“En la entrevista inicial, donde se recogen sus prioridades, esas sí o sí tienen que verse reflejadas en el PAI. Y al entregarlo, no se firma; ellos se lo llevan para darle también la última mirada. Se socializa, porque hay mucho detalle técnico, estrategias que hay que explicar. Entonces, sólo cuando lo devuelven y se le han hecho los ajustes, ahí se firma.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

Es posible afirmar, que esta estrategia está implementada en el centro en estudio, ya que ha implementado las seis acciones fundamentales que le corresponden.

## ESTRATEGIA N° 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD

ACCIÓN 19: Genera instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.

Se manifiesta en las respuestas de los entrevistados, que esta acción está implementada, ya que existe una red de apoyo oficial con la que se trabaja de manera coordinada. La evidencia se expone a continuación:

*“Hay algunos más formales y otros más informales, y eso depende más que nada de la institución. Por ejemplo, con un centro de rehabilitación hay un vínculo súper estrecho, porque hay una historia de trabajo en que la mayoría de las instituciones, y en específico, la centro de rehabilitación cree que este centro es específico para niños con parálisis cerebral, entonces envían muchos estudiantes, que son estudiantes que siguen por años yendo al centro de rehabilitación, entonces con ellos se ha logrado un trabajo bien rico de interacción informal y formal, que es cuando se agenda una reunión para todo el equipo con los profesionales del centro de rehabilitación; ellos traen sus carpetas y vamos enriqueciéndonos mutuamente compartiendo la información de ambas partes, y construyendo de alguna forma la visión que tenemos del estudiante.” (Psicóloga)*

ACCIÓN 20: Respeta la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención.

Se considera que está implementada, debido a que todas las profesionales hacen referencia al trabajo de un equipo que trabaja coordinado, considerando la especialidad y profesionalismo de cada uno en el desarrollo de los distintos ámbitos de la intervención. Además, se considera a la familia en el proceso, tal como se muestra en la siguiente afirmación:

*“Pasa que de repente el compromiso motor es grande, es prioridad de la familia y solicitan una sesión compartida. Ellos vienen y participan de la intervención kinésica, se les da algunos tips que ellos pueden hacer en la*



*casa. Entonces ellos vienen, aprenden y trabajamos en equipo.”*  
(Kinesiólogo)

A modo de conclusión, se puede afirmar que esta estrategia tiene una total implementación, ya que cumple con las dos acciones que abarca.

#### ESTRATEGIA N°7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA

##### ACCIÓN 21: Domina mecanismos de afrontamiento para las emociones.

Se ha considerado como implementado, ya que si bien estos no están definidos, los profesionales aseguran estar preparados para dicha tarea, recurriendo a su experiencia y conocimiento, lo que se evidencia en las siguientes respuestas:

*“Si es que detectamos en las primeras entrevistas que hay sensaciones o sentimientos que son un poco más complicados, a veces son duelos mantenidos, segundos hijos con la misma patología o algo pasa en la familia, ahí la psicóloga puede derivar a psicología clínica o acogerla de otra forma en el proceso. A veces hay circunstancias más complejas, que no se van a superar con el acompañamiento natural.”* (Fonoaudióloga)

##### ACCIÓN 22: Incluye no sólo a los padres, sino también a los profesionales.

En este punto, es posible afirmar que está medianamente implementado, ya que mencionan una instancia de conversación grupal como mecanismo informal, pero a su vez reconocen que no cuentan con una instancia formal manifestar sus emociones, e incluso se menciona por algunos como un tema al que se le debe dar más atención. Uno de los profesionales menciona lo siguiente:

*“Yo siento que no tenemos un mecanismo o estrategia para manejar nuestras emociones. Compartimos la información, la historia o la experiencia de la familia, pero de manera muy informal. Este trabajo te sensibiliza más; yo lo enfrento desde la experiencia y desde mi formación,*



*pero no hay algo para las emociones de nosotros.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 23: Ajustar la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención, en función a cada caso.

Se establece que esta acción está medianamente implementada, ya que los profesionales entrevistados manifiestan la existencia de una instancia que les ayuda a ajustar su distancia emocional, pero más que eso, a compartir lo que sienten con profesionales que se enfrentan a lo mismo que ellos. Sin embargo, esta instancia surge espontáneamente, y tiene un carácter informal. Esto se evidencia en el siguiente fragmento de discurso:

*“Lo que más hacemos en la vida es hablar, somos secos para conversar. Así que hacemos como “catarsis grupal”. Nos sirve mucho estar todos juntos en las reuniones con los papás, y eso nos hace ver distintas cosas (...) cada uno desde su área percibe y ve la situación de manera diferente, y al conversarlo nos enriquecemos muchísimo.” (Fonoaudióloga)*

A partir de la información recopilada, es posible afirmar que esta estrategia cumple con el nivel de medianamente implementado, ya que sólo se lleva a cabo la acción 21, mientras que las acciones 22 y 23 se definen como medianamente implementada

ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

ACCIÓN 24: Identifica los errores y aprender de ellos

Esta acción se considera implementada, ya que son dos los profesionales que señalan analizar los errores tomándolos como parte de proceso. Uno de esos casos se expone a continuación:

*“En la entrevista de seguimiento vamos a ver las metas, y vamos a ver bien en qué fallamos, hacia dónde vamos. ¿Tenemos que rediseñar metas? ¿Mantenemos los objetivos o seguimos trabajando esto?” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 25: Adopta una actitud de investigación permanente.

Este aspecto se considera como implementado, ya que todos los entrevistados lo han manifestado a través de sus respuestas, considerando la rutina del niño, coordinando sus acciones con otras instituciones que atiendan al niño, entre otras cosas. Algunos ejemplos a continuación:

*“La profe es la más apasionada de todas, entonces ella transmite eso: busca estrategias, nos busca, es busquilla, catete... y todo eso va en beneficio del equipo y de los estudiantes también.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 26: Considera los logros del niño.

Esta acción se considera implementada, ya que todos los profesionales hacen referencia a la formulación del PAI y evaluación de los logros alcanzados por el estudiante. A continuación, una de las evidencias:

*“Hacemos una entrevista de proceso, evaluamos el PAI y hablamos de los logros, de lo que está pendiente.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 27: Analiza si las estrategias utilizadas por el profesional son pertinentes.

Todos los profesionales lo mencionan al responder la entrevista por lo que se considera que está implementado como queda en evidencia a continuación:

*“En la entrevista de seguimiento vamos a ver las metas, y vamos a ver bien en qué fallamos, hacia dónde vamos. ¿Tenemos que rediseñar metas? ¿Mantenemos los objetivos o seguimos trabajando esto?” (Fonoaudióloga)*





ACCIÓN 28: Considera las estrategias utilizadas por la familia, analizando si estas han sido pertinentes.

Esta acción se considera medianamente implementada, ya que si bien los profesionales consideran las estrategias y conductas de la familia, no se evidencia de forma explícita que se haga un análisis de ellas. No obstante, es posible inferirlo de algunas aseveraciones. Una de ellas se presenta a continuación:

*“Nos interesa mucho ver cómo es su proceso de alimentación, de higiene, cómo le cambia pañitos... todas estas cosas que en el fondo la mamá nos puede explicar, pero lo ideal es que nosotros la veamos.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 29: Considera la relación establecida entre profesional y familia.

Los profesionales entrevistados enfatizan en la importancia de crear un vínculo entre la familia y los profesionales, por lo que esta acción está claramente implementada. Es posible observar lo anterior en los siguientes extractos de discurso:

*“La idea es que los papás o adultos significativos que están incluidos en sala, puedan conocer al equipo de manera más informal.” (Psicóloga)*

*“Desde la teoría sabemos que cuando un niño percibe que su cuidador principal siente confianza o tiene un vínculo con el adulto de la sala, es más fácil la adaptación; se entrega con mayor facilidad. Entonces nosotros queremos proteger ese proceso que es básico para la intervención (...)” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 30: Considera el punto de vista de la familia en las decisiones tomadas para la intervención.

Al analizar las respuestas de los entrevistados se puede afirmar que el centro lo ha implementado, ya que se despliegan diferentes conductas que involucran a los padres, comprometiéndolos en el proceso; lo que se evidencia a continuación:

*“Las decisiones se toman de acuerdo a necesidades que el equipo detecta, y las que la profe recoge en las reuniones de papás y mamás. Tratamos de que los intereses y necesidades de la familia sean atendidos y resueltos en el proceso.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 31: Considera el punto de vista de los profesionales en la intervención.

Al igual que la acción anterior, esta se considera implementada, ya que todos los profesionales hacen referencia a un trabajo coordinado, con posibilidades de reunirse a tomar las decisiones, además de un mecanismo específico para los casos en que no puedan reunirse, logrando que todos aporten efectivamente a las decisiones tomadas. Evidencia de lo anterior, a continuación:

*“Nos ponemos manos a la obra en el equipo, de acuerdo a nuestras prioridades, generamos metas y analizamos si se relacionan o no con las de la familia, conversándolo hasta llegar a un acuerdo al mismo tiempo que la profe sigue desarrollando el PAI y si es más complejo lo hacemos en conjunto. Si no podemos reunirnos, lo hacemos por mail; y tenemos una secuencia, todo un sistema organizado por colores para que cada uno vaya revisando y poniendo sus sugerencias y todo, para definir objetivos, resultados e indicadores de logro.” (Psicóloga)*

ACCIÓN 32: Considera el momento en el que se encuentra la intervención.

Esta acción está implementada, ya que de acuerdo al desarrollo del proceso en Atención Temprana, se van desarrollando talleres que atienden a las necesidades de cada etapa. Evidencia de ello, a continuación:

*“Todos los años hacemos esta seguidilla de mini talleres en las reuniones, en que se deja una hora para reunión, dependiendo de los puntos que ellos decidan y los temas que traten como curso; y otra hora que se hacen estos que les digo yo que son como mini talleres, que el primer semestre son: expectativas, Atención Temprana y alimentación que son los que siempre se repiten. Y luego, el segundo semestre, de ser necesario creamos*



*instancias para capacitar, formar, o crear espacios de conversación o reflexión de otros temas que puedan ser de interés.” (Psicóloga)*

ACCIÓN 33: Considera en la intervención elementos externos al proceso de Atención Temprana.

Tras el análisis de las entrevistas, es pertinente afirmar que se encuentra medianamente implementado, debido a que sólo dos de los profesionales entrevistados hace mención a ello. La evidencia de esto, es:

*“Además consideramos las situaciones que se dan con los papás, o por ejemplo este año se van muchos niños de niveles superiores a jardín infantil o programa de inclusión.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

Teniendo un panorama general de la estrategia N° 8, se determina que se encuentra medianamente implementada, ya que, si bien se implementan acciones como las 25, 26, 27, 29, 30, 31 y 32, existe otras medianamente implementadas, como por ejemplo las acciones 24, 28 y 33.

Resumiendo, el equipo interdisciplinario 2 cuenta con cuatro estrategias que se implementan totalmente; entre ellas se encuentran el definir un modelo de relación, colaborar en la toma de decisiones, favorecer la información bidireccional y fomentar actitudes de disponibilidad. Mientras que las demás acciones están medianamente implementadas.

#### **4.1.4 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 3**

Establecimiento de Educación Especial, que imparte el nivel de Atención Temprana en dos jornadas. Fue posible entrevistar a 5 profesionales, entre ellas: dos Educadoras Diferenciales con mención en Retardo Mental, una Fonoaudióloga, una Kinesióloga y un psicólogo. En este caso, no fue posible entrevistar a la educadora diferencial encargada del nivel de Atención Temprana,

debido a situaciones personales que no le permitieron presentarse en el establecimiento los días agendados para la aplicación de las entrevistas a los equipos interdisciplinarios.

#### ESTRATEGIA 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN.

ACCIÓN 1: Construye un sistema de atribuciones compartidas entre la familia y el profesional de Atención Temprana.

Se considera que esta acción fundamental está medianamente implementada, ya que sólo uno de los entrevistados hace mención a esta acción a través del siguiente relato:

*“La primera aproximación que tiene la familia es con los profesores del área, ellos son los indicados de explicarles que es lo que se hace en un centro de estimulación temprana, cuáles son las expectativas que ellos deben tener del ingreso de su hijo, cuál va ser el trabajo que se va a desarrollar durante el tiempo y se conversa en este caso, sobre cuáles son sus miedos, bastantes temores y preguntas sobre qué es un centro de estimulación temprana y qué pueden lograr sus niños.” (Psicólogo)*

ACCIÓN 2: Contrasta atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención.

Se considera que está medianamente implementada, ya que sólo uno de los cinco entrevistados hace referencia a este punto, explicando a la forma en que se contrastan las ideas de la familia con respecto a la intervención, lo que queda demostrado a través de la siguiente evidencia:

*“Por ejemplo, en mi caso la mayoría de las familias quiere que el niño hable, entonces de acuerdo a las capacidades del niño uno puede ir regulando las expectativas de la familia y así también poder evitar la frustración; porque efectivamente hay niños que van a producir palabras, pero hay casos de alumnos que tienen una mayor gravedad, en que la prioridad no será que*

*produzca palabras sino que se alimente bien sin ningún tipo de riesgo.”*  
(Fonoaudióloga)

ACCIÓN 3: Delimita el papel de cada uno de los participantes en la intervención.

Se establece que esta acción está medianamente implementada, debido a que dos de los entrevistados mencionan la forma en que se delimitan los roles en su intervención, como se expone a través de los siguientes extractos de la entrevista:

*“Se hace un programa especializado para cada niño donde intervenimos todos, por ejemplo yo veo la parte de la interacción social, la kinesióloga la parte que tiene que ver con el movimiento, la fonoaudióloga el lenguaje y la profesora trabaja todos los procesos educativos para tener un plan completo.”* (Psicólogo)

*“Cada uno tiene su plan de intervención con el niño, tanto la familia como los especialistas Y los profesores.”* (Jefe Gabinete Técnico)

En consecuencia y de acuerdo a los criterios de evaluación definidos para la presente investigación, el nivel de implementación de esta estrategia es medianamente implementado, ya que todas las acciones fundamentales que ésta implica (1,2 y 3) están medianamente implementadas.

## ESTRATEGIA 2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN

ACCIÓN 4: Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.

Esta acción se define como no implementada, debido a que la mayoría de los profesionales expresaron que no existe un profesional específico para transmitir la información entre la familia y los profesionales. Esta situación se refleja en los siguientes extractos de discurso:

*“... si yo quiero dar una información a un papá, lo cito yo. En el fondo cada uno se encarga de dar la información al apoderado.”* (Kinesióloga)

*“...el profesional evalúa y luego cada profesional habla con los papás directamente.” (Directora)*

*“Si es algo general, la encargada de transmitir esta información es la profesora, pero si es más específico, el especialista de cada área.” (Jefe Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 5: Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales.

Se establece que este aspecto está implementado, ya que la mayor parte de los entrevistados señalaron que el proceso de evaluación se realiza al inicio del periodo escolar, al terminar el semestre y al finalizar el año, como se puede entender en los siguientes extractos de discurso:

*“Se realiza la evaluación inicial, al final del semestre y a final de año.” (Kinesióloga)*

*“De evaluación formal, es tres veces al año. Y las que vamos haciendo informales son mensuales.” (Jefe Gabinete Técnico)*

*“...las (evaluaciones) formales son la de inicio, del primer semestre y la de término del año.” (Directora)*

ACCIÓN 6: Define contactos e interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los distintos momentos del proceso.

De acuerdo a la evidencia, es posible afirmar que esta acción está medianamente implementada, debido a que la familia participa constantemente de las clases y sesiones con los demás profesionales, sin embargo estas instancias no son necesariamente planificadas ni se realiza en base a objetivos definidos, como se demuestra a continuación:

*“Nosotros siempre invitamos a las mamás que estén en las salas, sobre todo a las mamás de Atención Temprana, porque la idea es que vean lo que se hace, que estén ahí y también les damos seguridad (...) Depende, si hay alguna actividad donde el especialista necesita que este la mamá*

*presente, también se puede planificar, pero en Atención Temprana lo ideal es que la mamá siempre pueda estar los cinco días...” (Jefe Gabinete Técnico)*

Se establece que la estrategia 2 está medianamente implementada, dado que, a través de las respuestas de los entrevistados se ha podido comprobar sólo la implementación total de la acción 5.

### ESTRATEGIA N° 3: INCIDIR EN LO POSITIVO

#### ACCIÓN 7: Parte de los logros en lugar de las carencias

Es posible determinar que esta acción está medianamente implementada, debido a que dos de los profesionales entrevistados hicieron mención a este punto:

*“Se cita al papá, a la mamá y uno les dice: ‘mamá, la reunión es para que conversemos el resultado del avance de las evaluaciones pertinentes con su niño durante este tiempo estuvimos trabajando tal y tal objetivo, ha mostrado avances en ciertas áreas’; siempre tratar de utilizar un lenguaje pro positivo...” (Kinesióloga)*

*“Y a la vez también, vemos cuáles son las habilidades que el niño tiene y a través de esas habilidades podemos potenciar las áreas más deficientes.” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 8: Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.

Se afirma que esta acción no ha sido implementada, ya que ninguno de los entrevistados hace referencia a en sus respuestas.

### ACCIÓN 9: Rescata los aspectos positivos del entorno familiar

La acción 9 se determina como medianamente implementada ya que solo uno de los profesionales menciona el destacar los aspectos positivos del entorno familiar, como se muestra a continuación:

*“Entonces hoy en día la familia tiene mucho conocimiento sobre la discapacidad y son ellos muchas veces los que nos enseñan a nosotros sobre las características de sus hijos, si bien es cierto, uno es profesional del área y estudia las patologías, aprende los cuadros clínicos (...) pero en la técnica, cada uno de los niños responde de manera diferente a los apoyos que uno les puede ofrecer y ahí el trabajo con la familia es fundamental para poder obtener información de la familia, de parte de la madre, involucrarlos dentro del proceso es crucial para obtener los logros que uno espera.” (Psicólogo)*

### ACCIÓN 10: Pone el punto de referencia en el propio niño

Se determina que esta acción está medianamente implementada, ya que dos profesionales indicaron que el punto de partida de la intervención es el propio niño; de esta manera, al comenzar a evaluar se ven las competencias que posee el niño al inicio de la intervención para luego ver sus progresos en la evaluación final. Estos extractos muestran lo señalado anteriormente:

*“...también es importante ver las competencias individuales de cada niño y en base a las funciones o habilidades que vayan presentando al momento de evaluar.” (Kinesióloga)*

*“Al inicio del periodo escolar lo que nosotros tratamos de observar es como está el niño antes de comenzar la intervención. Y al terminar el proceso escolar se revisan los avances que ha obtenido el niño durante el tiempo de intervención.” (Fonoaudióloga)*



ACCIÓN 11: Mantiene un margen de expectativa positivo.

Esta acción está medianamente implementada ya que tres de los cinco profesionales coinciden en que se debe comunicar la información a los padres utilizando un lenguaje pro positivo y manteniendo expectativas realistas. Una de las evidencias a continuación:

*“Hay papás que viene con muchas aprehensiones y otros que tienen muy asumido el proceso, entonces nosotros les decimos a los papás que no se evoquen en todas las deficiencias que presenta el niño, sino que en los avances que podemos lograr; sobre todo con los más pequeños que tienen mucha proyección para poder desarrollar cosas...” (Directora)*

Se establece que esta estrategia está medianamente implementada ya que las acciones 7, 9, 10 y 11 se encuentran medianamente implementadas, mientras que la acción 8 no se encuentra implementada.

#### ESTRATEGIA N° 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES

ACCIÓN 12: Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño.

Es posible determinar que esta acción fundamental se encuentra medianamente implementada, debido a que solo dos de los profesionales señalan que se consensuan las decisiones con los padres para poder asegurar la efectividad de la intervención en distintos contextos, ejemplo de esto se evidencia en el siguiente discurso:

*“En este caso, yo aplico una pauta que se llama ACIQUET que tiene que ver con los objetivos que requiere la familia o cómo a la vez también, podemos trabajar en conjunto con la familia; porque esta pauta consiste en que los objetivos que uno plantea buscan ciertas respuestas con los papás, por ejemplo en el área motriz: quiero lograr tal cosa con un pequeño, pero resulta que en la casa no tiene la misma implementación que acá en la escuela, entonces con los papás nos ponemos de acuerdo y vamos viendo*



*como poder trabajar ese mismo objetivo, pero en la casa, siguiendo las mismas líneas de acción." (Kinesióloga)*

De acuerdo a lo anterior, la estrategia 4 se encuentra medianamente implementada.

#### ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL

ACCIÓN 13: Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.

Esta acción se considera medianamente implementada, ya que sólo uno de los entrevistados señala que la comunicación entre los profesionales y las familias se realiza de manera constante a través de distintos medios e instancias. Lo anterior se evidencia a continuación:

*"Nuestra jefe técnico es la que se hace el vínculo, tenemos varias maneras: tenemos contacto directo, por vía telefónica con la mayoría de los padres, también hay un WhatsApp donde los papás pueden hacer cualquier tipo de consulta (...) Y también tenemos las reuniones de apoderados y citaciones que se hacen." (Psicólogo)*

ACCIÓN 14: Trata temas relacionados a la Atención Temprana y la discapacidad.

Esta acción está medianamente implementada, ya que dos de los profesionales entrevistados mencionan la realización de talleres y reuniones, donde abordan temas relacionados con la discapacidad principalmente, lo que se ejemplifica en el siguiente extracto:

*"Cada profesor ve lo que necesita su nivel y va apoyando. Lo que nosotros hacemos talleres, no reuniones directamente, que son el duelo, habilidades parentales, manejo de conductas desadaptativas... pero son temas aparte, no en las mismas reuniones." (Directora)*

ACCIÓN 15: Aborda otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo del niño.

Es posible afirmar que esta acción se encuentra medianamente implementada, ya que si bien uno de los entrevistados menciona la realización de reuniones donde se abordan temas relacionados con las etapas del desarrollo de los estudiantes, éstas se realizan de manera general para todos los apoderados del establecimiento y no específicamente de acuerdo a la etapa en encuentran sus hijos. Lo que se evidencia en el siguiente discurso:

*“Es que en realidad los temas se tocan de manera general no en las reuniones de micro centro, por ejemplo: un mes nos tocará sexualidad, otro mes el desarrollo del lenguaje, es previo a la reunión, para toda la escuela...” (Jefe Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 16: Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia.

Es posible determinar que esta acción está medianamente implementada, ya que sólo dos de los entrevistados señalan que existen instancias en las que se abordan temas relacionados con las necesidades de la familia en reuniones específicas lo que es evidenciado en el siguiente extracto:

*“A veces nos piden que estemos en las reuniones porque hay muchos papás que tienen dudas, que no saben bien el diagnóstico de su hijo o no saben enfrentar ciertas cosas, por ejemplo: lo que ha estado muy presente es el tema sensorial, entonces la mamá dice: ‘no, es que no quiere comer nada, que sea como el arroz’ y a lo mejor para otras personas es el niño mañoso, el niño no quiere comer, el niño pataleta; pero resulta que en verdad sí le molesta la textura del arroz, entonces ese tipo de cosas no las puede conversar con la profesora (...) y me dicen que un apoderado tiene algunas dudas, entonces yo asisto a la reunión y vamos aclarando las dudas.” (Kinesióloga)*



ACCIÓN 17: Ordena y estructura la información para que resulte más clara.

Es posible afirmar que no se encuentra implementada ya que no existen evidencias al respecto.

ACCIÓN 18: Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.

A través del discurso de los diferentes entrevistados, es posible afirmar que esta acción se encuentra medianamente implementada, ya que sólo tres de los profesionales entrevistados señalan que al momento de comunicar la información a los padres, adaptan algunos términos técnicos a un lenguaje más accesible para ellos. El relato de uno de ellos se presenta como evidencia a continuación:

*“Lo que se hace en ese caso es explicarles efectivamente los resultados de la evaluación. Ahora, también hay palabras bastantes técnicas en nuestra evaluación o en nuestros informes; a la hora de elaborar un informe a la familia yo trato de omitir esos términos técnicos de manera que sea entendible para ellos y lo mismo en la retroalimentación.” (Fonoaudióloga)*

Es posible afirmar, que esta estrategia está medianamente implementada, ya que ha implementado cinco de las seis acciones fundamentales que le corresponden.

#### ESTRATEGIA N° 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD

ACCIÓN 19: Genera instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.

Se manifiesta en las respuestas de los entrevistados, que este aspecto está medianamente implementado, ya que sólo tres de los profesionales mencionaron instancias de coordinación con otras redes y servicios. Ejemplo de lo anterior:

*“Sí, bueno aquí la (Centro de rehabilitación) siempre ha hecho visitas a los niños; y nosotros trabajamos con la derivación del consultorio, de los CESFAM, que es con quienes tenemos más convenio” (Directora)*

ACCIÓN 20: Respeta la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención.

Se considera que está medianamente implementada, debido a que dos de los profesionales hacen referencia a que cada profesional trabaja en coordinación con los demás apoyando el proceso educativo desde su área. Esto se respalda en la siguiente afirmación:

*“...Cada uno sabe cuáles son las competencias de cada uno, nosotros podemos apoyar al otro especialista, pero cada uno tiene claro que la función de la fonoaudióloga es determinada, la del psicólogo... entonces al hablar con los papás, cada uno evalúa y habla con los papás. Así es el proceso como trabajamos.” (Directora)*

ESTRATEGIA N°7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA

ACCIÓN 21: Domina mecanismos de afrontamiento para las emociones.

Se ha establecido como implementado, ya que todos los profesionales aseguran tener experiencias en dicha tarea, recurriendo a sus conocimientos y sentido común, lo que se evidencia en las siguientes respuestas:

*“Me baso más que nada en los conocimientos y en la experiencia que he obtenido en los cursos de perfeccionamiento, cuando curse pregrado”.*  
*(Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 22: Incluye no sólo a los padres, sino también a los profesionales.

Es posible afirmar está medianamente implementada esta acción, ya que algunos profesionales señalan que existen mecanismos de afrontamiento de las emociones propias de los profesionales, y otros en cambio, lo manifiestan como una necesidad:

*“El psicólogo está encargado de llevar este proceso, él a nosotros nos ha capacitado y muchas veces la experiencia de los años te ayuda también a saber manejar la situación...” (Directora)*

*“Deberían enfrentarse en equipo, porque obviamente no todos somos iguales, hay personas que tienen más carácter o menos carácter, otros que son más emotivos o menos emotivos. Pero al menos acá no se han dado instancias para que se busquen estrategias de cómo enfrentar estas situaciones. También tiene que ver la experiencia...” (Kinesióloga)*

ACCIÓN 23: Ajusta la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención, en función a cada caso.

Se establece esta acción como medianamente implementada, ya que sólo una de las profesionales entrevistadas señala la realización de ésta, lo que se evidencia en el siguiente fragmento de discurso:

*“Cuando hay casos complejos en cuanto a las emociones, se derivan al área psicológica; yo como fonoaudióloga puedo contener hasta cierto punto, porque no es mi área específica. Cada vez que pasamos ciertos límites se hacen las derivaciones pertinentes.” (Fonoaudióloga)*

A partir de la información recopilada, es posible afirmar que esta estrategia cumple con el criterio de medianamente implementado, ya que sólo se cumple la acción 21, mientras que las acciones 22 y 23 se encuentran medianamente implementadas

ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

ACCIÓN 24: Identifica los errores y aprender de ellos

Esta acción se considera no implementada ya que no existen evidencias de esta, en el discurso de los entrevistados.

ACCIÓN 25: Adopta una actitud de investigación permanente.

Se establece esta acción como no implementada, debido a que no se lograron recoger evidencias de ésta.

ACCIÓN 26: Considera los logros del niño.

Esta acción se considera medianamente implementada, ya que sólo una de las profesionales entrevistadas menciona considerar tanto los logros como las debilidades del niño en el proceso de evaluación, como queda evidenciado en lo siguiente:

*“(..). Luego, busco la habilidad más alta que tenga y la más baja para plantarme objetivos reales; tengo que saber bien la realidad del problema con que voy a trabajar.” (Kinesióloga)*

ACCIÓN 27: Analiza si las estrategias utilizadas por el profesional son pertinentes

Esta acción esta medianamente implementada ya que solo una persona hace mención al análisis de estrategias utilizadas por el profesional, como queda en evidencia a continuación:

*“Siempre en los consejos tenemos un tiempo semanalmente para ver lo que está pasando, si se lograron los objetivos, evaluar las estrategias y buscar otras cuando algo no nos resulta.” (Directora)*

ACCIÓN 28: Considera las estrategias utilizadas por la familia, analizando si estas han sido pertinentes.

En esta acción se considera como medianamente implementada, ya que sólo uno de los profesionales entrevistados menciona la existencia de alguna instancia en la que se puedan analizar las estrategias y reformularlas en caso de que sea necesario. Ejemplo de lo anterior:

*“Siempre en los consejos tenemos un tiempo semanalmente para ver lo que está pasando, si se lograron los objetivos, evaluar las estrategias y buscar otras cuando algo no nos resulta.” (Directora)*

ACCIÓN 29: Considera la relación establecida entre profesional y familia.

Esta acción no ha sido mencionada por ninguno de los entrevistados, por lo que se considera que no está implementada.

ACCIÓN 30: Considera el punto de vista de los profesionales en la intervención.

Esta acción se define como no implementada, ya que no hubo evidencias de ella en las respuestas de los profesionales entrevistados.

ACCIÓN 31: Considera el punto de vista de la familia en las decisiones tomadas para la intervención.

Se determina que la acción 31, se encuentra medianamente implementada, ya que dos profesionales mencionan la importancia del punto de vista de las familias en la intervención. Lo que se evidencia en las siguientes palabras:

*“En síntesis la opinión que tiene la familia, más que nada las expectativas, por lo menos acá se consideran, porque en realidad el niño está inserto en el colegio, pero en su familia; entonces yo le puedo decir a la familia: ‘no, lo que hay que trabajar es tal cosa y no lo que ustedes piensan’, pero ustedes ¿creen que van a tener refuerzo en el hogar?, entonces no va a ser un trabajo efectivo.” (Fonoaudióloga)*

ACCIÓN 32: Considera el momento en el que se encuentra la intervención.

Se plantea que esta acción no está implementada en este centro, ya que no se obtuvo evidencias en ninguno de los relatos de los profesionales.

ACCIÓN 33: Considera en la intervención elementos externos al proceso de Atención Temprana.

Mediante el análisis de las entrevistas, se determina que esta acción está medianamente implementada, debido a que sólo dos de los profesionales entrevistados hacen referencia a la consideración de elementos externos que puedan influir en el proceso de intervención. Ejemplo de lo anterior es:

*“O sea, lo que yo recopilo es la historia, los antecedentes y la conclusión ya sea sensorial o motriz con la que voy a trabajar, eso es lo que yo recopilo al final y dependiendo de eso en el informe voy a colocar lo mismo. Y otra forma de evaluar es con la CIF, que es una Clasificación*





*Internacional de las Funciones, y que toma muchas áreas también, no sólo la parte motora, sino que también la parte del entorno; si el entorno que rodea al niño es adecuado para su condición...” (Kinesióloga)*

Teniendo un panorama general de la estrategia N° 8, se determina que se encuentra medianamente implementada, ya que las acciones las 27, 28, 31, 32 y 34 se cumplen medianamente. Por otro lado existen otras de las que no se ha encontrado evidencia, como por ejemplo las acciones 25, 26, 29, 30 y 33.

En el caso del equipo interdisciplinario 3, la totalidad de las estrategias se encuentran medianamente implementadas

#### **4.1.5 EQUIPO INTERDISCIPLINARIO 4**

Establecimiento de Educación Especial, que imparte el nivel de Atención Temprana en dos jornadas. Fue posible entrevistar a dos profesionales, ambas Educadoras Diferenciales con mención en Retardo Mental. El establecimiento cuenta además con Kinesiólogo, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional y Psicóloga, pero por temas de disponibilidad, no fue posible realizar la entrevista a ellas.

**ESTRATEGIA 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN.**

**ACCIÓN 1:** Construye un sistema de atribuciones compartidas entre la familia y el profesional de Atención Temprana.

Se considera que esta acción fundamental no está implementada, ya que en el desarrollo de las entrevistas no fue posible reconocer evidencia de que esto sea parte del proceso de intervención.



ACCIÓN 2: Contrasta atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención.

Se considera que está medianamente implementada, ya que sólo una de las entrevistadas hace referencia a este punto, refiriéndose a la forma en que se contrastan las ideas de la familia con respecto a la intervención, lo que queda demostrado a través de la siguiente evidencia:

*“Generalmente se hace una especie de construcción de objetivos en conjunto: las expectativas que tienen los padres versus las expectativas que tengo yo como educadora.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 3: Delimita el papel de cada uno de los participantes en la intervención

Se establece que esta acción está medianamente implementada. Si bien es cierto, ambas educadoras hacen mención a delimitar los roles, estos están delimitados principalmente por el área profesional de cada uno y no necesariamente definidos para la intervención. La evidencia es el relato a continuación:

*“Los roles están especificados en el PEI de la escuela; cada profesional tiene claro cuáles son sus roles. La encargada siempre de los alumnos es la profesora; el psicólogo, el fonoaudiólogo, el kinesiólogo, el terapeuta ocupacional prestan un apoyo en las áreas que los niños tienen deficiente, de acuerdo su especialidad. Pero la encargada del curso es la profesora.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

De acuerdo a los criterios de evaluación definidos para la presente investigación, el nivel de implementación de esta estrategia es medianamente implementado, ya que dos de las tres acciones fundamentales que esta implica (2 y 3) están medianamente implementadas, mientras que no se hallan evidencias de la acción 1.

## ESTRATEGIA 2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN

ACCIÓN 4: Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.

Se define como no implementada, debido a que las profesionales expresaron información que no concuerda. Esta situación se refleja en los siguientes extractos de discurso:

*“En este establecimiento la información está filtrada por la psicóloga; la psicóloga es quien tiene el mayor acercamiento con las familias, diría yo.”  
(Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

*“La profesora o la dirección de gabinete técnico, pero el conducto regular es la profesora, si la mamá no encontró respuesta ahí entonces puede venir donde mí, y luego donde la directora. Pero aquí se valida el rol de la educadora dentro del aula.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 5: Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales.

Se establece que este aspecto está implementado, ya que ambas entrevistadas señalaron que el proceso de evaluación se realiza al inicio del periodo escolar, al terminar el semestre y al finalizar el año, como se puede entender en los siguientes extractos de discurso:

*“Las evaluaciones acá se realizan a principio de año, a mediados de semestre y de finalización; 3 veces al año.” (Profesora del nivel de Atención Temprana)*

*“Evaluación diagnóstica, evaluación de fin de semestre y la reevaluación; tres veces en el año.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 6: Define contactos e interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los distintos momentos del proceso.

De acuerdo a la evidencia, es posible afirmar que esta acción no está implementada. A pesar de que se hace mención a ello, se realiza de manera

desorganizada y sin plantearse objetivos específicos. Evidencia de ello se encuentra en el siguiente relato:

*“Yo tengo la dinámica que el papá que quiera entrar a la clase, entre; no tengo ningún problema que ellos participen. Me interesa que ellos participen de la rutina para que vean cómo se trabaja, porque por ejemplo, de repente los papás no se explican cómo les vas a enseñar a un niño los sonidos onomatopéyicos; a mí me gusta que ellos entren, pero nunca entran porque es su momento más libre. Cuando yo tengo la necesidad de pedirle a un papá que se quede, se queda y les explico cómo tiene que trabajar.” (Jefe Gabinete Técnico)*

Se establece que la estrategia 2 está medianamente implementada, dado que, mediante las respuestas de los entrevistados se ha podido comprobar sólo la implementación total de la acción 5.

### ESTRATEGIA N° 3: INCIDIR EN LO POSITIVO

ACCIÓN 7: Parte de los logros en lugar de las carencias.

Es posible determinar que esta acción está medianamente implementada, debido a que ambas profesionales hicieron mención a este punto, mencionando la importancia de los logros como se demuestra a continuación:

*“Yo lo explico de manera bien concreta. Por ejemplo: el alumno tiene fortalezas que son tal y cual cosa, por ejemplo: que le gusta explorar, alcanzar objetos, muestra interés en el medio, y que la dificultad que presenta en esa área tiene que ver con que no adquiere todavía la posición bípeda. Entonces, ¿en qué nos vamos a focalizar? En conseguir aquello, en todo lo que tenga que ver con lograr la posición bípeda, apoyándonos en las fortalezas que él tiene.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

*“Se recoge información de las habilidades, fortalezas y debilidades del alumno en todas las áreas del desarrollo.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*



*“Pero no me centro en las habilidades que no tienen, sino en lo que van aprender.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 8: Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.

Se afirma que esta acción no ha sido implementada, ya en las respuestas de las profesionales entrevistadas no se hace referencia a ello.

ACCIÓN 9: Rescata los aspectos positivos del entorno familiar.

Se establece como implementada, a consecuencia de que ambas profesionales mencionan la consideración de aspectos positivos del entorno familiar. Se muestra a continuación uno de los relatos, a modo de evidencia:

*“Entonces la evaluación diagnóstica incluye: la evaluación directa con el niño, en cuanto a las capacidades y potencialidades que tienen; y respecto al núcleo familiar, quién genera el apoyo, quien genera el vínculo, quién genera el apego.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 10: Pone el punto de referencia en el propio niño

Se determina que esta acción está implementada, ya que, ambas profesionales indicaron que el punto de partida de la intervención es el propio niño. Estos extractos muestran lo señalado anteriormente:

*“Yo no utilizo muchos instrumentos formales, a menos que el establecimiento me lo pida, pero en general uso listas de cotejo, pautas de observación...” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

*“Aplico un instrumento que este año creamos en esta escuela, basado en los mapas de progreso; entonces tengo los objetivos y los aprendizajes esperados claros para los niños de acuerdo al tramo de edad, entonces hay: de 0 a 6 (meses), 6 a 18 (meses) y de 18 (meses) a 3 (años) y me involucra el tema de la guaguas. Ese instrumento es lo que estoy ocupando*



*actualmente; antes yo siempre evaluaba en comparación al desarrollo psicomotor normal". (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 11: Mantiene un margen de expectativa positivo.

No es posible definir esta acción como implementada, debido a la ausencia de evidencias en el discurso de las entrevistadas.

Se establece que esta estrategia está medianamente implementada ya que las acciones 7, 9, y 10 se encuentran medianamente implementadas, mientras que las acciones 8 y 11 se definen como no implementadas, por falta de evidencias.

#### ESTRATEGIA N° 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES

ACCIÓN 12: Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño.

Es posible determinar que esta acción fundamental se encuentra medianamente implementada, debido a que las profesionales mencionan cosas diferentes entre ellas. El respaldo de esto, se presenta a continuación.

*"Generalmente, igual se dan reuniones en que la familia viene a entrevistas donde está la psicóloga y el equipo profesional, y generalmente llegamos a acuerdos." (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

*"Sí, de repente la familia opina cosas que no son. Como que no entienden que si yo al niño le paso una paleta de un lado a otro le va a servir para coordinar la vista, el movimiento ocular. Les cuesta a los papás ver esos detalles, entonces nosotros tenemos la misión de explicárselos (...) Participan, pero porque nosotros les explicamos y porque entienden más o menos qué es lo que estamos trabajando, pero en la delimitación de los objetivos los papás no aportan mucho." (Jefe de Gabinete Técnico)*

De acuerdo a lo anterior la estrategia 4 se encuentra medianamente implementada.



## ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL

ACCIÓN 13: Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.

Esta acción se considera implementada, ya que ambas profesionales afirman que se mantiene una relación cercana y comunicación constante entre los profesionales y las familias. Lo anterior se evidencia a continuación:

*“Yo tengo la instancia de conversar con los papás en mi sala entonces no aprovecho instancias tan generales para hablar con ellos...” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 14: Trata temas relacionados a la Atención Temprana y la discapacidad.

Esta acción está implementada, ya que las profesionales entrevistadas mencionan la realización de talleres y reuniones donde abordan temas relacionados con la discapacidad principalmente, lo que se ejemplifica en el siguiente extracto:

*“Las reuniones de apoderados acá en el establecimiento, si no me equivoco, se realizan una vez al mes. Y esas reuniones son la mitad del tiempo informativo y la otra mitad del tiempo, siempre tienen una temática de capacitación, por decirlo así, y tienen relación con Atención Temprana, con necesidades que presentan los alumnos en edad de Atención Temprana. Son guiadas por psicólogas, o por cualquier parte del equipo, que tiene que ver con la conducta, alimentación, desarrollo de habilidades sociales, etc.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

*“Este año, como es una escuela nueva, siempre hacemos reuniones generales, en estas reuniones hay temáticas que abordan algún aspecto de la discapacidad y que son importantes para nosotros: rutina, alimentación, tiempos de ocio y así un sinfín de cosas (...) Se hacen también algunos talleres con la psicóloga con respecto al apego, al duelo y todas estas cosas...” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 15: Aborda otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo del niño.

Es posible afirmar que esta acción se encuentra no implementada, y existe una evidencia que lo puede aclarar:

*“Pero sí siento que faltan otras instancias para tratar temas que vayan acorde con el momento que están viviendo los papitos de atención temprana, y deberían ser mensuales para cada curso, para abordar temáticas más específicas.” (Jefe Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 16: Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia.

Es posible determinar que esta acción está implementada, ya ambas entrevistadas señalan que existen instancias en las que se abordan temas relacionados con las necesidades de la familia, lo que es evidenciado en el siguiente extracto:

*“(En las reuniones) Los temas son específicos y bien puntuales que tienen que ver claramente con las necesidades del alumno y de ellos como familia y con las inquietudes que presentan; por ejemplo a veces un papá lo cito aquí a conversar, porque no sé, el niño no se está alimentando bien, no tolera algunos alimentos, no está durmiendo toda la noche... etc.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 17: Ordena y estructura la información para que resulte más clara.

Es posible afirmar que esta acción está implementada, ya que las entrevistadas afirman la realización de un informe que involucra diferentes áreas. Esto se evidencia a continuación:

*“Yo creo que la información siempre se tiene que entregar de manera verbal y con una copia escrita, porque la información que tú le estás entregando a la familia en modo conversación, necesita tener un apoyo por escrito.” (Profesora de Nivel de Atención Temprana)*



*“Se generan los informes pertinentes de acuerdo a las distintas áreas y se le entrega a la familia en una entrevista, donde yo les doy a conocer los logros que se observaron desde un punto determinado y las metas que están planteadas para él...” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 18: Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.

A través del discurso de las entrevistadas, es posible afirmar que esta acción se encuentra implementada, ya que ambas hacen mención a ello. El relato de una de ellas se presenta como evidencia a continuación:

*“Yo lo explico de manera bien concreta. Por ejemplo: el alumno tiene fortalezas que son tal y cual cosa, por ejemplo: que le gusta explorar, alcanzar objetos, muestra interés en el medio, y que la dificultad que presenta en esa área tiene que ver con que no adquiere todavía la posición bípeda.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

Es posible afirmar que esta estrategia está medianamente implementada, ya que ha implementado cinco de las seis acciones fundamentales que le corresponden.

#### ESTRATEGIA N° 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD

ACCIÓN 19: Genera instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.

Se manifiesta en las respuestas de los entrevistados, que este aspecto está implementado, ya que ambas profesionales mencionaron la existencia de instancias de coordinación con otras redes y servicios. Ejemplo de lo anterior:

*“Con (Centro de rehabilitación) principalmente, y bueno, el informe médico que a veces llega del neurólogo, pero una institución de la que uno recibe retroalimentación y cosas así, sería (Centro de rehabilitación).” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 20: Respeta la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención.

Se considera que está medianamente implementada, debido a que sólo una de las dos profesionales hace referencia a un equipo que trabaja coordinado. No obstante, se menciona la importancia de la familia, valorando su competitividad como agente de la intervención. Esto se respalda en la siguiente afirmación:

*“Yo creo que la familia forma parte trascendental de la formación de los alumnos. Yo creo que es 50 y 50; 50% la escuela y 50% la familia. Si tienes una familia que no está saludable en términos emocionales, o no tiene resuelta la aceptación de un alumno con necesidades educativas, siempre vas a ir un paso más atrás, creo yo.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

Es posible afirmar, en base a la información obtenida, que la esta estrategia se encuentra medianamente implementada, ya que la acción 19 se encuentra implementada, mientras la acción 20 se encuentra medianamente implementada.

#### ESTRATEGIA N°7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA

ACCIÓN 21: Domina mecanismos de afrontamiento para las emociones.

Se ha establecido como implementado, ya que todos los profesionales aseguran tener experiencias en dicha tarea, recurriendo a sus conocimientos y sentido común, lo que se evidencia en las siguientes respuestas:

*“Lo que uno hace es buscar un poco el enfrentamiento de esta realidad, de a poco; no de manera cruda, claramente. Eso yo creo que se soluciona haciendo participar al papá de la jornada de clases, que él pueda observar aquellas cosas que son fortalezas del alumno, y observar también sus debilidades; informar desde la teoría cómo evolucionan ciertos síndromes... así lo hago yo, y con hartito cariño principalmente, porque ellos igual están enfrentando un duelo.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

*“Creo yo que con la experiencia que me permite centrarme en lo importante, que son los niños. (...) también los contengo, les doy tranquilidad, tiene que ver con las habilidades que uno mismo desarrolla.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 22: Incluye no sólo a los padres, sino también a los profesionales.

Es posible afirmar esta acción no está implementada, lo que se reconoce por una de las entrevistadas como se evidencia a continuación:

*“No, yo creo que para manejar las emociones de nosotros como profesionales se usa sólo la conversación como en consejo, pero no hay un plan establecido.” (Profesora del Nivel de Atención Temprana)*

ACCIÓN 23: Ajusta la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención, en función a cada caso.

No existen evidencias que puedan demostrar la implementación de esta acción, por lo que se define como no implementada.

A partir de la información recopilada, es posible afirmar que esta estrategia cumple con los criterios para definirse como medianamente implementada, ya que sólo se cumple la acción 21, mientras que las acciones 22 y 23 no han sido implementadas por el establecimiento.

ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

ACCIÓN 24: Identifica los errores y aprende de ellos

Esta acción se considera medianamente implementada, ya que una de las entrevistadas menciona una circunstancia de retroalimentación interna en el equipo. A continuación, el extracto que evidencia aquello:

*“El feed-back lo hacemos como finalización de año; una vez al año.”  
(Profesora del Nivel de Atención Temprana)*



ACCIÓN 25: Adopta una actitud de investigación permanente.

Se establece esta acción como no implementada, debido a que no se lograron recoger evidencias de ésta.

ACCIÓN 26: Considera los logros del niño.

Esta acción se considera implementada, ya que ambas profesionales mencionan la consideración de las capacidades y potencialidades de los estudiantes, es decir, las cosas que logra realizar el niño, como queda evidenciado en lo siguiente:

*“Entonces la evaluación diagnóstica incluye: la evaluación directa con el niño, en cuanto a las capacidades y potencialidades que tiene...” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 27: Analiza si las estrategias utilizadas por el profesional son pertinentes.

Esta acción se considera no implementada por falta de evidencias que así lo indiquen.

ACCIÓN 28: Considera las estrategias utilizadas por la familia, analizando si éstas han sido pertinentes.

Se establece esta acción como no implementada, ya que no se lograron recoger evidencias que lo afirmen.

ACCIÓN 29: Considera la relación establecida entre profesional y familia.

El lazo entre el profesional y la familia es un elemento fundamental en la intervención, y no ha sido mencionado por ninguno de los entrevistados, por lo que se considera que no está implementado.

ACCIÓN 30: Considera el punto de vista de la familia en las decisiones tomadas para la intervención.

Esta acción se define como no implementada debido a que, si bien las profesionales hacen mención a ello, una de ellas expresa ideas contrapuestas desde el punto de vista de esta investigación. Lo anterior se señala en los siguientes ejemplos:

*“La evaluación diagnóstica incluye a la familia, incluye el mapeo o una entrevista acuciosa con los padres, donde ellos nos dicen qué les gustaría que pasara con su hijo, cuáles son sus metas, sus sueños, cuáles son sus temores también.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

*“Si, de repente la familia opina cosas que no son (...) participan, pero porque nosotros les explicamos y porque entienden más o menos qué es lo que estamos trabajando, pero en la delimitación de los objetivos los papás no apuntan mucho para allá...” (Jefe de Gabinete Técnico)*

ACCIÓN 31: Considera el punto de vista de los profesionales

En el discurso de las entrevistadas no es posible identificar alguna evidencia que haga pensar que esta acción está implementada, por lo que se considera no implementada.

ACCIÓN 32: Considera el momento en el que se encuentra la intervención.

Se plantea que esta acción no está implementada en este centro, ya que no se obtuvo evidencias en ninguno de los relatos de los profesionales.

ACCIÓN 33: Considera en la intervención elementos externos al proceso de Atención Temprana.

Mediante el análisis de las entrevistas, se determina que esta acción está implementada, ya que ambas han dado gran énfasis a los elementos externos a la intervención y su influencia en el proceso. Evidencias de ello a continuación:



*“La idea es que más que aplicar una anamnesis tan cuadrada o tan relacionada con el desarrollo del alumno, a mí en lo particular me interesa tener antecedentes que tienen que ver como con las preferencias del alumno, las cosas que le atemorizan, las cosas que les causan miedo o las cosas que no le gustan para incluirlo en la intervención”. (Profesora del nivel de Atención Temprana)*

*“Nosotros en esta escuela hacemos una entrevista con la familia, me refiero que puede ser: la mamá, el papá, la nana; cualquier persona que esté cercana y que participe en el cuidado del niño. Esta entrevista tiene distintas preguntas como por ejemplo: ¿Qué es lo que le gusta a mi hijo? ¿Qué es lo que no le gusta? ¿Qué le da miedo?; así un sinnúmero de preguntas que nos van permitir indagar en la realidad que tienen estos padres, y permite identificar cuál es el proceso a la aceptación de este niño, para luego derivar al especialista correspondiente.” (Jefe de Gabinete Técnico)*

Teniendo un panorama general de la estrategia N° 8, se determina que se encuentra medianamente implementada, ya que las acciones 26 y 33 se cumplen medianamente. Por otro lado existen otras de las que no se ha encontrado evidencia, como por ejemplo las acciones 25, 27, 28, 29, 31 y 32.

Finalmente, en el equipo interdisciplinario 4, la totalidad de las estrategias se encuentran medianamente implementadas.



### 4.6 SÍNTESIS DE RESULTADOS

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS			NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN			
			EI 1	EI 2	EI 3	EI 4
<b>ESTRATEGIA 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN</b>						
ACCIONES	1	Construye un sistema de atribuciones compartido entre la familia y el profesional de la Atención Temprana.	MI	I	MI	NI
	2	Contrasta atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención	MI	I	MI	MI
	3	Delimita el papel de cada uno de los participantes en la intervención.	NI	I	MI	MI
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			MI	I	MI	MI
<b>ESTRATEGIA 2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN</b>						
ACCIONES	4	Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.	NI	I	NI	NI
	5	Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales.	I	I	I	I
	6	Define contactos/interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los momentos del proceso.	MI	MI	MI	NI
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			MI	MI	MI	MI
<b>ESTRATEGIA 3: INCIDIR EN LO POSITIVO</b>						
ACCIONES	7	Parte de los logros en lugar de las carencias.	MI	I	MI	MI
	8	Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.	NI	NI	NI	NI
	9	Rescata los aspectos positivos del entorno familiar.	NI	MI	MI	I
	10	Pone el punto de referencia en el propio niño.	MI	I	MI	I
	11	Mantiene un margen de expectativa positivo.	I	MI	MI	NI
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			MI	MI	MI	MI



<b>ESTRATEGIA 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES</b>						
<b>ACCIÓN</b>	12	Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño.	I	I	MI	MI
	NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA		I	I	MI	MI
<b>ESTRATEGIA 5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL</b>						
<b>ACCIONES</b>	13	Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.	I	I	MI	I
	14	Trata temas relacionados a la Atención Temprana y discapacidad	I	I	MI	I
	15	Aborda otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo del niño.	I	I	MI	NI
	16	Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia	I	I	MI	I
	17	Ordena y estructurar la información para que resulte más clara.	I	I	NI	I
	18	Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.	I	I	MI	I
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			I	I	MI	MI
<b>ESTRATEGIA 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD</b>						
<b>ACCIONES</b>	19	Generar instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.	MI	I	MI	I
	20	Respetar la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención	I	I	MI	MI
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			MI	I	MI	MI
<b>ESTRATEGIA 7: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA</b>						
<b>ACCIONES</b>	21	Utilizar mecanismos de afrontamiento para las emociones	I	I	I	I
	22	Incluir no sólo a los padres, sino también a los profesionales.	NI	MI	MI	NI

Tesis de Pregrado





	23	Los profesionales de la Atención Temprana deben ajustar la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención, en función a cada caso.	NI	MI	MI	NI
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			MI	MI	MI	MI
<b>ESTRATEGIA 8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN</b>						
<b>ACCIONES</b>	24	Identificar los errores y aprender de ellos	I	I	NI	MI
	25	Adoptar una actitud de investigación permanente	I	I	NI	NI
	26	Considera los logros del niño	NI	I	MI	I
	27	Considera las estrategias utilizadas por el profesional	I	I	MI	NI
	28	Considera las estrategias utilizadas por la familia	I	MI	NI	NI
	29	Considera la relación establecida entre profesional y familia	NI	I	NI	NI
	30	Considera el punto de vista de la familia	I	I	NI	NI
	31	Considera el punto de vista de los profesionales	I	I	MI	NI
	32	Considera el momento en el que se encuentra la intervención	NI	I	NI	NI
	33	Considera la intervención de elementos externos a la intervención.	MI	MI	MI	I
NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA			MI	MI	MI	MI

## CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación, y de acuerdo a los objetivos planteados para la misma, es posible concluir a modo general que las Escuelas Especiales que imparten el nivel de Atención Temprana, atendiendo a niños con riesgo biológico de entre 0 a 2 años de edad en la intercomuna de Concepción, desarrollan el proceso de intervención realizando acciones que se asemejan a las estrategias de intervención con las familias planteadas por el Modelo de Entornos Competentes (2009).

A modo específico, de acuerdo a la información obtenida en el desarrollo de la investigación, es posible mencionar que las diferentes Escuelas Especiales de la muestra, en cuanto a la implementación de las estrategias de intervención con las familias, en su mayoría han sido evaluadas como medianamente implementadas. Esto revela que, a pesar de que sólo uno de los entrevistados manifiesta conocimiento del Modelo de Entornos Competentes, se observa que los profesionales han modificado sus prácticas de acuerdo a las necesidades que detectan en el niño y su familia, a su experiencia y sentido común; no necesariamente siguiendo un programa institucional donde esté establecido.

Por otra parte, en el desarrollo de este estudio se han detectado algunas fortalezas de los equipos interdisciplinarios, que son generales para todos los centros educativos de la muestra. Entre ellas se encuentran:

### SER UN ESTABLECIMIENTO ABIERTO A LA FAMILIA:

Todos los profesionales participantes en esta investigación, aseguran que los establecimientos educacionales han definido una política de puertas abiertas, refiriéndose a que entregan la posibilidad a las familias de visitarlos cuando lo crean necesario, participar de las intervenciones y actividades del establecimiento sin restricción.



## MANTENER UNA COMUNICACIÓN FLUIDA ENTRE LOS PROFESIONALES Y LA FAMILIA

En la totalidad de las entrevistas, se pone en manifiesto la fluidez con la que interactúan los profesionales y las familias. En algunos casos se utiliza agenda, en otros el correo electrónico y hasta redes sociales como *WhatsApp*, todo ello con el fin de dar respuesta a las inquietudes de la familia de la manera más oportuna posible.

## ENTREGAR LA INFORMACIÓN DE MANERA CLARA A LAS FAMILIAS.

En todos los equipos interdisciplinarios de la muestra, se ha evidenciado un especial cuidado en esta acción. En el relato de los diferentes entrevistados se logra identificar el uso de dos mecanismos para ello; el primero tiene relación con redactar informes en un lenguaje sencillo, con ausencia de vocabulario técnico, y el segundo, hace referencia a la programación de reuniones explicativas además de la entrega de un informe.

## COORDINAR LA INTERVENCIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES QUE ATIENDAN AL NIÑO

Todos los centros aseguran mantener redes de apoyo con diferentes instituciones que atiendan a los niños. Teletón figura como la principal institución que se coordina con las labores de las Escuelas Especiales de la muestra.

## ADAPTAR LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN A LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIANTES

Si bien administrativamente a los establecimientos educacionales se les exige aplicar instrumentos estandarizados, los diferentes profesionales de la Atención Temprana señalan que éstos no arrojan resultados funcionales para los estudiantes, debido a que éstos se encuentran en desventaja frente al estándar. Por lo tanto, para obtener información significativa para el proceso de intervención, los diferentes profesionales han adaptado instrumentos de evaluación, han creado



pautas de observación propias, y en ocasiones, a nivel de establecimiento se han desarrollado instrumentos propios, logrando obtener datos funcionales para el desarrollo de la intervención.

#### EVALUAR PROGRESIVAMENTE LAS COMPETENCIAS O APRENDIZAJES ADQUIRIDOS POR LOS ESTUDIANTES

Todos los entrevistados aseguran evaluar los progresos de los estudiantes como mínimo tres veces al año, aunque en ocasiones se ha mencionado que los programas de apoyo están diseñados para cinco evaluaciones anuales.

#### MANEJAR LAS EMOCIONES DE LA FAMILIA

La totalidad de los entrevistados asegura ser competente a la hora de confrontar las emociones de las familias, a través de diversos mecanismos; ya sea apelando a su experiencia o conocimiento teórico en el área.

Así mismo, al detectar las fortalezas, se evidencian también algunas necesidades, manifestadas por los profesionales entrevistados para este estudio. Las necesidades detectadas se mencionan a continuación:

#### PROPICIAR INSTANCIAS PARA MANEJAR LAS EMOCIONES DEL EQUIPO PROFESIONAL.

Los equipos de Atención Temprana manifiestan la necesidad de establecer un mecanismo para el manejo de sus emociones, señalando que el trabajo es muy cercano con la familia y el niño, lo que involucra emocionalmente de una u otra forma a los profesionales. En las diferentes entrevistas, este aspecto ha sido mencionado como una necesidad, como algo que debería implementarse, o como un tema que resuelven informalmente, pero que requiere más atención de la que se le ha dado.



## SISTEMATIZAR LA ENTREGA DE INFORMACIÓN

En tres de los cuatro equipos interdisciplinarios queda en evidencia que la información no se entrega de forma sistematizada, es decir, no se ha establecido un conducto regular para ello. De acuerdo a la información recogida en esta investigación, se evidencia que la entrega de información se entrega de forma desorganizada; ya que, las diferentes respuestas de los entrevistados muchas veces se contradicen, o no son coherentes entre sí.

## INCIDIR EN LO POSITIVO

Si bien esta estrategia a modo general se considera medianamente implementada, existe una situación que se repite en todos los equipos interdisciplinarios. Esto tiene relación con la acción 8, referente a reforzar las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño. En los diferentes equipos entrevistados, ningún profesional hace mención directa de esto durante las entrevistas, por lo que se considera que en todos los centros de la muestra esta acción no se lleva a cabo. Según lo que menciona Perpiñán (2009), es un elemento fundamental del modelo, ya que es una acción que aumenta la seguridad en sus propias acciones; y por consiguiente, la percepción de autocompetencia.

Y para finalizar, a modo de observación general de acuerdo a toda la información recopilada para la presente investigación, es importante concluir que el caso que mejor implementación tiene de las estrategias de intervención con las familias de acuerdo al Modelo de Entornos Competentes, es el equipo interdisciplinario 2, considerándose implementadas cuatro de ocho estrategias.

Al analizar toda la información de este establecimiento, se llega a la conclusión de que el resultado no es al azar, sino que tiene relación directa con la organización, coordinación y compromiso con que se desempeñan los diferentes agentes de la intervención, tal como lo manifiesta la autora de este modelo.

## REFERENCIAS

- Aranda, R. y Andrés, C. (2004) La organización de la Atención Temprana en la educación infantil, Revista Tendencias Pedagógicas. vol (9), pp.217-246  
Revisado el 30/09/2015 desde  
file:///C:/Users/Jesus2/Downloads/Dialnet-LaOrganizacionDeLaAtencionTempranaEnLaEducacionInf-1142249.pdf
- Bedregal, P., Torres A, Carvallo C, (2014), Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Chile Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad.
- Bralic, S., Haeussler, I., Lira, M., Montenegro, H. y Rodríguez, S. (1979) Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (Chile) Estimulación Temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño.
- Cabrera MC, Sánchez C (2002), La estimulación precoz. Un enfoque práctico. 13 ed. Madrid: Siglo XXI. En Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004) Plasticidad neuronal funcional, REV NEUROL, 38 (1supl), pp.58-68.
- Candel, I. (2003) Atención Temprana: Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo. Federación Española del Síndrome de Down. F.E.I.S.D. Madrid.
- Cerqueira, S., Dessen, M. A. y Pérez-López, J. (2012) Evaluación de los servicios de atención a familias de niños con deficiencia. Perspectiva de familiares y profesionales brasileños. Anales de psicología, 28 (3)(octubre), pp. 866-874. Disponible online desde:  
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.130651>
- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). Bases de la intervención familiar en atención temprana, en Pérez-López, J. y Brito de la Nuez, A. (Eds.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-351). Madrid: Pirámide.



- Diez, A. (2008) Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño, Revista síndrome de Down, 25 ,pp.46-55.
- Domínguez, I. y Calvo, J. (2015) Terapia ocupacional y su papel en atención temprana: revisión sistemática. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. [5/10/2015]; 12(21): [22p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/revision3.pdf>
- Fernández, L. y Riquelme, P. (2006), Sistematización Programa de Estimulación Temprana: Sistematización y ejecución de un modelo de Estimulación Temprana en población infantil. Claves para la replicabilidad, Universidad de la Frontera/Universidad Católica de Temuco, Gobierno de Chile. Revisado el 6/10/2015 en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/14-Programa-de-Estimulacion-Temprana.pdf>
- García, F., Castellanos, P. y Mendieta, P.(1998) Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un modelo de intervención desde un modelo integral, Revista de atención Temprana, vol. 1(2), pp.57-62.
- García, P. y Guíñez, V. (2008) Tesis de Pregrado “Articulación de salud y educación en el trabajo con niños de riesgo biológico y sus familias”. Universidad de Concepción: Chile.
- García-Sánchez, F. y Mendieta, P. (1997) Análisis del tratamiento integral de Atención Temprana, de Atención Temprana, vol1(1) pp.37-43.
- García-Sánchez, F., Escorcía, C., Sánchez-López, M., Orcajada, N. y Hernández-Pérez, E. (2014) Atención Temprana centrada en la familia, Revista Siglo Cero, vol 45(3), pp. 2-19. Disponible Online desde: <http://www.desenvolupa.net/Ultims-articles/Atencion-Temprana-centrada-en-la-familia-Francisco-Alberto-Garcia-Sanchez-04-2015>
- GAT (2005). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Disponible on-line en [http://www.cedd.net/docs/ficheros/200510100001\\_24\\_0.pdf](http://www.cedd.net/docs/ficheros/200510100001_24_0.pdf)

---

#### Tesis de Pregrado



- GAT, (2005), Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana. Disponible (29/09/2015) en: <https://www.google.cl/#q=Recomendaciones+T%C3%A9cnicas+para+el+desarrollo+de+la+Atenci%C3%B3n+Temprana>.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. & Balcells, A. (2009) Trabajar con las familias en Atención Temprana. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 65 (23,2) (2009), 95-113 Zaragoza (España). Disponible Online desde: [http://www.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/revistas/124856066610.pdf](http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/revistas/124856066610.pdf)
- Gobierno de Navarra (2014). Guía de Recursos Técnicos Profesionales. Atención Temprana 0-6 años. Disponible online desde <http://iass.aragon.es/>
- Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social (2004) La Atención Infantil Temprana en Asturias, pp. 14-15.
- Gómez, A. Viguera, P. y Cantero, M. (2003-2005) Intervención Temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años, Madrid: Pirámides.
- Gràcia, M. y Vilaseca, R. (2008) Cómo mejorar la calidad de vida de las familias de niños con discapacidad intelectual: algunas propuestas. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 39 (2), Núm. 226, 2008 Pág. 44 a pág. 62
- Grupo de detección y atención temprana (2004) Guía de estándares de calidad en atención temprana. Observatorio de la discapacidad. IMERSO. España.
- Gutierrez, P. (1995). La Educación Infantil: modelos de atención a la infancia. Revista Complutense de Educación, 6, pp. 101-113
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006) Metodología de la investigación. McGRAWHILL/INTERAMERICMA .México .4. p. 523
- Ibáñez P, Mudarra M, Alfonso C,(2014) Atención Temprana: Diagnóstico e intervención psicopedagógica, Madrid: UNED,pp.49-58. Disponible online (23/09/2015) en:

---

**Tesis de Pregrado**





ortal.uned.es/portal/page?\_pageid=93,23375984,93\_23375985&\_dad=p  
ortal&\_schema=PORTAL&\_piref93\_23376059\_93\_23375984\_23375984  
.next\_page=/htdocs/ficha.jsp?IdArticulo=0102045CT01A01

- Leal, L. (2008). Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia. FEAPS. Cuadernos de buenas prácticas. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
- Martínez, A. y Calet, N. (2015) Intervención en Atención Temprana: Enfoque desde el ámbito familiar, Escritos de Psicología, Vol. 8, nº 2, pp. 33-42, Disponible online en: 10.5231/psy.writ.2015.1905
- Matas, S., De Mulvey, M., Paone, S., Segura de Frías, E. y Tapia, L. (1997) Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Editorial LUMEN-HVMANITAS. Buenos Aires, Argentina.
- Mayorga-Fernández, M., Madrid-Vivar, D. y García-Martínez, M. (2015) Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. Informe de investigación; Volumen 8, Número 2. Mayo – agosto 2015. Universidad de Málaga. España. Pp. 52-60. Revisado el 12/12/2015 en [DOI: 10.5231/psy.writ.2015.1306]
- Miguez, P. y Díaz, M. (2012) Modelo de Atención Temprana. Down España. España
- Millá, M. y Mulas, F. (2004). La Atención Temprana: Qué es y Para Que Sirve. pp.1 - 5. Recuperado el 30/10/2015 desde: <http://s355284757.mialojamiento.es/es/descargas/documentos/atencion/atencion.temprana.mulas.milla.pdf>
- Ministerio de Planificación. (2010) Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo 2006-2010. Santiago: Puerto Madero.
- Ministerio de salud (2008) Manual del apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años, Chile: Gobierno de Chile, pp. 5 -95.

---

#### Tesis de Pregrado



- Peralta, F. y Arellano, A. (2010) Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362. 2010 (nº 22). ISSN: 1696-2095. Disponible online en: [http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/22/espanol/Art\\_22\\_502.pdf](http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/22/espanol/Art_22_502.pdf)
- Peralta, F. y Arellano, A. (2015). El Enfoque Centrado en la Familia, en el campo de la discapacidad intelectual ¿Cómo perciben los padres su relación con los profesionales? *Revista de Investigación Educativa*, 33(1), 119-132. Revisado el 5/10/2015 en <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.1.198561>
- Perera, J. (2011). Atención Temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados, *Revista Síndrome de Down*, vol 28, (pp.140-152)
- Perpiñán, S. (2003). "La intervención con familias en los programas de AT" en I. Candel Gil (Dir.), *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Madrid: F.E.I.S.D. pp. 57-79.
- Perpiñán, S. (2009) *Atención Temprana y Familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Narcea S.A. de Ediciones Madrid.
- Perpiñán, S. (2010) *Intervención familiar en Atención Temprana*. *Revista extremeña de Atención Temprana*. 2010 Nro. 2. Disponible Online desde: <http://www.aite-extremadura.org/sites/default/files/Revista-AITE/Revista-AITE-2.pdf>
- Pons, A. (2013) El pediatra de Atención Primaria, una figura necesaria en la Atención Temprana, *Revista pediatría Atención Primaria*, (22), pp.11-19 recuperado el 12/08/2015 en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322013000300001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322013000300001&script=sci_arttext)
- Ramírez, J. (1992) *Cómo potenciar las capacidades de nuestro hijo recién nacido. La estimulación personalizada*. CEPE. Impresos y revistas S.A. Madrid.



- Saavedra, M. (2012) Tesis Doctoral “El programa de Atención Temprana: juguemos con nuestros hijos” en Santiago de Chile. Implicaciones de padres y/o cuidadores con población en desventaja social. Universidad Complutense. Madrid. Recuperado el 10/09/2015 desde
- Sánchez, J. (2006). La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. (Tesis doctoral, Universidad de Murcia). Recuperado el 18/10/2015 desde <http://hdl.handle.net/10201/99>
- Zuluaga J. (2005) Neurodesarrollo y estimulación. Editorial Médica Panamericana. Colombia.





**ANEXOS**

**ANEXO 1: ENTREVISTA MIXTA PARA PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA**

**“APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA DESDE EL MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES”**

<b>Nombre</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Profesión</b>	
<b>Establecimiento</b>	
<b>Cargo</b>	
<b>Horas</b>	
<b>Años de servicio o experiencia</b>	
<b>Evaluador</b>	
<b>Fecha de la evaluación</b>	

**ESTRATEGIAS GENERALES DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA (M.E.C)**

I. Al iniciar el proceso educativo en atención temprana ¿Cómo se comienza la intervención? ¿Cuáles son los pasos a seguir?	SI	NO	PREGUNTAS CLAVE
(1) Construye un sistema de atribuciones (ideas previas) compartidas entre la familia y el profesional de AT.			¿De qué manera se consideran las ideas previas de la familia y el profesional frente a la intervención?



(2) Contrasta los atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o la intervención.			¿Cómo se contrastan las ideas del profesional y la familia respecto a la discapacidad o la intervención?
<b>II. ¿Qué estrategias e instrumentos se utilizan en la evaluación inicial? ¿cuál es la metodología utilizada para esta etapa de la intervención?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTAS CLAVE</b>
(9) Rescata los aspectos positivos del entorno familiar.			¿Qué aspectos se consideran en el momento de la evaluación? ¿Se consideran aspectos del entorno familiar?
(10) Pone el punto de referencia en el propio niño.			¿Cuál es punto de partida? (antecedentes del estudiante o normalidad)
<b>III. Luego de finalizar la evaluación, ¿Cuáles son los pasos a seguir?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTAS CLAVE</b>
(12) Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos.			¿Quiénes participan en la “toma de decisiones”?
(17) Ordena y estructura la información para que resulte más clara.			¿De qué manera se estructura organización la información que se entrega a la familia?
(18) Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.			¿Se entrega la información de manera detallada a los padres, enfatizando en temas relevantes?
(19) Genera instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.			¿Existen instancias de coordinación con otros servicios o instituciones que atiendan al estudiante? ¿Cuáles?



IV. ¿Podría dar un ejemplo sobre cómo se plantea a la familia la situación de un estudiante?	SI	NO	PREGUNTAS CLAVE
(7) Parte desde los logros o fortalezas en lugar de las carencias			
(8) Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.			
(9) Rescata los aspectos positivos del entorno familiar.			
(10) Pone el punto de referencia en el propio niño.			
(11) Mantiene un margen de expectativa positiva.			
V. ¿En qué momento de la intervención se reúnen por primera vez con la familia? ¿Qué temas se tratan en esta reunión?	SI	NO	PREGUNTAS CLAVE
(3) Delimita el papel de cada uno de los participantes.			¿Cómo se definen los roles que deben cumplir los participantes de la intervención?
(6) Define contactos/interacciones de manera planificada y frecuente, de acuerdo a los distintos momentos del proceso.			¿Cuáles son instancias donde los padres puedan asistir y participar de la intervención en el centro? ¿Cada cuánto tiempo se realizan, son planificadas en base objetivos específicos?
(12) Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos			¿Qué acciones se realizan para que la intervención resulte coherente en todos los contextos en que se desenvuelve el niño?



(17) Ordena y estructura la información para que resulte más clara.			¿De qué manera estructura de la información que se entrega a la familia en esta etapa?
(18) Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes			¿Se realizan modificaciones en el lenguaje técnico para la entrega de comunicación a la familia?
(19) Genera instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.			¿De qué manera se utiliza y considera información proveniente de otros servicios que atienden al niño? ¿Cómo se da el trabajo de coordinación con estos servicios?
<b>VI. ¿De qué manera se desarrolla la comunicación entre la familia con los profesionales?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTAS CLAVE</b>
(4) Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.			¿Qué profesional o profesionales representan el trabajo colaborativo? ¿Quién se encarga de entregar la información?
(13) Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.			¿Considera que la comunicación que mantiene con la familia es fluida? ¿Por qué?
<b>VII. ¿Cómo se desarrolla el proceso de “toma de decisiones”?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTAS CLAVE</b>
(3) Delimita el papel de cada uno de los participantes.			¿Cómo se definen los roles que cumplirá cada participante?
(12) Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos			¿Cómo se toman las decisiones en esta etapa? ¿Existe un consenso en las decisiones de la familia y el profesional? ¿Hacia cuál de las partes tienden estas decisiones?
(20) Respeta las competencias de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención (familia, escuela, profesionales de AT)			¿Considera usted que la familia es un agente competente en la intervención? ¿Podría dar un ejemplo de cómo se incluirían en la intervención?



VIII. ¿Cada cuánto tiempo se realiza el proceso de evaluación? ¿Qué información se recoge en este proceso?	SI	NO	PREGUNTAS CLAVE
(5) Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño.			
(24) Identifica los errores y aprender de ellos			
(25) Adopta una actitud de investigación permanente			
(26) Considera los logros del niño			
(27) Considera las estrategias utilizadas por el profesional			
(28) Considera las estrategias utilizadas por la familia			
(29) Considera la relación establecida entre profesional y familia			
(30) Considera el punto de vista de la familia			
(31) Considera el punto de vista de los profesionales			





(32) Considera el momento en el que se encuentra la intervención			
(33) Considera la intervención de elementos externos a la intervención.			
<b>IX. ¿Cómo son las reuniones que se realizan? ¿Tienen alguna temática o estructura específica?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTAS CLAVE</b>
(14) Trata temas relacionados a la AT y discapacidad			¿Qué temas se tratan en las reuniones? ¿De qué manera estos temas se relacionan con la discapacidad o AT?
(15) Aborda temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo de estudiante			¿Qué temas se abordan que estén relacionados con las distintas etapas del desarrollo de los estudiantes?
(16) Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia			¿De qué manera se atienden las necesidades de las familias?
<b>X. ¿Qué importancia se le da a las emociones en la intervención? ¿Cómo se trabajan con éstas?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PREGUNTAS CLAVE</b>
(21) Domina mecanismos de afrontamiento para cada emoción (para lograr el reajuste de éstas)			¿Con qué mecanismos de afrontamiento de emociones cuenta usted como profesional?
(22) Incluye no solo a los padres sino también a los profesionales.			Estos mecanismos de afrontamiento, ¿Se aplican para enfrentar exclusivamente emociones de la familia o también se consideran las del equipo profesional?
(23) Ajusta la distancia emocional de manera que no perjudique el proceso de intervención, en cada caso.			



**ANEXO 2**

**MATRIZ DE ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS**

<b>MATRIZ ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS</b>	
<b>Establecimiento</b>	
<b>Profesionales entrevistados</b>	

<b>CRITERIOS DE ANÁLISIS / EVALUACIÓN</b>		
<b>NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS</b>		
<b>IMPLEMENTADO (I)</b>	<b>MEDIANAMENTE IMPLEMENTADO (MI)</b>	<b>NO IMPLEMENTADO (NI)</b>
Es posible confirmar la implementación total de la estrategia cuando son implementadas todas las actividades fundamentales que abarca.	Es posible evidenciar la implementación de al menos 1, pero no todas las actividades fundamentales de la estrategia.	Se determina que el centro no ha implementado la estrategia, porque ninguna de las actividades fundamentales correspondiente se ha evidenciado en las prácticas de los profesionales.



<b>MATRIZ ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS</b>				
<b>ESTRATEGIA N° 1: DEFINIR UN MODELO DE RELACIÓN</b>				
<b>ACCIONES</b>		<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>EVIDENCIA</b>
1	Construye un sistema de atribuciones compartidas entre la familia y el profesional de Atención Temprana	Validar las preconcepciones de la familia, y progresivamente plantear nuevos conceptos, con el fin de que sean implementados por los agentes involucrados en la intervención.		
2	Contrasta atribuciones y constructos respecto a la discapacidad y/o a la intervención	El profesional y la familia consensúan sus preconcepciones frente a la discapacidad o intervención, generando una visión compartida, que aumente la percepción de autocompetencia de los participantes en la intervención.		
3	Delimita el papel de cada uno de los participantes en la intervención.	Los participantes de la intervención definen claramente el objetivo, especificando las acciones que llevará a cabo cada uno y el por qué de éstas.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>				



ESTRATEGIA N°2: SISTEMATIZAR LA INTERVENCIÓN					
ACCIONES			OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIA
	4	Designa un profesional como representante del trabajo colaborativo y responsable del flujo de información.	Un profesional se encarga de transmitir la información entre el equipo y la familia.		
	5	Evalúa progresivamente las competencias que desarrolla el niño, para asesorar efectivamente a los cuidadores habituales.	Los progresos del niño son evaluados como mínimo al inicio, durante el proceso y al finalizar la intervención.		
	6	Define contactos/interacciones de manera planificada y frecuente de acuerdo a los distintos momentos del proceso.	Al comenzar el proceso de Atención Temprana se determinan las fechas de las reuniones y su objetivo respectivo, relacionado a la etapa del desarrollo del niño y buscando prever las dudas o necesidades que surjan por parte de la familia. Además, se definen fechas de las sesiones de intervención en las que participará la familia.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					



ESTRATEGIA N° 3: INCIDIR EN LO POSITIVO					
ACCIONES			OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIA
	7	Parte de los logros en lugar de las carencias	Destaca las fortalezas y potencialidades del niño, por sobre las dificultades que pueda presentar.		
	8	Refuerza las ideas y conductas de los padres que favorezcan el desarrollo del niño.	Aumentar la seguridad de los padres en sus propias acciones.		
	9	Rescata los aspectos positivos del entorno familiar	Evidencia los puntos fuertes de la familia, en lugar de insistir en carencias o en sus errores.		
	10	Pone el punto de referencia en el propio niño	Evita comparar el desarrollo del niño con la “normalidad”, sino que se enfocan en la evolución y avances obtenidos, considerando sus características individuales.		
	11	Mantiene un margen de expectativa positivo.	Las expectativas positivas van a marcar la línea de trabajo de la intervención, aunque se mantenga la incertidumbre respecto al pronóstico. Si son excesivamente bajas, se limitará la estimulación del niño.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					



<b>ESTRATEGIA N° 4: COLABORAR EN LA TOMA DE DECISIONES</b>					
<b>ACCIONES</b>			<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>EVIDENCIA</b>
	12	Consensúa las decisiones, para garantizar la efectiva intervención en los diferentes contextos en que se desenvuelve el niño.	Se busca el consenso de las decisiones, para generar un compromiso y lograr que todos asuman su papel en la intervención, garantizando la generalización de la intervención en todos los contextos en que se desenvuelve el niño.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					
<b>ESTRATEGIA N°5: FAVORECER LA INFORMACIÓN BIDIRECCIONAL</b>					
<b>ACCIONES</b>			<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>EVIDENCIA</b>
	13	Establece un sistema de comunicación fluida entre el profesional y la familia para poder construir sistemas de atribuciones comunes.	Se establecen mecanismos de intercambio de información desde el profesional a la familia, y viceversa, respondiendo a las necesidades de cada una de las partes, construyendo en conjunto sus sistemas de atribuciones.		
	14	Trata temas relacionados a la Atención Temprana y discapacidad	Se deben abordar temas que se ajusten a las necesidades que surgen en cada uno de los agentes implicados en la intervención.		



	15	Aborda otros temas relacionados con las distintas etapas del desarrollo del niño.	Se tratan temas relacionados a la edad y etapa del desarrollo en que se encuentra el niño.		
	16	Aborda temas relacionados a las necesidades de la familia	Se tratan temas de acuerdo a las inquietudes que manifiesta la familia, atendiendo a las necesidades de cada una.		
	17	Ordena y estructurar la información para que resulte más clara.	El profesional debe entregar la información a las familias de manera organizada y evitando ambigüedades.		
	18	Interpreta y transmite la información de manera que los padres puedan comprenderla, enfatizando en los aspectos relevantes.	El profesional se encarga de interpretar y traducir la información, para hacerla más accesible a todos los agentes de la intervención. Enfatiza la información más relevante, y propone nueva información que enriquezca el proceso, posibilitando los cambios pertinentes.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					



<b>ESTRATEGIA N° 6: FOMENTAR ACTITUDES DE DISPONIBILIDAD</b>					
<b>ACCIONES</b>			<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>EVIDENCIA</b>
	19	Generar instancias para la coordinación entre las distintas instituciones o servicios que atiendan al niño.	El profesional debe ser un mediador entre la escuela y otros servicios, cautelando evitar conflictos y confusiones entre profesionales.		
	20	Respetar la competencia de cada uno de los agentes que participan en el proceso de intervención.	Reconocer las capacidades y competencias de la familia, escuela, profesionales de Atención Temprana y otros servicios.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					
<b>ESTRATEGIA n°8: ESTABLECER UNA DISTANCIA EMOCIONAL AJUSTADA</b>					
<b>ACCIONES</b>			<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>EVIDENCIA</b>
	21	Utilizar mecanismos de afrontamiento para cada emoción	El profesional considera las emociones como parte del proceso de comunicación, y es capaz de afrontarlas, tolerarlas, identificarlas y lograr el reajuste de éstas.		
	21	Incluir no sólo a los padres, sino también a los profesionales.	Considerar las emociones manifiestan los profesionales respecto al proceso de Atención Temprana.		





	23	Los profesionales de la Atención Temprana deben ajustar la distancia emocional que no perjudique el proceso de intervención, en función a cada caso.	Los profesionales deben comprender que las emociones son parte del proceso de adaptación de la familia, y no deben dejar que éstas influyan en el desarrollo del proceso de intervención con el niño.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					
<b>ESTRATEGIA N°8: EVALUAR CONTÍNUAMENTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN</b>					
<b>ACCIONES</b>		<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>		<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>EVIDENCIA</b>
	24	Identificar los errores y aprender de ellos	Reconocer los errores que se cometieron en la intervención, rescatar lo positivo y lograr un aprendizaje de ellos.		
	25	Adoptar una actitud de investigación permanente	Demostrar interés por actualizar sus conocimientos y aprender nuevas técnicas, estrategias o metodologías.		
	26	Considera los logros del niño	Aborda la intervención desde los logros y potencialidades del niño.		
	27	Considera las estrategias utilizadas por el profesional	Analiza si las estrategias del profesional son pertinentes.		
	28	Considera las estrategias utilizadas por la familia	Analiza si las estrategias implementadas por la familia han sido pertinentes.		



	29	Considera la relación establecida entre profesional y familia	Analiza la forma de relacionarse de la familia con el profesional		
	30	Considera el punto de vista de la familia	Analiza si se ha considerado el punto de vista de la familia en las decisiones tomadas en la intervención.		
	31	Considera el punto de vista de los profesionales	Reflexiona respecto de la visión del equipo profesional		
	32	Considera el momento en el que se encuentra la intervención	Las acciones a realizar se ajustan al momento del proceso de la intervención en Atención Temprana.		
	33	Considera la intervención de elementos externos a la intervención.	Considera aspectos del entorno familiar, social y cultural del niño en la intervención.		
<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>					



### ANEXO 3

#### PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE ENTREVISTA MIXTA PARA PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

##### “APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA DESDE EL MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES”

El presente instrumento consiste en una Entrevista Mixta (ANEXO1), que tiene por objetivo determinar si los centros de Atención Temprana en la Comuna de Concepción aplican estrategias de intervención con las familias, correspondientes a los paradigmas actuales de la Atención Temprana, específicamente en el marco del Modelo de Entornos Competentes de la Dra. Sonsoles Perpiñán Guerras (2009).

##### Descripción:

- En la primera columna, designadas con números romanos y en negrita, se encuentran las preguntas abiertas que se realizarán al profesional correspondiente. En las filas siguientes se señalan aspectos importantes que se pretende averiguar con cada una de estas preguntas.
- En la segunda y tercera columna, se encuentran las respuestas SI y NO, donde se registrará si el entrevistado da respuestas coherentes a los criterios que se pretenden obtener.
- En la 4ta columna se encuentran las preguntas claves, las cuales son de tipo directa. Serán usadas en el caso específico en que el entrevistado no haga referencia a esa idea en su respuesta inicial.
- Las preguntas IV y VIII, evalúan aspectos que el entrevistado debería responder de manera espontánea. en estos casos no se hará uso de preguntas claves.



Los resultados obtenidos en esta entrevista, serán transferidos a una Matriz de análisis de estrategias (ANEXO 2), donde se hará un análisis de la implementación de cada estrategia.

Se han designado cuatro columnas, la primera contiene las acciones fundamentales en cuestión, la siguiente columna una operacionalización de la misma, en la tercera columna se define el grado de implementación de la acción y en la cuarta columna se registra un extracto significativo del discurso de los entrevistados, lo que respaldará los resultados, denominados “evidencias”.

En cuanto a los niveles de implementación, cada acción es analizada en profundidad de acuerdo a las respuestas de los profesionales entrevistados en cada centro, y los criterios de evaluación para cada una de las acciones se remite a los siguientes niveles:

- Implementado (I): todos profesionales del centro evaluado concuerdan en que la acción se realiza en el proceso de Atención Temprana.
- Medianamente Implementado (MI): se determina de esta manera en los siguientes casos:
  - La acción es realizada por uno o más profesionales del equipo, pero no por la totalidad de ellos.
  - La acción es realizada por los profesionales de manera independiente e intuitiva, pero no está determinada formalmente por el instrumento.
  - Se manifiestan actividades similares a la acción que se evalúa, pero no se realiza de forma concreta.
- No implementado (NI): La acción no es mencionada en las respuestas de los entrevistados, incluso realizando la pregunta clave correspondiente.



En la Matriz, cada estrategia abarca una o más acciones fundamentales. Para obtener el nivel de implementación de cada estrategia, los criterios utilizados son:

- Implementado (I): La totalidad de las acciones que abarca la estrategia se han determinado como implementadas.
- Medianamente Implementado (MI): Al menos una de las acciones que abarca la estrategia se ha determinado como implementada.
- No Implementado (NI): Ninguna de las acciones que abarca la estrategia se ha determinado como implementada.





## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Concepción, Noviembre 2015

#### Consentimiento informado para participantes de investigación

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar de la entrevista que se realizará con el objetivo de determinar las estrategias de intervención con las familias, correspondientes a los paradigmas actuales de la Atención Temprana, específicamente en el marco del Modelo de Entornos Competentes.

Declaro conocer que los datos entregados solo serán utilizados con fines de esta investigación y su trato será confidencial.

Estoy consciente que el procedimiento consistirá en la realización de una entrevista con registro de audio y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que desee, sin ser afectado a mi trato o atención.

Ante cualquier consulta o para el retiro de la investigación puedo dirigir a las encargadas: Catherine Hernández Navarrete (catherinehernan@udec.cl), Pamela Mora Díaz (mora.pamela@gmail.com), Claudia Parra Ponce (claudiparra@udec.cl).

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_