

PERCEPCIÓN DE LAS FAMILIAS SOBRE SU PARTICIPACIÓN DURANTE LAS PRÁCTICAS DE LAS PROFESIONALES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA EN PARAGUAY

Families' Perceptions of their Participation during Professionals' Practices in Early Intervention Services in Paraguay

Paola DUARTE RIVAS¹

Universitat de Barcelona. España

jduartri7@alumnes.ub.edu

<https://orcid.org/0000-0003-0149-6733>

Marta GRÀCIA

Universitat de Barcelona. España

mgraciag@ub.edu

<https://orcid.org/0000-0003-1280-4578>

Recepción: 30 de abril de 2025

Aceptación: 7 de julio de 2025

RESUMEN: Involucrar a las familias en el proceso de intervención en atención temprana (AT) es un componente clave en el paradigma centrado en familia (PCF). Sin embargo, su participación difiere mucho según la formación de los profesionales. La presente investigación tiene como objetivos: 1) describir la valoración de las familias en relación con la participación que tienen en el proceso de intervención en los SAT; 2) describir la valoración de las familias sobre el impacto de la intervención en el desarrollo evolutivo del niño y la rutina familiar; e 3) identificar, a partir de lo que refieren las familias, las fortalezas y las áreas de mejora de los SAT. El instrumento principal utilizado fue un cuestionario y un guion de entrevista semiabierto.

¹ Autora de correspondencia.

Del primero participaron 160 familias y 10 del segundo. Los resultados indican que las familias, por lo general, no participan en el proceso de intervención, pese a ello evidencian avances en el desarrollo del niño por encima de los avances en la rutina familiar. Destacan el acompañamiento recibido por parte de las profesionales y, como aspecto principal a mejorar, la brecha entre las prácticas acordes al MCF y lo que realmente se lleva a cabo actualmente en el SAT.

PALABRAS CLAVE: Percepción; familias; participación; prácticas; servicios de atención temprana.

ABSTRACT: Involving families in the early intervention (EI) process is a key component of the family-centered paradigm (FCP). However, their participation varies considerably depending on the professionals' training. The objectives of this study are: 1) to describe families' perceptions of their participation in the intervention process within Early Intervention Services (EIS); 2) to describe families' assessment of the impact of the intervention on the child's developmental progress and on family routines; and 3) to identify, based on families' reports, the strengths and areas for improvement of EIS. The main instruments used were a questionnaire and a semi-structured interview guide. A total of 160 families participated in the questionnaire and 10 in the interviews. The results indicate that, in general, families do not participate in the intervention process; nevertheless, they report greater progress in the child's development than in family routines. Families highlight the support received from professionals and identify, as the main area for improvement, the gap between practices aligned with the family-centered model and what is actually carried out in current EIS.

KEYWORDS: Perception; families; participation; practices; early intervention services.

1. Introducción

La atención temprana (AT) está atravesando un cambio de paradigma fundamentado en la necesidad de que las familias participen activamente en el proceso de detección, evaluación, diagnóstico, planificación, intervención y seguimiento (García-Grau *et al.*, 2019; García-Ventura *et al.*, 2023). En los últimos años, en algunos países se ha transitado de un modelo tradicional a uno centrado en la familia, que entiende la AT como un sistema de apoyo, que estimula y promueve el empoderamiento y desarrollo de habilidades y destrezas de las familias, facilitando la interacción y el desarrollo del niño (Dunst, 2002a; Dunst, 2002b; Guralnick, 2009).

Las familias están en una posición óptima para crear oportunidades de aprendizaje y desarrollo de las capacidades de sus hijos, ya que es en el entorno natural donde hay mayor interacción familiar, por encima de cualquier otro entorno (Keilty, 2010; McWilliam, 2011). La evidencia refiere que existe un progreso significativo en el niño y en las rutinas del hogar cuando las familias se involucran en la atención y la intervención de sus hijos (Silva y Pinto, 2017). La implicación de la familia favorece que se sientan seguras, que reconozcan sus fortalezas y sean parte activa en

la toma de decisiones durante todo el proceso de intervención (McWilliam, 2016a; Turnbull, 2003).

Los sistemas familiares (Bronfenbrenner, 1979), así como los paradigmas centrados en la familia (Dunst y Trivette, 2009; McWilliam, 2016b; Espe-Sherwindt, 2008), reconocen y consideran la diversidad cultural (lengua, creencias, valores, normas, etc.) durante la intervención, a fin de que las prácticas sean altamente individualizadas, sensibles, respetuosas y acordes a las demandas y necesidades de la familia.

1.1. *¿Cuál es el rol de las familias en el paradigma de intervención centrado en la familia?*

En el paradigma de intervención centrado en la familia, los profesionales incorporan a la familia en el equipo y la hacen partícipe en la toma de decisiones, trabajan de manera colaborativa en la evaluación de las necesidades, en la elaboración de los objetivos y en la intervención propiamente dicha (Dalmau *et al.*, 2017). En este paradigma se trabaja para empoderar a las familias y fortalecer sus habilidades y competencias, con el fin de favorecer el desarrollo de sus hijos (McWilliam, 2016b). Brindar a las familias la oportunidad de participar activamente permite que estas se beneficien y aprovechen al máximo los servicios de intervención, en lugar de ser solo espectadoras pasivas de este proceso (Hile *et al.*, 2016).

Las percepciones de las familias sobre el comportamiento de sus hijos (más o menos positiva o negativa), el bienestar de la familia, la confianza y el sentimiento de competencia, que tienen un impacto significativo en el desarrollo infantil, también están relacionadas con la práctica centrada en la familia (Dunst *et al.*, 2007).

Al inicio de la década de los años noventa del siglo pasado Dunst *et al.* (1991) pusieron de relieve la coexistencia de diferentes modelos teóricos de intervención en AT respecto a los roles desempeñados por las familias; el reconocimiento y el uso de las experiencias y el poder, y su participación en la toma de decisiones. En la misma línea, más adelante, Espe-Sherwindt (2008) describe cuatro modelos de intervención:

- Modelo centrado en el profesional: los profesionales son considerados y percibidos como expertos, responsables de determinar las necesidades del niño y la familia, así como de definir la mejor manera de satisfacer dichas necesidades. Se espera que las familias depositen su confianza en el profesional, quien toma las decisiones y organiza las soluciones a los problemas identificados en su calidad de experto. Este enfoque genera una dependencia de la familia hacia el profesional y puede motivar a las familias a buscar otros especialistas percibidos como “más expertos” que los actuales proveedores de atención para su hijo.
- Modelo familiar o familia-aliada: los profesionales reconocen la capacidad de las familias para implementar las intervenciones. Sin embargo, la identificación de las necesidades del niño y de la familia, así como el diseño y la planificación de la intervención a realizar, sigue siendo una responsabilidad exclusiva de los profesionales. Este enfoque perpetúa una dependencia del profesional “experto”,

quien proporciona las orientaciones necesarias sin garantizar plenamente su seguimiento y facilitación. Además, este modelo puede conducir a que las familias asuman el rol de coterapeutas o pseudoprofesionales, intentando replicar en el hogar las intervenciones rehabilitadoras diseñadas por los expertos.

- Modelo enfocado en la familia: los profesionales suelen ver a las familias como consumidores que, con apoyo, pueden seleccionar entre diversas opciones. Sin embargo, estas alternativas son identificadas y ofrecidas por los profesionales “expertos”. Aunque se pretende fomentar que las familias tomen decisiones, y así experimenten cierta autonomía respecto al profesional, este objetivo queda limitado. Por tanto, los profesionales a menudo no consideran la exploración de las capacidades propias de las familias, ni la necesidad de apoyarlas en el desarrollo de estas habilidades, ni la evaluación de los recursos necesarios para ello.
- Modelo centrado en la familia: los profesionales perciben a las familias como socias igualitarias y colaboradoras esenciales en el esfuerzo conjunto por facilitar y mejorar las oportunidades de desarrollo del niño. La intervención es personalizada, adaptable y receptiva a las necesidades específicas de cada niño y su familia, con estas necesidades identificadas en colaboración con la familia misma. El enfoque se centra en fortalecer y apoyar el funcionamiento familiar, particularmente en la creación de oportunidades de aprendizaje para el niño dentro de su contexto, asegurándose de que las familias no repliquen en casa modelos de intervención terapéutica. El profesional se esfuerza constantemente por garantizar que las familias tomen las decisiones, dentro de una estrategia diseñada para potenciar su competencia, compromiso y adhesión al plan de acción establecido conjuntamente. Es necesario que las familias se sientan motivadas y capacitadas para que quieran hacerlo. Para que esto suceda, la clave está en atender a las necesidades reales de la familia y su entorno.

Según García-Sánchez *et al.* (2014), los niños aprenden de manera más efectiva de forma gradual, a través de experiencias repetidas, cuando se guían por su propia iniciativa y, especialmente, cuando tienen la oportunidad de practicar repetidamente las habilidades adquiridas dentro de sus rutinas y actividades diarias, en sus entornos habituales y con las personas que les son significativas. Es en estos contextos familiares y rutinarios donde el sistema nervioso del niño tiene mayores oportunidades de planificar de manera espontánea y autónoma sus interacciones con los objetos y las personas que les motivan. En contraste, en el entorno artificial de los tratamientos llevados a cabo en los centros específicos de AT, aunque se planifiquen situaciones “ideales” para la interacción a través del juego, estas situaciones son esencialmente simulaciones del entorno natural. En tales contextos, el niño responde más a la planificación del adulto que a sus propios intereses.

Considerando lo anterior, numerosos autores han puesto de relieve la necesidad de potenciar las competencias en entornos naturales, ya que por sí solos ofrecen escenarios contextualizados ricos y variados para múltiples oportunidades para el aprendizaje del niño, incluyendo las habilidades sociales (Dunst *et al.*, 2001a, 2001b, 2012; Escorcía-Mora *et al.*, 2021).

1.2. *Y en la práctica, ¿participan las familias en el proceso de intervención?*

En España, en los últimos años, un buen número de profesionales han recibido formación en prácticas centradas en la familia y han mostrado interés en estar más implicados, pero, a la vez, se ha puesto de relieve cierta resistencia y escepticismo de los participantes sobre la viabilidad de ponerlo en práctica (Escorcia-Mora *et al.*, 2016; Gràcia *et al.*, 2019).

Bagur y Verger (2020) revisaron un conjunto de estudios empíricos en AT desde el 2000 hasta el 2019, desarrollados en EE. UU., España, Australia y Portugal, a fin de identificar las prácticas que se llevan a cabo actualmente en los servicios y los resultados mostraron que, a pesar de que se aplique un paradigma centrado en la familia, existen barreras para implementar prácticas participativas, ya que estas requieren ajustar los apoyos profesionales y, a la vez, cambios en el rol activo de la familia durante la intervención. Los profesionales identificaron una falencia en cuanto a la formación para adquirir e implementar estrategias de participación familiar. Los resultados indican mayor predominio al uso de prácticas relacionales (en el que se da una escucha activa, la empatía, se tienen en cuenta los valores, las creencias, las fortalezas de las familias y mantienen una comunicación efectiva) que participativas (en el que se promueve la colaboración entre familia-profesional, la familia es parte activa en las tomas de decisiones y se los empodera a fin de potenciar sus habilidades).

Otros estudios realizados con población española refieren que, aunque los profesionales están cambiando sus prácticas, todavía se evidencian dificultades para involucrar a las familias y compartir responsabilidades con ellas (Cañadas, 2013; Escorcia-Mora *et al.*, 2018; Gràcia *et al.*, 2019). Del mismo modo, el estudio de Fox *et al.* (2015), en el que participaron 141 madres y padres, expresa que, a pesar de que el servicio en el que eran atendidos con sus hijos e hijas implementaba un paradigma centrado en familia, no percibían ni experimentaban su inclusión durante las intervenciones.

Del mismo modo, McWilliam y García-Grau (2016) llevaron a cabo un estudio en Paraguay que contempló formar, asesorar y acompañar la implementación del MCF en una institución privada, así como en algunas instituciones públicas. Las educadoras de los servicios de atención temprana (SAT) de Paraguay participaron, durante los años 2017 y 2018, en un proceso de desarrollo profesional teniendo como formadoras a las profesionales referentes formadas inicialmente en el MCF. El propósito general de esta investigación es evaluar el grado en el que esta formación ha sido incorporada por las profesionales en sus prácticas, así como su impacto en las familias y sus hijos. Específicamente, nos proponemos:

- 1) Analizar la valoración de las familias en relación con el tipo de participación que tienen en los servicios de atención temprana.
- 2) Analizar la valoración de las familias sobre el impacto de la evaluación, diagnóstico e intervención sobre las mejoras en las rutinas familiares y el desarrollo del niño.
- 3) Identificar, a partir de lo que refieren las familias, las fortalezas y áreas de mejora de las profesionales de los SAT.

2. Método

Se utilizó un diseño transversal con enfoque metodológico mixto (Hernández *et al.*, 2010). Se articularon estrategias cuantitativas y cualitativas de manera complementaria, a fin de lograr una comprensión más amplia y profunda de lo investigado. En una primera fase, se aplicó un cuestionario estandarizado de autoevaluación, cuya naturaleza cuantitativa permitió obtener una visión general y sistemática de las percepciones y las prácticas de los participantes. Los datos recogidos en esta etapa fueron sometidos a un análisis preliminar, lo que permitió identificar tendencias y aspectos relevantes que ameritaban una exploración más detallada.

Sobre la base de estos primeros resultados, se diseñó y desarrolló una segunda fase de carácter cualitativo, mediante entrevistas en profundidad. Estas se orientaron a profundizar en las respuestas obtenidas en el cuestionario, permitiendo así captar significados, matices y contextos que no podían ser abordados únicamente desde la perspectiva cuantitativa. Esta secuencia lógica, primero el cuestionario y luego la entrevista, favoreció la complementariedad entre datos cuantitativos y cualitativos.

Finalmente, la integración de los resultados obtenidos a través de ambos instrumentos posibilitó la triangulación de la información, lo que contribuyó a reforzar la validez del estudio y a enriquecer la interpretación de los hallazgos desde una perspectiva más holística y situada.

2.1. Contexto

Los datos se recogieron en los servicios de atención temprana (SAT) de Paraguay, que fueron creados con el fin de responder a las necesidades de niños y niñas de 6 meses a 4 años y 11 meses de edad con discapacidad permanente o transitoria o con riesgo de padecerla, con el objetivo principal de lograr la inclusión al sistema educativo y facilitar la inclusión social en la comunidad (Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay, 2012). Son 35 SAT que se encuentran ubicados en instituciones educativas. Un 77.1 % son de gestión pública y un 22.8 % son privadas subvencionadas. Geográficamente están situados en mayor medida en el interior del país (71.4 %), en el área metropolitana (17.2 %) y algunos en la capital de Paraguay (11.4 %).

El SAT tiene tres funciones principales:

- Prevención y detección. La educadora lleva a cabo acciones de capacitación y sensibilización dirigidas a familias, cuidadores principales y la comunidad en general, dando a conocer el servicio para que quienes lo necesiten puedan acceder a él. Esta función incluye también la articulación de redes (salud, educación, municipio, comunidad, entre otros) y la intervención directa con familias mediante entrevistas e información sobre el funcionamiento del SAT.
- Intervención. Una vez que las familias acceden al servicio, se inicia el acompañamiento familiar y, cuando es posible, las visitas domiciliarias.

-Inclusión educativa. Se orienta a familias y cuidadores principales sobre los derechos de las personas con discapacidad y los derechos de niños y niñas, entre otros contenidos. Se promueve asimismo la inclusión escolar y social.

Las familias, por lo general, acceden al servicio por medio de las difusiones hechas en la comunidad, en otras, a través de las derivaciones realizadas por profesionales que forman parte de la red que estableció la educadora y, a veces, por referencias de familias que ya son usuarias del mismo.

Una vez que la familia es admitida al SAT, actualmente, aún se emplean instrumentos estandarizados para la evaluación de las necesidades, en la mayoría de los casos acompañados de una entrevista a las familias de carácter clínico (anamnesis). Al final de la entrevista, la profesional establece los objetivos a ser trabajados en las intervenciones, siendo la participación de las familias poco activa, por lo general.

En algunos casos la madre acompaña al niño al servicio y permanece fuera de la sala. En muy pocas ocasiones la sesión se da de manera colaborativa entre familia y profesional (Duarte y Gràcia, 2025).

2.2. Participantes

El estudio se llevó a cabo en dos fases. En la primera participaron 160 familias, de 4 a 5 de cada SAT (ver Tabla 1, caracterización de las familias), y en la segunda participaron 10 familias. De estas, las primeras 5 fueron las que formaron parte del proyecto inicial de los SAT y las otras 5 fueron seleccionadas al azar entre las familias atendidas en los SAT en el momento en el que se recogieron los datos.

Los criterios de selección de las familias fueron: asistir de manera regular al servicio y contar con una antigüedad mínima de un año como familias atendidas en el SAT y una diversidad en cuanto a condición económica (baja, media, alta), edad de la madre (adolescente, joven, adulta y adulta mayor) y estructura familiar (familia monoparental, biparental, hermanos, abuelos, tíos, etc.).

2.3. Instrumentos

Para la recogida de datos se emplearon tres instrumentos.

El primer instrumento que se utilizó fue el cuestionario FINESSE Family (McWilliam, 2015, adaptado en España por Fernández y Cañadas, 2015). Consta de 19 ítems, cada uno con cuatro descriptores. En la parte superior de los descriptores se solicita a la familia que marque la experiencia habitual (lo que se lleva a cabo en el servicio) y en la parte inferior, la experiencia ideal (lo que considera que debía llevarse a cabo en el servicio). En cada caso, la familia debe marcar lo que considere oportuno (García-Grau *et al.*, 2019).

El segundo fue un cuestionario elaborado *ad hoc* para esta investigación para recoger información con respecto a: 1) fortalezas y debilidades del servicio, 2) frecuencia

TABLA 1. Características sociodemográficas de las familias y niños/as (N = 160)		
Variable	N.	(%)
Sexo del niño/a		
Femenino	71	44.3 %
Masculino	89	55.7 %
Edad del niño/a		
6 a 11 meses	11	6.88 %
1 a 1 año y 11 meses	25	15.62 %
2 a 2 años y 11 meses	47	29.38 %
3 a 3 años y 11 meses	60	37.5 %
4 a 4 años y 11 meses	17	10.62 %
Condición del niño/a		
Prematuridad	32	20.0 %
Retraso en el desarrollo	46	28.7 %
Discapacidad	36	22.5 %
Otros (problemas de socialización, conductual, factores sociales/ambientales)	46	28.7 %
Personas que conviven con el niño/a en el hogar		
Monoparental	20	12.5 %
Biparental y familiares	25	15.6 %
Biparental	18	11.3 %
Familia (hermanos)	49	30.6 %
Familia y familiares (tíos, abuelos, primos)	43	26.9 %
Abuelos	5	3.1 %

Fuente: Elaboración propia.

y duración de las intervenciones, 3) orientaciones recibidas e impacto de las prácticas recibidas en el servicio en la rutina familiar y el desarrollo del niño, 4) participación de las familias en el proceso de intervención y 5) inclusión escolar y social.

Finalmente, el tercer instrumento fue el guion para realizar una entrevista en profundidad a las familias. Para elaborar el guion, se utilizó como base el cuestionario FINESSE Family. Las preguntas se agruparon teniendo en cuenta los objetivos planteados en este estudio: 1) toma de decisiones, 2) participación, 3) avances y 4) percepción del SAT, tal y como ilustra la Tabla 2.

2.4. Procedimiento

2.4.1. Fases del procedimiento

Fase 1. Inicialmente se contactó con las familias que acudían a los SAT, se establecieron las fechas para aclarar dudas y consultas. Los cuestionarios fueron

TABLA 2. Descripción de las preguntas del guion de entrevista realizada a familias agrupadas por dimensiones	
Dimensiones	Preguntas
1. Toma de decisiones Cómo y quién establece los objetivos y en qué medida son coherentes y funcionales a los requerimientos de las familias.	- ¿Cómo estableces las prioridades del niño y la familia para la intervención? - ¿Quién toma las decisiones de las intervenciones que se llevarán a cabo? - ¿Quién establece los objetivos a ser trabajados?
2. Participación Cómo se desarrolla el servicio, determinando si existe o no colaboración familia-profesional o solo se centra en las necesidades del niño, quién dirige la intervención y si se desarrollan capacidades en la familia.	- Por lo general, ¿cómo trabajas con las familias? - ¿Cómo se da la participación de las familias durante las intervenciones? - ¿Cómo describirías el trato que recibes de la educadora?
3. Avances Cómo se describen los cambios en el desarrollo del niño y la rutina familiar a partir de las intervenciones recibidas.	- ¿Qué cambios has notado en el desarrollo del niño a partir de las prácticas recibidas en el servicio? - ¿Qué cambios has notado en la rutina familiar a partir del servicio brindado? - A partir de los servicios recibidos ¿cómo ha sido la inclusión social de los niños que acuden al SAT? - El servicio que brindas ¿favorece a la inclusión educativa de los niños que acuden al SAT? - ¿Con qué frecuencia se describen los logros/avances? - ¿De qué manera se presentan los avances?
4. Percepción sobre el SAT Cómo perciben las familias el servicio a partir de las intervenciones recibidas.	- ¿Cuáles son las fortalezas que identificas del servicio que recibes? - ¿Cuáles son las debilidades que identificas del servicio que recibes?

Fuente: Elaboración propia.

digitalizados y se les pidió que firmasen el consentimiento informado. El enlace al documento de consentimiento y al cuestionario se les remitió vía WhatsApp.

Fase 2. Una vez contestado el cuestionario, se llevó a cabo un primer análisis con el fin de profundizar la información obtenida para luego utilizarlo durante las entrevistas. En esta fase participaron 10 familias.

Fase 3. La investigadora principal entrevistó a las familias de manera virtual. Las entrevistas tuvieron una duración de entre una hora y una hora y media. La única relación previa existente entre la entrevistadora y las familias fue la que se estableció en el momento de enviarles, vía WhatsApp, el enlace para que accedieran al cuestionario.

2.5. *Análisis de datos*

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios FINESSE Family se analizaron teniendo en cuenta las dos dimensiones en relación con el tipo de prácticas. La dimensión de Prácticas Participativas incluyó los ítems 3, 13, 15 y 16 y la dimensión de Prácticas Relacionales comprendía los ítems 1, 6, 8, 9, 10 y 11.

Se calcularon estadísticos descriptivos (medias y desviación típica), utilizando el software SPSS (v 27) (Castañeda *et al.*, 2010) y se realizó una comparación de medias entre la Práctica Habitual y la Práctica Ideal, utilizando la prueba de Wilcoxon (Murillo y Martínez, 2020).

Para el análisis de las entrevistas, primeramente, fueron transcritas en su totalidad. A continuación, se elaboró un sistema de códigos de manera inductivo-deductiva, es decir, se elaboró una estructura previa teniendo en cuenta el cuestionario de autoevaluación. A medida que se fueron analizando las transcripciones con el sistema de códigos inicial se fueron identificando códigos emergentes, que se incluyeron en el sistema inicial. Todas las entrevistas fueron segmentadas por medio de un análisis temático (ver Tabla 3). La codificación se realizó con el software Atlas.Ti (v 9) (Frieze, 2012). Los códigos fueron validados por un juicio de expertos (compuesto por tres profesionales del área), llegando a una fiabilidad aceptable de 0.925 entre intercodificadores (Manterola *et al.*, 2018).

3. Resultados

3.1. *Valoración de las familias en relación con el tipo de participación que tienen en los SAT*

Se presentan las puntuaciones obtenidas en el cuestionario FINESSE Family. Las puntuaciones medias y las desviaciones típicas de las *prácticas relacionales* fueron *más elevadas* ($M = 87.31$, $D. T. = 9.16$) que las de las *prácticas participativas* ($M = 62.81$, $D. T. = 17.80$).

En la Tabla 4 se puede observar que hay una diferencia significativa con un gran tamaño del efecto (0.845) entre la práctica ideal y la habitual.

En la Tabla 5 se presentan los resultados (frecuencias de los códigos) de la entrevista en profundidad realizada a las familias, que permitieron ahondar en la participación de la familia, la toma de decisiones y la relación existente entre familia-profesional.

TABLA 3. Categorías y códigos agrupados por dimensión para analizar las entrevistas a las familias			
Dimensión	Categoría	Códigos	Ejemplo
Toma de decisiones	1. Quién establece los objetivos	1.1. La educadora establece los objetivos a trabajar con el niño en función a la evaluación hecha. 1.2. La educadora establece los objetivos a trabajar con el niño y la familia en función de la evaluación hecha. 1.3. Educadora y familia establecen de manera colaborativa los objetivos a trabajar en las intervenciones.	No, la profe estableció lo que serían los objetivos que iban a trabajar con él, más la recomendación de la psicóloga. Sí, ella. Ella es la que decide (Cód., 1.1).
	2. Toma de decisiones en las intervenciones	2.1. La educadora toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño. 2.2. La familia toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño y su contexto (familia). 2.3. Se toman decisiones colaborativas (familia-educadora) de acuerdo con las necesidades y prioridades del niño y familia.	Ahora, actualmente quien toma las decisiones así de lo que estaría faltando para ella, son más las profesoras, porque yo tengo un objetivo con ella, pero ellos tienen otro objetivo y parece que vamos de acuerdo con el objetivo de ellas (Cód., 2.1).
Participación	3. Grado de participación de las familias	3.1. La familia no está presente durante la intervención de la educadora con el niño. 3.2. En las intervenciones la familia solo observa y se le explica lo que debe hacer con el niño. 3.3. Intervención colaborativa, educadora-familia.	Me quedo mirando nomás. Cuando ella entra en una crisis o algo así, lo que entro para tranquilizarle, pero por lo general quedo mirando nada más dentro de la sala (Cód., 3.2).
	4. Relación familia-educadora	4.1. Buena relación en cuanto a la comunicación entre familia-educadora. 4.2. Poca relación en cuanto a la comunicación entre familia-educadora.	Superbuena la comunicación con la profe y con la otra profe también es igual. Supercomunicativas son (Cód., 4.1).

(continúa)

TABLA 3. Categorías y códigos agrupados por dimensión para analizar las entrevistas a las familias (continuación)			
Dimensión	Categoría	Códigos	Ejemplo
Avances		4.3. Tenemos buena relación, pero no participa en las intervenciones. 4.4. Tenemos buena relación y me deja participar durante las intervenciones.	
	5. Frecuencia con que se describen los logros/avances	5.1. Se describen los logros/avances una a dos veces al año. 5.2. Se describen los logros/avances con frecuencia. 5.3. No se describen los logros/avances.	Ellos nos suelen entregar un informe dos veces al año, o sea, el año pasado me entregaron a finales de julio (Cód., 5.1).
	6. Manera de presentar los avances	6.1. Los avances se presentan por medio de una entrevista. 6.2. Los avances se presentan de manera escrita. 6.3. Los avances se presentan de manera escrita y acompañada de una entrevista.	Un informe impreso y a veces acompañada de una pequeña entrevista también (Cód., 6.3).
	7. Avances en las familias	7.1. Hay logros en la rutina familiar. 7.2. No hay logros en la rutina familiar.	Sí, incluso hay más optimismo en la familia, más alegría porque ya sabemos cómo tratar con ella (Cód., 7.1).
	8. Avances en los niños	8.1. Hay avances en el desarrollo del niño. 8.2. Hay pocos avances en el desarrollo del niño.	Bastante en la parte visual, la parte conductual, tiene mejor conducta (Cód., 8.1).
	9. Inclusión	9.1. Favorece la inclusión escolar. 9.2. Favorece la inclusión social. 9.3. Aún no se evidencian mejoras en la inclusión social.	Sí mejoró, porque quiere socializar más ahora. Antes una criatura se le acercaba y ella se tiraba a llorar, ahora ya no es más así (Cód., 9.2).

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 4. Resultados de la práctica habitual y la práctica ideal de los cuestionarios FINESSE Family (McWilliam, 2015, adaptado a España por Fernández y Cañadas, 2015)						
	Práctica habitual		Práctica ideal		Prueba Wilcoxon	
	<i>M</i>	<i>D. T.</i>	<i>M</i>	<i>D. T.</i>	<i>p valor</i>	Tamaño del efecto
Familias (N = 160)	2.615	.673	3.589	.293	<.001	0.845***

Nota: * $p < 0.5$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

TABLA 5. Participación y toma de decisiones durante las intervenciones		
Categoría	Códigos	Frecuencias
1. Quién establece los objetivos	1.1. La educadora establece los objetivos a trabajar con el niño en función de la evaluación hecha.	8
	1.2. La educadora establece los objetivos a trabajar con el niño y la familia en función de la evaluación hecha.	1
	1.3. Educadora y familia establecen de manera colaborativa los objetivos a trabajar en las intervenciones.	1
2. Toma de decisiones en las intervenciones	2.1. La educadora toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño.	8
	2.2. La familia toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño y su contexto (familia).	1
	2.3. Se toman decisiones colaborativas (familia-educadora) de acuerdo con las necesidades y prioridades del niño y familia.	1
3. Grado de participación de las familias	3.1. La familia no está presente durante la intervención de la educadora con el niño.	5
	3.2. En las intervenciones la familia solo observa y se le explica lo que debe hacer con el niño.	3
	3.3. Intervención colaborativa, educadora-familia.	2
4. Relación familia-educadora	4.1. Buena relación en cuanto a la comunicación entre familia-educadora.	9
	4.2. Poca relación en cuanto a la comunicación entre familia-educadora.	1
	4.3. Tenemos buena relación, pero no participa en las intervenciones	8
	4.4. Tenemos buena relación y me deja participar durante las intervenciones.	1

En cuanto a la primera categoría, se aprecia que el código que presenta una mayor frecuencia es el 1.1, que indica que es la educadora quien establece los objetivos a trabajar con el niño en función de la evaluación hecha. Un ejemplo es:

... la profe estableció lo que serían los objetivos que iban a trabajar con mi hijo, además de la recomendación de la psicóloga, ellas son las que deciden. (F2, Cód. 1.1)

En relación con la segunda categoría, de nuevo el código que presenta una frecuencia claramente más elevada es el 2.1, que indica que es la educadora quien toma las decisiones en cuanto a las prioridades de la intervención. Un ejemplo es el siguiente:

... claro, aquí la profesional siempre, porque como ella es la profesional, yo confío en ella y ella me explica ciertas cosas y la verdad que casi 100 % siempre estoy de acuerdo con ella porque es la que entiende y porque yo veo que realmente es como ella dice. (F5, Cód. 2.1)

... yo nunca le impuse, porque como yo soy mamá primeriza, no sé mucho y lo que la profe haga me parece correcto. Ella trabaja y después me dice cómo hacer en casa. (F8, Cód. 2.1)

El código con mayor frecuencia en relación con el grado de participación de las familias en el proceso de intervención es el 3.1, que refiere que la familia por lo general no está presente durante la intervención de la educadora con el niño:

... yo me quedo afuera siempre, el solo ingresa, y cuando terminan me dice para reforzar lo que trabajaron y para seguir practicando en casa. (F6, Cód. 3.1)

... y mi hija ya trabaja sola con las dos licenciadas, cuando empecé, cuando empecé a llevarle no quería entrar y tampoco no quería quedarse, pero después de un mes, eh, ya se acostumbró y, por ejemplo, ahora yo le llevo los martes y jueves y ella abre la puerta, si no, yo le abro la puerta y ella ya entra, ella sola ya se queda y yo me quedo esperándole afuera. (F1, Cód. 3.1)

Los resultados indican que los avances obtenidos tras las intervenciones se comunican a la familia, en la mayoría de los casos, dos veces al año, cada seis meses, finalizando cada ciclo lectivo, con un informe escrito acompañado de una entrevista.

Las siguientes citas de la entrevista a familias ilustran los resultados relacionados con los códigos con mayor frecuencia presentados en la Tabla 6, respecto a la forma en que se describen los avances y la frecuencia con que los reportan:

... los informes mensuales o así cada cuatro a cinco sesiones. Me va diciendo, mira esto antes no hacía y ahora ya logra. (F8, Cód. 5.9)

... cuando culminan, no sé si es la primera etapa o creo que sí, la primera etapa entrega un informe y luego al terminar el año. También me dieron uno al terminar el periodo de adaptación. (F2, Cód. 5.9)

... un informe impreso y yo en particular que me quedo con mi hijo, que es más especial, verdad, en forma verbal también. (F7, Cód. 6.3)

... escrito entregan el informe, al terminar cada etapa y con una pequeña entrevista. (F5, Cód. 6.3)

TABLA 6. Presentación y descripción de avances		
Categoría	Códigos	Frecuencias
5. Frecuencia con que se describen los logros/avances	5.1. Se describen los logros/avances una a dos veces al año.	9
	5.2. Se describen los logros/avances con frecuencia.	1
	5.3. No se describen los logros/avances.	0
6. Manera de presentar los avances	6.1. Los avances se presentan por medio de una entrevista.	1
	6.2. Los avances se presentan de manera escrita.	3
	6.3. Los avances se presentan de manera escrita y acompañada de una entrevista.	6

3.2. Valoración de las familias en relación con los avances en el desarrollo del niño y la rutina familiar

Como se aprecia en la Tabla 7, las familias manifiestan que observan cambios importantes en sus hijos desde que acuden al SAT.

TABLA 7. Avances en el desarrollo del niño y la rutina familiar		
Categorías	Códigos	Frecuencias
7. Avances en las familias (rutina familiar)	7.1. Hay logros en la rutina familiar.	9
	7.2. No hay logros en la rutina familiar.	1
8. Avances en los niños	8.1. Hay avances en el desarrollo del niño.	8
	8.2. Hay pocos avances en el desarrollo del niño.	2
9. Inclusión	9.1. Favorece la inclusión escolar.	10
	9.2. Favorece la inclusión social.	8
	9.3. Aún no se evidencian mejoras en la inclusión social.	2

Algunos ejemplos de las intervenciones de las madres en las entrevistas son los siguientes:

... ahora, por ejemplo, habla más, ya socializa más también en el parque y eso. Antes, con señas nomás nos hablaba a nosotros. Ahora hablando ya pide las cosas. Tiene más atención, más paciencia. (F1, Cód. 8.8)

... sí, súper, él superavanzó desde el año pasado, ya luego te digo, es un lorito, ya dice más palabras, ya se le entienden más, es superfavorable para mí. (F6, Cód. 8.8)

... hubo avances, hubo avances que notamos, demasiado lo notamos. Por ejemplo, anteriormente nosotros para darle de comer a él, teníamos que dar todo puré, papilla, todo así, pasta, porque él le costaba masticar por sus músculos que eran blanditos. Ahora sí, tranquilo. Nosotros le ponemos un platito, tiene su silla, entonces le ponemos todito picadito, porque antes, antes pues él, no tenía esa fuerza de levantar la mano, ni agarrar una cuchara y llevarlo a la boca, pero ahora sí él hace y logra eso. También ya identifica los colores, las frutas, los animales y son en base a la estimulación, los sonidos, esas cosas verdad. (F7, Cód. 8.8)

Otras aportaciones están relacionadas con los cambios en la rutina familiar:

... sí, va avanzando, vamos avanzando en todos los sentidos con él. Y ahora se comunica más, ya es más independiente, ya se le entiende cuando habla. (F9, Cód. 7.9)

... parecían cosas tan básicas, pero que yo no sabía y que con ella aprendimos, aprendió mi hija, aprendí yo, toda la familia. Ahora ya sabemos más cómo manejar, manejarle a ella, cómo tratarle, cómo ayudarle, cómo entenderle y cómo darnos a entender también. (F4, Cód. 7.9)

... ayudó bastante también a mi familia para manejar la situación porque era algo nuevo, ahora ya sabemos cómo ayudarnos entre todos. (F8, Cód. 7.9)

Los resultados permiten detectar que, desde la perspectiva de las familias, la intervención temprana no solo incide en aspectos del desarrollo infantil, sino que genera impactos significativos en la rutina y el funcionamiento cotidiano de las familias. Las experiencias relatadas por las madres dan cuenta de cómo el servicio se traduce en mejoras concretas en la comunicación, la autonomía y la participación activa del niño/a en la vida diaria del hogar, lo cual tiene efectos directos en la reorganización de las prácticas familiares.

Uno de los aspectos más destacados es la transformación en la manera en que las familias interactúan con sus hijos/as y cómo esto repercute en las rutinas diarias. Por ejemplo, la adquisición de habilidades comunicativas, como se evidencia en expresiones como “ya piden las cosas hablando” o “ya se le entiende cuando habla”, no solo representa un logro del desarrollo, sino que también facilita la interacción diaria, reduce frustraciones y promueve mayor fluidez en las dinámicas del hogar.

Asimismo, el avance en habilidades motoras y de alimentación, como se señala en el caso del niño que antes requería purés y ahora puede comer alimentos sólidos de forma autónoma, implica una modificación tangible en la organización de las comidas, el uso de utensilios, la disposición del espacio y la forma en que se acompaña al niño durante estas actividades. Estas transformaciones requieren, a su vez, un proceso de adaptación por parte de la familia, que aprende a acompañar los nuevos logros del niño, resignificando prácticas que antes eran asistenciales o limitadas.

El impacto también se extiende a la dimensión pedagógica y emocional dentro del núcleo familiar. Varias madres refieren haber adquirido conocimientos y estrategias que antes desconocían, lo cual les permitió sentirse más seguras en su rol y más capaces de apoyar a sus hijos/as desde casa. Este aprendizaje no fue individual, sino que se compartió y se integró en el funcionamiento general de la familia, como lo reflejan expresiones como “aprendí yo, toda la familia” o “sabemos cómo ayudarnos entre todos”. Esto evidencia que la intervención, cuando se implementa desde un enfoque participativo y centrado en la familia, tiene un efecto multiplicador que va más allá del beneficiario directo del servicio.

En conjunto, estos hallazgos sugieren que el SAT no opera de manera aislada, sino que se inserta de forma orgánica en la vida familiar, provocando cambios en las rutinas, en las prácticas de cuidado, en la comunicación intrafamiliar y en la percepción que las familias tienen sobre sus propias competencias. Se trata, por tanto, de un proceso que redefine no solo al niño como sujeto activo de derechos, sino también a la familia como una unidad de aprendizaje, cuidado y corresponsabilidad en el proceso de desarrollo.

3.3. Valoración en cuanto a las fortalezas y áreas de mejora de los SAT

En las Figuras 1 y 2 se presentan los resultados del análisis de las entrevistas a las familias respecto a las fortalezas identificadas en los SAT y áreas que faltaría mejorar a fin de brindar mejor servicio (objetivo 3).

A continuación, se presentan algunas de las intervenciones de las madres relacionadas con los resultados presentados en la Figura 1.

... ayudó al desarrollo de los niños, nos dan recomendaciones superútiles para trabajar en la casa. (F1, Cód. 3.1.1. y 3.1.4)

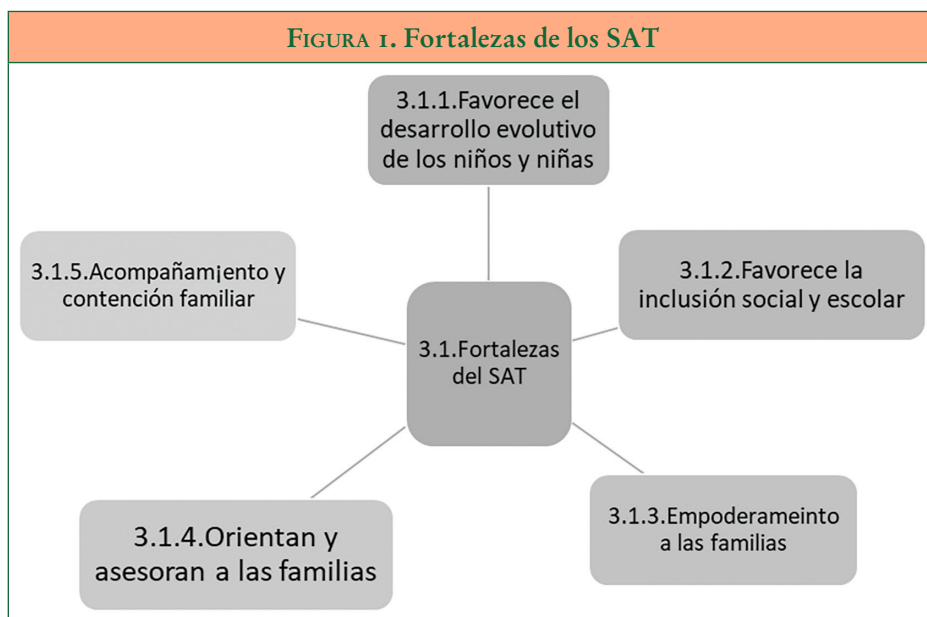
... yo creo que sería más en el sentido de tranquilizar, tranquilizar un poco más en cuestión al desarrollo. Yo al menos estaba muy ansiosa, muy desesperada por la situación de mi nena que ya tiene 3 años, como te dije, le llevé a la guardería y no pudieron con ella, la profesora misma me dijo que no podía con ella y entonces yo llegué al SAT tratando de lograr que ella sea como todos los demás niños y ahí me pasaron esa tranquilidad de que yo no debo lograr que ella sea como todos los demás niños, que tengo que enfocarme en sus fortalezas y a partir de eso trabajar y mediante

eso vamos a ir progresando. Entonces sería más de pasar autoconfianza, que podemos lograr lo que sea con los niños. (F3, Cód. 3.1.5)

... para mí fue muy bueno porque descubrí cosas que yo no sabía cómo manejar. Me ayudó muchísimo la licenciada y veo mejoría en mi hijo. La paciencia que tenía ella y tenía una conexión con mi hijo que era algo único. (F8, Cód. 3.1.3. y 3.1.1)

... nos sentimos apoyados en todo momento, siempre nos dan palabras de aliento y están pendiente para lo que necesitemos. (F6, Cód. 3.1.5)

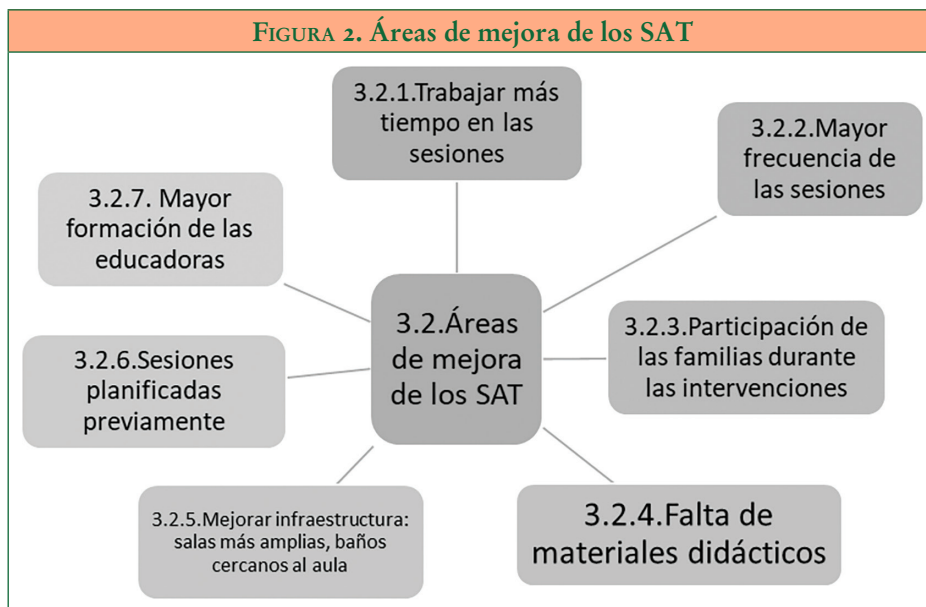
... el servicio es superfavorable, una gran ayuda para mi hijo y mi familia. (F2, Cód. 3.1.4. y 3.1.5)



A continuación, se presentan intervenciones de las familias relacionados con los resultados presentados en la Figura 2.

... sería trabajar un poco más de tiempo, este año por ejemplo son 40 minutos. Yo pienso que podría ser 1 hora por niño, por lo menos algunos que más necesitan. (F6, Cód. 3.2.1).

... faltarían más materiales didácticos o algo para trabajar con los niños. (F2, Cód. 3.2.4)



... creo que más formación de las profesionales, pero para trabajar con casos complicados de autismo. (F3, Cód. 3.2.7)

... yo creo que si tiene más materiales la profesora se podrán lograr más objetivos con los niños, ella procura mucho y hace lo que puede con lo que tiene. (F8, Cód. 3.2.4)

... a mi parecer es que ya tiene que tener todo listo porque ya te digo, de repente los niños se aburren o ya se pelearon sique [*sique: forma coloquial de 'así que'*] porque mientras ella estaba haciendo otra cosa. Mejor organización para que los niños puedan aprovechar el tiempo. (F5, Cód. 3.2.6)

... faltaría un espacio más amplio, que la sala sea más grande y tenga su propio bañito. (F1, Cód. 3.2.5)

4. Discusión

En este trabajo nos hemos propuesto describir la valoración de las familias en relación con el tipo de participación que tienen en los SAT, así como el impacto de la intervención sobre las mejoras en el desarrollo del niño y la rutina familiar, e identificar, a partir de lo que refieren las familias, las fortalezas y áreas de mejora de los SAT.

En cuanto a la participación de las familias, nuestros resultados muestran que las prácticas en los SAT son más relacionales que participativas, puesto que las familias

explicaron que, en la mayoría de los casos, durante las intervenciones acompañaban a sus hijos a las sesiones, pero, por lo general, esperaban fuera de la sala y en otros casos entraban en ella únicamente para observar la intervención que llevaba a cabo la educadora. Estos resultados coinciden con los hallados por Escorcia-Mora *et al.* (2016), que mostraron que en España los profesionales desarrollan más prácticas relacionales que participativas, desde la percepción de las familias, aunque los profesionales creen que implementan prácticas participativas. También coinciden con los resultados del trabajo de Marco-Arenas *et al.* (2018), en el que concluyeron que la mayoría de los profesionales consideraron sus prácticas como participativas, alejadas del MCF. También Cañadas (2013) concluye que la participación de las familias no es una práctica habitual en la comunidad valenciana.

A pesar de que los profesionales de atención temprana hayan llegado a un consenso en relación con la necesidad de progresar hacia modelos diferentes de intervenir, que suponen centrarse en el niño, en su familia, en el entorno y en los contextos de aprendizaje en los que participan, sigue siendo necesario realizar mejoras en el sistema de prestación de servicios (Escorcia-Mora *et al.*, 2018; García-Ventura *et al.*, 2021). Es fundamental promover la participación de las familias en el proceso de intervención (Division for Early Childhood, 2014). Su participación es un componente clave en atención temprana y está estrechamente relacionada con resultados positivos tanto para las madres, los padres y otros cuidadores como para los hijos (Ancell *et al.*, 2018).

En cuanto al segundo de los objetivos, la participación en la toma de decisiones, establecer objetivos y prioridades de intervención, los resultados de nuestro estudio ponen de relieve que, en la mayoría de los casos, es la educadora la encargada de llevarlo a cabo en los SAT. Estos resultados todavía están alejados de las propuestas de Dunst (2002a), en los que indica que el trabajo de las profesionales de los SAT debe estar enfocado en empoderar a las familias, capacitarlas e involucrarlas para la toma de decisiones en relación con su hijo y familia y ayudarles a descubrir y/o desarrollar capacidades, habilidades y competencias necesarias para potenciar su desarrollo; así, también fomentar el trabajo colaborativo entre familia-profesional durante todo el proceso de intervención (Marco-Arenas *et al.*, 2020).

A pesar de que no se sigue el PCF y de que las familias no participan en la intervención de manera activa, los resultados muestran que la relación de las familias con las educadoras es muy buena, de la misma manera que las familias perciben progresos en sus hijos. Interpretamos estos resultados en la misma dirección que Bailey y Bruder (2005) y McWilliam *et al.* (1995), quienes señalan que puede deberse a que las familias suelen sentirse en deuda con los profesionales, y en ocasiones son reacios a expresar lo que piensan por temor a una reacción por parte de aquellos y tienden a calificar positivamente el servicio ya que este brinda ayuda a sus hijos. En todo caso, ello no significa que no valoremos que se establezca una buena relación entre la familia y las educadoras. Sin embargo, es necesario no interpretarla como un signo de que todo va bien, porque hay muchos elementos a mejorar.

Por último, en cuanto a las fortalezas y las debilidades, los resultados indican que, aunque las prácticas profesionales no siguen el PCF, las familias detectan

progresos en el desarrollo del niño, más que en la rutina familiar, lo cual favorece a la inclusión tanto escolar como social. La interpretación que hacemos de estos resultados es similar a la que hemos hecho en relación con el punto anterior, no es negativo que las madres vean progresos en sus hijos, pero esto no nos tiene que llevar al inmovilismo. No es suficiente y hay que cambiar cosas, en la línea de lo que ya han detectado otros autores (Gràcia *et al.*, 2019; Frugone-Jaramillo y Gràcia, 2022, 2023; Cañadas, 2013).

En cuanto a las áreas de mejora de los SAT, al igual que en otros países, se destaca la brecha entre las prácticas centradas en la familia (consideradas como las ideales) y las prácticas que los profesionales implementan en su día a día (prácticas habituales) (Espe-Sherwindt y Serrano, 2016). Este desfase está estrechamente relacionado con la formación y el acompañamiento que reciben los profesionales (McWilliam y García-Grau, 2016). Este hallazgo coincide con un estudio realizado en Brasil, que muestra la discrepancia entre las políticas y normativas vigentes y las prácticas efectivas de los profesionales en los servicios (Souza Della Barba *et al.*, 2022).

4.1. *Implicaciones para la práctica e investigaciones futuras*

Los hallazgos de esta investigación ofrecen importantes implicaciones para la práctica profesional en los SAT, así como orientaciones valiosas para futuras líneas de investigación. En términos generales, los resultados evidencian una disonancia entre las prácticas profesionales implementadas y los principios que sustentan el PCF. Si bien las familias valoran positivamente el vínculo con las educadoras y perciben avances en el desarrollo de sus hijos e hijas, su participación en el proceso de intervención continúa siendo limitada, más asociada al acompañamiento afectivo (relacional) que a una implicación activa y corresponsable (participativa).

Desde una perspectiva práctica, estos hallazgos subrayan la necesidad de promover un cambio de paradigma que transite desde modelos centrados en el profesional hacia modelos colaborativos, en los que las familias asuman un rol protagónico. Esto implica generar condiciones para su inclusión real en la toma de decisiones, el establecimiento de prioridades y la planificación de actividades significativas, en estrecha relación con las rutinas y contextos cotidianos del niño o niña.

En este sentido, se destaca la urgencia de fortalecer la formación inicial y el acompañamiento continuo a los profesionales de los SAT. Es imprescindible dotarles de herramientas prácticas, favorecer el desarrollo de capacidades para el trabajo en contextos diversos y fortalecer su seguridad y confianza al momento de trabajar con las familias. Este proceso formativo debe estar orientado a que los profesionales puedan reconocer las fortalezas, habilidades, necesidades y contextos de las familias, con el objetivo de empoderarlas y establecer relaciones colaborativas que las conviertan en agentes activos de todo el proceso de intervención. La confianza de los y las profesionales en sus propias competencias es clave para facilitar una intervención más ajustada, contextualizada y respetuosa de la diversidad familiar.

A su vez, los resultados de este estudio pueden contribuir al desarrollo o adecuación de normativas que promuevan explícitamente el trabajo colaborativo entre familias y profesionales, reconociendo la importancia del involucramiento familiar en la toma de decisiones, la definición de objetivos de intervención y su participación directa en la ejecución de las actividades.

Desde el punto de vista investigativo, se abren nuevas oportunidades para profundizar en el análisis de los factores que facilitan o dificultan la participación activa de las familias en distintos contextos socioculturales. Asimismo, se considera pertinente, en futuras investigaciones, no solo continuar recogiendo las percepciones de las familias, sino también evaluar de manera sistemática el progreso de los niños y las niñas que asisten a los SAT, con el fin de describir los avances en las distintas áreas del desarrollo a partir de las intervenciones recibidas. Este tipo de estudios permitiría contar con evidencias más robustas sobre la efectividad de los enfoques utilizados y su impacto tanto en el niño/a como en su entorno familiar.

En suma, avanzar hacia una atención temprana centrada en la familia requiere no solo de buenas intenciones, sino de transformaciones estructurales en los procesos de formación, en las prácticas cotidianas y en las políticas que regulan el funcionamiento de los servicios. Solo así será posible construir intervenciones más justas, inclusivas y sostenibles, capaces de responder con pertinencia y equidad a las necesidades reales de las familias y sus hijos e hijas.

5. Agradecimientos

Las autoras agradecen la participación de las familias en este estudio, especialmente reconocen la apertura, la predisposición y las ganas de colaborar en pro de mejoras para los SAT.

6. Referencias

- ANCELL, K. S., BRUNS, D. A. y CHITTYO, J. (2018). The importance of father involvement in early childhood programs. *Young Exceptional Children*, 21(1), 22-33. <https://doi.org/10.1177/109625061562135>
- BAGUR, S. y VERGER, S. (2020). Evidencias y retos de la atención temprana: el modelo centrado en familia. *Siglo Cero*, 51(4), 69-92. <https://doi.org/10.14201/scero20205146992>
- BAILEY, D. B. y BRUDER, M. B. (2005). *Family outcomes of early intervention and early childhood special education. Issues and considerations*. Early Childhood Outcomes Center. https://www.tats.ucf.edu/docs/ECO_Family_Outcomes_Issues_01172005
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- CAÑADAS, M. (2013). *La participación de las familias en los servicios de atención temprana en la Comunidad Valenciana* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Católica de Valencia-San Vicente Mártir.

- CASTAÑEDA, M., CABRERA, A., NAVARRO, Y. y VRIES, W. DE. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. EDIPUCRS.
- DALMAU, M., BALCELLS-BALCELLS, A., GINÉ, C., CAÑADAS, M., CASAS, O., SALAT, Y., FERRÉ, V. y CALAF, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en atención temprana. *Anales de Psicología*, 33(3), 641-651. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.263611>
- DIVISION FOR EARLY CHILDHOOD. (2014). *DEC recommended practices in early inter-vention/earlychildhood special education*. <https://www.dec-sped.org/recommendedpractices>
- DUARTE, P. y GRÁCIA, M. (2025). El Modelo Centrado en Familia como enfoque de intervención en atención temprana. *Renacimiento Pedagógico. Gaceta Magisterial*. https://educacion.yucatan.gob.mx/multimedia/gaceta/2025/GMM_ABR_2025.pdf
- DUNST, C. J. (2002a). Family-centered practices: Birth through high school. *The Journal of Special Education*, 36(3), 141-149. <https://doi.org/10.1177/00224669020360030401>
- DUNST, C. J. (2002b). Family- Centered practices: Birth through high school. *The Journal of Special Education*, 36(3), 141-149. <https://doi.org/10.1177/00224669020360030401>
- DUNST, C. J., BRUDER, M. B., TRIVETTE, C. M. y McLEAN, M. (2001a). Characteristics and consequences of everyday natural learning opportunities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(2), 68-92.
- DUNST, C. J., BRUDER, M. B., TRIVETTE, C. M., RAAB, M. y McLEAN, M. (2001b). Natural learning opportunities for infants, toddlers, and preschoolers. *Young Exceptional Children*, 4(3), 18-25.
- DUNST, C. J., JOHANSON, C., TRIVETTE, C. M. y HAMBY, D. (1991) Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58, 115-126.
- DUNST, C. J., RAAB, M., TRIVETTE, C. M. y SWANSON, J. (2012). Oportunidades de aprendizagem para a criança no quotidiano da comunidade. En R. A. McWILLIAM, *Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades Especiais*. Porto Editora.
- DUNST, C. J. y TRIVETTE, C. M. (2009). Capacity-building family-systems intervention practices. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 119-143. <https://doi.org/10.1080/10522150802713322>
- DUNST, C. J., TRIVETTE, C. M. y HAMBY, D. W. (2007). Metaanalysis of family-centered helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370-378.
- ESCORCIA-MORA, C., CAÑADAS, M., MARTÍNEZ-RICO, G. y GARCÍA-GRAU, P. (2021). Fases y pasos en la implementación de prácticas recomendadas en atención temprana. *Siglo Cero*, 52(3), 37-57. <https://doi.org/10.14201/scero20215233757>
- ESCORCIA-MORA, C., GARCÍA-SÁNCHEZ, F., ORCAJADA, N. y SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. (2016). Perspectiva de las prácticas de atención temprana centradas en la familia desde la logopedia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36(4), 170-177.
- ESCORCIA-MORA, C., GARCÍA-SÁNCHEZ, F., SÁNCHEZ-LÓPEZ, M., ORCAJADA, N. y HERNÁNDEZ-PÉREZ, E. (2018). Early childhood intervention practices in the southeast of Spain: Professionals and families perspective. *Annals of Psychology*, 34(3), 500-509. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.311221>
- ESPE-SHERWINDT, M. (2008). Family-centred practice: Collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- ESPE-SHERWINDT, M. y SERRANO, A. M. (2016). It takes two: The role of family centered practices in communication intervention. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36, 162-169.

- FOX, G. L., NORDQUIST, V. M., BILLEN, R. M. y SAVOCA, E. F. (2015). Father involvement and early intervention: Effects of empowerment and father role identity. *Family Relations*, 64(4), 461-475. <https://doi.org/10.1111/fare.12156>
- FRIESE, S. (2012). *Qualitative data analysis with ATLAS.ti*. SAGE. *Growth*, 8(2), 195-222. <https://doi.org/10.1023/A:1024419522867>
- FRUGONE-JARAMILLO, M. y GRÀCIA, M. (2022). Formación para la colaboración con las familias en atención temprana. Una experiencia universitaria de posgrado en Ecuador. En M. FRUGONE-JARAMILLO y M. GRÀCIA (Eds.), *Hacia la adopción de prácticas centradas en la familia en América Latina. Primeras experiencias y aprendizajes* (pp. 167-194). Paideia.
- FRUGONE-JARAMILLO, M. y GRÀCIA, M. (2023). Family-centered approach in early childhood intervention of a vulnerable population from an Ecuadorian rural context. *Frontiers in Psychology*, 1(14). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1272293>
- GARCÍA-GRAU, P., MARTÍNEZ-RICO, G., McWILLIAM, R. A. y CAÑADAS, M. (2019). Typical and ideal practices in early intervention in Spain During a transformation process of professional practices. *Journal of Early Intervention*, 42(1), 3-19. <https://doi.org/10.1177/1053815119859046>
- GARCÍA-SÁNCHEZ, F. A., ESCORCIA-MORA, C., SÁNCHEZ-LÓPEZ, C., ORCAJADA, N. y HERNÁNDEZ-PÉREZ, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(3), 251.
- GARCÍA-VENTURA, S., MAS, J., BALCELLS-BALCELLS, A., DUNST, C. J. y CAÑADAS, M. (2023). Competencia y confianza profesional en atención temprana en el uso de prácticas recomendadas y su relación con la involucración parental. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 39(3), 415-424. <https://doi.org/10.6018/analesps.528661>
- GARCÍA-VENTURA, S., MAS, J. M., BALCELLS-BALCELLS, A. y GINÉ, C. (2021). Family-centred early intervention: Comparing practitioners actual and desired practices. *Child: Care, Health y Development*, 47(2), 218-227. <https://doi.org/10.1111/cch.12834>
- GRÀCIA, M., SIMÓN, C., SALVADOR-BELTRAN, F., ADAM ALCOCER, A. L., MAS, J. M., GINÉ, C. y DALMAU, M. (2019). The transition process from center-based programmes to family-centered practices in Spain: A multiple case study. *Early Child Development and Care*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1564916>
- GURALNICK, M. (2009). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. En M. A. FELDMAN (Ed.), *Early Intervention. The essential readings* (pp. 9-50). Blackwell Publishing.
- HERNÁNDEZ, S., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- HILE, K., MILAGROS, R. y HUGHES, M. (2016). Preparing early interventionists to implement family-centered practices. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 37(4), 314-330. <https://doi.org/10.1080/10901027.2016.1241964>
- KEILTY, B. (2010). *The early intervention guidebook for families and professionals: Partnering for success*. Teachers College Press.
- MANTEROLA, C., GRANDE, L., OTZEN, T., GARCÍA, N., SALAZAR, P. y QUIROZ, G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista Chilena de Infectología*, 35(6), 680-688. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182018000600680>
- MARCO-ARENAS, M., GARCÍA-SÁNCHEZ, F. A. y SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. C. (2020). Inteligencia emocional y prácticas participativas con la familia en atención temprana. *RELIEVE*, 26(1). <https://doi.org/10.7203/relieve.26.1.13168>

- MARCO-ARENAS, M., SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. C. y GARCÍA-SÁNCHEZ, F. A. (2018). Inteligencia emocional y prácticas relacionales con la familia en atención temprana. *Siglo Cero*, 49(2), 7-25. <https://10.14201/scero2018492725>
- McWILLIAM, R. A. (2011). The top 10 mistakes in early intervention in natural environments and the solutions. *Zero to Three*, 31(4), 11-16.
- McWILLIAM, R. A. (2015). *Family FINESSE/FINESSE Family. Intervención con Familias en Entornos Naturales. Escala de Evaluación de Servicios* (R. FERNÁNDEZ y M. CAÑADAS, adap. a España, 2015).
- McWILLIAM, R. A. (2016a). The routines-based model for supporting speech and language. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36(4), 178-184.
- McWILLIAM, R. A. (2016b). Metanoia en atención temprana: transformación a un enfoque centrado en la familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153.
- McWILLIAM, R. A. y GARCÍA-GRAU, P. (2016, April). *Calidad de vida familiar y prácticas profesionales en España*. Paper presented at the Encuentro Internacional de Actualización e Investigación en Atención Temprana y Desarrollo Infantil. Universidad Católica de Valencia, España.
- McWILLIAM, R. A., LANG, L., VANDIVIERE, P., ANGELL, R., COLLINS, L. y UNDER-DOWN, G. (1995). Satisfaction and struggles: Family perceptions of early intervention services. *Journal of Early Intervention*, 19(1), 24-42.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA DE PARAGUAY. (2012). *Normativa*. Servicios Gráficos Tenondete.
- MURILLO, J. y MARTÍNEZ, C. (2020). *Análisis de datos cuantitativos con SPSS en investigación socioeducativa*. UAM ediciones.
- SILVA, A. P. y PINTO, S. C. (2017). The benefits and difficulties in the elaboration and implementation of individual intervention plan in early intervention: The perspectives of Portuguese professionals. *Early Child Development and Care*, 189(6), 965-975. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1359581>
- SOUZA DELLA BARBA, C., FERREIRA, G., VENDRAMINI, L., NUNES, A. y SERRANO, A. M. (2022). Prácticas Centradas en la Familia en Brasil: descripción de una intervención con equipos que trabajan en la primera infancia. En M. FRUGONE-JARAMILLO y M. GRÀCIA (Eds.), *Hacia la adopción de Prácticas Centradas en la Familia en América Latina. Primeras experiencias y aprendizajes* (pp. 109-136). Paideia.
- TURNBULL, A. P. (2003). La calidad de vida de la familia como resultado de los servicios: el nuevo paradigma. *Siglo Cero*, 34, 59-73.