



PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
**CATOLICA**  
**DE VALPARAISO**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y EDUCACIÓN  
ESCUELA DE PEDAGOGÍA  
CARRERA DE EDUCACIÓN DIFERENCIAL

**NECESIDADES DE APOYO QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS Y PROFESIONALES QUE ATIENDEN A NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 24 MESES DE EDAD QUE SE ENCUENTRAN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA CESFAM UBICADO EN LA COMUNA DE CONCÓN.**

**Trabajo de titulación para optar al grado de Licenciada en Educación y al título de Profesora de Educación Diferencial con mención en Retardo Mental y/o Trastorno Específico del Aprendizaje.**

**Tesistas:** María Fernanda Alburquenque Gómez  
Karina Cifuentes Valenzuela  
Amadaritlcka Flores  
Nicole Manzo Michea  
Cecilia Muñoz Silva  
Jocelyn Umaña Miranda

**Profesora guía:** Karla Machuca Catalán

**Octubre, 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer a todas las personas quienes de algún modo contribuyeron en la elaboración de nuestra tesis, aportando sus conocimientos y experiencias.

Gracias a:

En primera instancia, queremos agradecer a Dios, porque para quienes creemos en él, nos dio la fuerza para seguir adelante e iluminó nuestro camino.

A nuestra profesora guía Karla Machuca, quien durante este proceso nos entregó su apoyo, tiempo y dedicación.

A Alonso Aravena, por compartir sus conocimientos y brindarnos su apoyo en nuestra investigación.

A la Educadora de Párvulos Claudia Donoso, encargada de la sala de estimulación, por abrirnos las puertas al mundo de la Atención Temprana. También a los profesionales encargados, los niños(as) y sus familias quienes participaron de este proceso.

A los expertos que realizaron la validación de las entrevistas realizadas: Sandra Vergara, Prisila Cisternas y Alonso Aravena.

Finalmente, agradecemos a nuestro grupo de tesis, en donde cada una tuvo un papel importante a lo largo de este proceso, nos apoyamos y fortalecimos como grupo. Estamos orgullosas del resultado de meses de sacrificio y esfuerzo.

## DEDICATORIAS

A mi querida familia, agradecer...

Por ser el pilar fundamental de mi vida, sin ellos a mi lado no podría culminar este camino, el cual muchas veces era difícil de avanzar. Son quienes soportaron mis frustraciones y rabias, pero también mis alegrías. Además agradecer, por enseñarme que lo más importante es la familia y ser feliz, y que lo demás es prescindible.

A mi mamá, por ser la mujer más excepcional, quien con sus experiencias y sabiduría me guío en este camino. Fue quien me hizo mirar desde otras perspectivas las situaciones complejas y pensar más allá de lo evidente, quien me escuchaba cada vez que llegaba sorprendida por algo nuevo que conocía y aprendía.

A mi papá, por ser el hombre más bondadoso y bueno, quien me acompañó en todo momento de este camino, quien me respaldó en cada decisión que tomé y quien me dio plena confianza para decidir sobre mi futuro.

A mi adorado sobrino, quien con sus sonrisas alegraba mis días, era quien le daba un respiro a las tardes de estudio y quien me hacía reír con sus ocurrencias.

Y finalmente a mi hermano, quien me enseñó con sus experiencias, que todo esfuerzo vale la pena y que se debe luchar a pesar de las adversidades.

**María Fernanda Alburquenque**

Quiero dedicar este primer pequeño/gran triunfo en esta parte de mi vida a todos quienes formaron parte directa o indirectamente de ello.

A mi mami y tata, a quienes he admirado y amado toda la vida. Gracias infinitas por entregarme valores, apoyo y amor incondicional.

A mi madre, por entregarme siempre su apoyo desde un comienzo, y porque a pesar de las tormentas por las que pasamos algún día, nos sirvieron para crecer como madre y como hija. Te amo incondicionalmente.

A mi querida y adorada tía Yayi, quien me dio la fuerza y su amor incondicional para seguir adelante.

A quienes creyeron en mí y me dieron un abrazo o una palabra de ánimo en momentos difíciles. Gracias Valeria, Catalina, Solange, Carlos, Bianka, Abel, Ariel, Papá.

Por último, y no menos importante, a quien elegí como mi compañero de vida, Fabian. Gracias por tomar mi mano y no dejarme caer en los momentos difíciles, por contenerme y darme tu amor durante este camino que hoy llega a su fin, pero que abre paso a nuestro futuro en donde comenzamos a escribir nuestra historia, nuestro pequeño infinito. Te amo infinitamente, por siempre.

**Karina Cifuentes**

Tanto el presente trabajo, como toda mi carrera se la dedico primeramente a Dios, quien hizo posible cada momento, ha sido mi fortaleza y mi compañía en el proceso, y me ha sorprendido y amado como nadie más, a pesar de todo. Ésta tesis, mi carrera y mi vida entera son para y de Él.

También se la dedico en especial a mi abuelo, por mostrarme lo entretenido y gratificante del enseñar a otros, por acompañarme en mis horas de estudio y trabajo, por educarme en lo hermoso e importante que es nunca dejar de aprender, y a no ponerme límites nunca; pero en especial por su amor y compañía incondicional en toda esta aventura.

A mi mamá Lolo, por enseñarme a luchar y a salir adelante frente a las circunstancias, y por ser la mejor madre que pude haber deseado.

A mi abuela, por mostrarme la importancia de ayudar, aunque sea en lo poco, a los demás. A dejar una huella, y así tratar de hacer siempre un mundo mejor.

Sé que los tres, mi familia, estarían orgullosos y felices con todo este proceso finalizando. Y gracias por luchar para acompañarme lo más posible con vida.

Y por último a mis amigos, que han sido hermanos, y una familia para mí. Gracias por todo el amor y la compañía que siempre me han dado, en especial en el proceso de mi carrera, en donde nos hemos dado ánimo en toda circunstancia, y por sobre todo amor y cariño en todo momento.

**Amadarit Icka**

Quiero dedicar esta tesis a mi hermosa familia:

A mis queridos padres, Gabriel y Mariela, quienes desde pequeña me inculcaron la importancia de alcanzar mis metas, siendo una de ellas llegar a la universidad y ser una profesional. Gracias por confiar en mí, por darme su apoyo incondicional y brindarme la oportunidad de crecer en la vida, tanto personal como profesionalmente.

A mi amado esposo Genaro, agradecerle por ser un pilar fundamental desde que llego a mi vida, por confortarme en los momentos difíciles y alentarme a cumplir mis sueños. Gracias mi amor por siempre buscar la forma de entregarme tu amor y apoyo sin importar la distancia.

A mi hermano Benjamín, agradecerle por ser una de las razones por quien debo esforzarme cada día para ser un apoyo y un ejemplo a seguir en su vida.

También quiero agradecerle a mi canina Emma por ser mi compañía y por regalarme esos lametones húmedos e infinitos en todo momento.

Gracias por todo, los amo muchísimo.

**Nicole Manzo**

Le agradezco a mi familia por su incondicional apoyo en todo el proceso. A mi madre por darme sabios consejos y escucharme cuando la necesitaba.

A mi hermano por apoyarme en cada momento y entregarme la seguridad de que siempre podré contar con él.

A mi amado padre, que desde el cielo me estuvo acompañando, le agradezco por haberme entregado tanto amor y enseñarme grandes valores.

Y por último le agradezco a mi compañero de vida, Rodrigo, por brindarme su apoyo incondicional amor y contención.

**Cecilia Muñoz**

Dedico esta tesis de forma especial a mis queridos padres, pues ellos fueron los que siempre me inculcaron estudiar y los que me sustentaron, independiente de las circunstancias, a lo largo de estos años.

A mi amado esposo, por acompañarme en este proceso como el gran partner que es. Por ser mi cable a tierra, por su paciencia, por animarme y motivarme en los momentos difíciles, y por gozarse conmigo en las alegrías.

A mis hermanos, amigas y amigos de siempre, pues se preocuparon por mí fraternalmente, animándome y conteniéndome en los momentos que lo necesitaba.

A mis compañeras de tesis, que si bien fue todo un desafío realizar este largo y arduo proceso juntas, logramos concretizarlo satisfactoriamente. Sobre todo a Karina y Amada, fue un agrado compartir con amigas como ustedes esta aventura.

**Catalina Umaña**



## INDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>13</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>17</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>19</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....	24
1.3 OBJETIVOS.....	30
<b>II. MARCO TEORICO.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 1: ATENCION TEMPRANA.....</b>	<b>32</b>
2.1.1 Evolución del concepto de Atención Temprana.....	32
2.1.2 Atención Temprana en el contexto internacional y nacional.....	34
<b>CAPÍTULO 2: MODALIDADES DE ATENCION A LA INFANCIA.....</b>	<b>46</b>
2.2.1 Evolución de las modalidades de Atención Temprana.....	46
2.2.2 Proceso de intervención en modalidad de apoyo.....	59
2.2.3 Áreas de desarrollo evaluadas.....	69
<b>CAPÍTULO 3: PERSONAL DE APOYO EN LA ATENCION TEMPRANA.....</b>	<b>74</b>
2.3.1 Equipo de trabajo en la Atención Temprana.....	74
2.3.2 Apoyo de los profesionales en programas de ChCC.....	79
<b>CAPÍTULO 4: FAMILIA.....</b>	<b>83</b>
2.4.1 Concepto de familia.....	83
2.4.2 Familia y su rol en la Atención Temprana.....	90
2.4.3 Enfoque centrado en la familia.....	91
<b>CAPÍTULO 5: NECESIDADES DE APOYO.....</b>	<b>96</b>
2.5.1 Evolución del concepto.....	96
2.5.2 Modelos de apoyo.....	98

<b>III.</b>	<b>MARCO METODOLOGICO.....</b>	<b>106</b>
3.1	Enfoque metodológico.....	107
3.2	Método.....	110
3.2.1	Recolección de datos.....	110
3.2.2	Contexto y grupo de estudio.....	111
3.2.3	Modos posibles de mostrar la información recolectada para facilitar su análisis.....	114
3.2.4	Procedimiento.....	115
3.2.5	Metodología para el análisis.....	117
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>120</b>
4.1	Necesidades de apoyo.....	121
4.2	Apoyos.....	130
4.2.1	Profesionales.....	130
4.2.2	Familia.....	133
4.2.3	Congruencias.....	136
<b>V.</b>	<b>DISCUSION.....</b>	<b>141</b>
<b>VI.</b>	<b>CONCLUSIONES Y PROYECCIONES.....</b>	<b>150</b>
<b>VII.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>157</b>
<b>VIII.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>166</b>

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Procedimiento de ingreso a sala de estimulación y otras modalidades.....	57
<b>Figura 2.</b> Modelo de apoyos. ....	100
<b>Figura 3.</b> Modelo de Necesidades de Apoyo percibidas por las familias. ....	122
<b>Figura 4.</b> Frecuencia de mención de las Necesidades de Apoyo percibidas por las familias.....	123
<b>Figura 5.</b> Modelos de Necesidades de Apoyo percibidas por los profesionales. ....	125
<b>Figura 6.</b> Frecuencia de mención de las Necesidades de Apoyo percibidas por los profesionales .....	126
<b>Figura 7.</b> Modelos de Necesidades de Apoyo percibidas por las familias y los profesionales.....	127
<b>Figura 8.</b> Frecuencia de mención de las Necesidades de Apoyos percibidas por las familias y los profesionales. ....	128
<b>Figura 9.</b> Modelos de Apoyos percibidos por los profesionales.....	130
<b>Figura 10.</b> Frecuencia de mención de los Apoyos percibidos por los profesionales. ....	131
<b>Figura 11.</b> Modelos de Apoyos percibidas por las familias.....	134
<b>Figura 12.</b> Frecuencia de menciona de los Apoyos percibidas por las familias.....	135
<b>Figura 13.</b> Modelos de Apoyos percibidos por las familias y profesionales.....	137
<b>Figura 14.</b> Frecuencia de mención de los Apoyos percibidos por familias y profesionales.....	138

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Otros modelos de actuación en atención temprana.....	47
<b>Tabla 2.</b> Niveles de atención de la sala de estimulación.....	52
<b>Tabla 3.</b> Aspectos administrativos de la intervención en sala de estimulación.....	53
<b>Tabla 4.</b> Complementariedad entre el trabajo de las modalidades. ....	55
<b>Tabla 5.</b> Fases de procesos de intervención en modalidad de apoyo.....	59
<b>Tabla 6.</b> Habilitación de sala de estimulación en centro de salud. ....	63
<b>Tabla 7.</b> Tipos de hogares.....	85

## RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito conocer las necesidades de apoyo en el proceso de atención que presentan tanto las familias como los profesionales que se involucran en la atención de niños y niñas de 3 a 24 meses de edad en el programa de Atención Temprana del CESFAM de la comuna de Concón.

Dicha investigación se enmarca bajo el concepto de Atención Temprana, siendo ésta una intervención para los niños, niñas y sus familias o adulto responsable, a partir de un conjunto de acciones que busca potenciar el desarrollo global del infante. En el contexto nacional, la intervención se enmarca bajo el Programa Chile Crece Contigo, cuyo objetivo es apoyar y proteger de manera integral a los niños en la primera infancia y sus familias o adulto responsable, por medio de diversas acciones y servicios.

Respecto al proceso de investigación, este se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo a partir de un estudio de caso colectivo, la recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a las familias y profesionales, las cuales se transcribieron y analizaron a través del método de análisis de contenido. Los resultados de la investigación se analizaron a partir del Modelo de Apoyos de la AAIDD (2010), el cual hace referencia a nueve dimensiones, sin embargo, para llevar a cabo la investigación sólo se consideraron ocho, siendo estas Desarrollo Humano, Enseñanza y Educación; Protección y Defensa; Salud y Seguridad; Conductual, Social, Vida en Comunidad y Vida en el Hogar. Además, a través del análisis surgen las siguientes dimensiones: Desde los profesionales emerge la dimensión de Comunicación, y desde las familias, la dimensión de Infraestructura.

Cabe destacar, que durante el transcurso de la investigación surge una nueva arista, la cual guarda relación con la presencia de apoyos que perciben

tanto las familias como los profesionales, los cuales serán parte de los resultados y análisis de esta investigación.

Finalmente, como conclusión se evidencia que tanto los profesionales como familias, concuerdan en la presencia de necesidades de apoyo en las dimensiones de Enseñanza y Educación; y Salud y Seguridad, las cuales influyen directamente en la atención temprana entregada a los niños y niñas, puesto que ambas dimensiones apuntan a favorecer y enriquecer el servicio de la atención temprana entregada, queriendo mejorar cada vez más el conocimiento sobre esta, para poder orientar y formular una implementación efectiva de las intervenciones.

Sin embargo, no se presentan coincidencias en las dimensiones de Desarrollo Humano, Vida en el Hogar, Vida en Comunidad, Protección y Defensa, Conductual, Social, Infraestructura y Comunicación.

En cuanto a los apoyos, las familias y profesionales, concuerdan en la dimensión Social, Desarrollo Humano; y Enseñanza y Educación. No obstante, no se encuentra coincidencias en las dimensiones, Conductual, Comunicación, Vida en el Hogar, Vida en Comunidad; Salud y Seguridad; Protección y Defensa.

Cabe destacar que estos datos entregan información sobre las dimensiones de necesidades de apoyo que abarca el centro para el trabajo del desarrollo infantil, esta información permitirá fortalecer el programa realizando mejoras en él. Además, constituye una herramienta que permite conocer aquellas dimensiones que no se encuentran presente, permitiendo realizar mejoras al programa para el desarrollo del infante y su familia.

Palabras claves: familia, profesionales, atención temprana, necesidades de apoyo

## ABSTRACT

This investigation seeks to know the needs of support that present both families and professionals involved in the care of children from 3 to 24 months in the Early Care program from CESFAM in the district of Concón.

Such research falls under the concept of Early Care, this being an intervention for children and their families or responsible adult, from a set of actions that seeks to promote the overall development of the child. In the national context, intervention falls under the program 'Chile Grows with You' which aim to support and protect children holistically in early childhood and their families or responsible adult, through various actions and services.

Regarding the research process, this was carried out under a qualitative approach from a collective case study, data collection is done through semi-structured interviews aimed at families and professionals, which they were transcribed and analyzed through content analysis method. The results of the investigation were made by Support Models from AAIDD (2010), which refers to nine dimensions, however to carry out research were considered only eight, being these Human Development; Teaching and Education; Protection and Defense; Health and Security; Behavioral; Social; Community Life; and Home Life. In addition, through the analysis arise the following dimensions: From professionals emerge the Communication dimension, and from the families the Infrastructure dimension.

It should be noted that during the course of the investigation a new edge arises, which is related to the presence of support they receive both families and professionals, which will be part of the results of this research and analysis.

Finally, as a conclusion is evidenced that both professionals and families, agree on the presence of support needs in the dimensions of Teaching and Education: Health and Security. However, no matches are presented in the

dimensions of Human Development, Home Life, Community Life, Protection and Defense, Behavioral, Social, Infrastructure, and Communication. Regarding the supports, families and professionals, agree in the dimensions of Social, Human Development, and Teaching and Education. Nevertheless, no matches were found in the dimensions of Behavioral, Communication, Home Life, Community Life, Health and Security; and Protection and Defense.

Keywords: Family, professionals, early care, needs of support.



## INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación se encuentra enmarcada en la evolución del concepto de atención temprana y cómo nuestro país, Chile, ha puesto en práctica este concepto internacional a través de sus políticas públicas con la ley N° 20.379, creada en el año 2006, el cual pretende ofrecer los apoyos a los niños y niñas que requieren intervención en su desarrollo psicomotor. Por lo tanto, es necesario investigar, detectar y dar a conocer las necesidades de apoyo que presentan las familias y profesionales del centro de Estimulación Temprana, específicamente de la comuna de Concón, para poder llevar a cabo apoyos de calidad a los niños y niñas entre 6 y 24 meses de edad, por parte del equipo de intervención, el cual incluye a la familia, debido a que la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños es primordial en la constitución del ser humano, donde se logran desarrollar competencias y habilidades para relacionarse con el mundo (Gobierno de Chile, 2010).

Desde hace años nuestro país viene generando políticas públicas desde el enfoque de derechos, siendo el área de salud en la que se ha incorporado un Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS), el cual posee un programa enfocado a la atención de la infancia denominado “Chile Crece Contigo” (Gobierno de Chile, 2011), catalogado como un sistema integral de protección a la infancia cuyo objetivo es configurar y asegurar una red de apoyos especializada para estos y sus familias.

Todo lo anterior ha propiciado la necesidad de investigar para conocer y analizar las necesidades de apoyo que perciben las familias y profesionales que atienden a niños y niñas de 3 a 24 meses de edad que reciben Atención Temprana en el centro CESFAM de la comuna de Concón, lo cual permitirá entregar orientaciones y lineamientos para mejorar la calidad de la Atención Temprana entregada a los niños y niñas que son favorecidos por el programa.

Para ello se llevará a cabo un análisis bajo un enfoque Cualitativo, realizado en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Concón, a través de la recogida de información por medio de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales y familias que son parte de la atención en la sala de estimulación.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las experiencias vividas en la infancia dejan grandes huellas en cada una de las personas, siendo la familia el gestor principal de estas. Es por lo anterior, que Sarto (2001) recalca que la familia es el entorno natural y primer contexto socializador donde el niño se desarrolla a nivel afectivo, físico, intelectual y social, brindando las primeras herramientas para interactuar y establecer vínculos con otros entornos, por lo que cumple un rol fundamental en la formación de cada persona. Debido a que “las experiencias que se adquieren en la primera infancia, de cualquier tipo, y los vínculos de apego que se dan en ella van a estar determinadas por el propio entorno familiar generador de las mismas” (Sarto, 2001).

Desde la mirada del enfoque sistémico cada miembro de la familia ejerce una influencia continua y recíproca entre sí (Minuchin, 1998, citado por Iturrieta, 2001), teniendo impacto en diferentes áreas de la persona que se transforman en funciones de la familia, cómo es en primer lugar el ámbito social, siendo el primer contexto de relación; en segundo lugar el ámbito afectivo, ya que se forman los primeros vínculos y en tercer lugar el ámbito cognitivo, donde la estimulación y los modelos observados en este sistema influyen de manera significativa en el desarrollo cognitivo del niño. Desde la teoría del ciclo vital familiar, la cual se centra en explicar el período que viven las familias durante su desarrollo, se destaca el nacimiento de los hijos y la adaptación que presentan ante esta nueva situación (Estremero y García, 2003). Asimismo, los mismo autores señalan que cuando viene un hijo en camino, produce en los padres la elaboración de una serie de sentimientos y afectos creados a partir de la imagen idealizada que tienen del niño en gestación, tanto física, temperamental y psicológicamente. En este periodo se produce el vínculo emocional donde se enlaza el cariño fabricado por los padres y el niño imaginado, concretándose estas expectativas al momento de

nacer. Tal como declaran Gómez, Alonso y Rivera (2011) “el vínculo comienza mucho antes del nacimiento, en el útero, y que es un momento que destaca por la influencia positiva que la madre puede llegar a ejercer sobre el ser que llega” (p. 426), sin embargo, MINEDUC (2002) menciona que cuando existen dificultades o inconvenientes que pueden llegar a atentar con los ideales establecidos por los padres, la familia podría entrar en un estado de conmoción, pues se rompen sus expectativas en relación a las potencialidades que éste podría llegar a tener. Por lo tanto, es relevante el impacto que genera esta situación en cada integrante de la familia, ya que podría afectar sus proyectos de vida a corto y largo plazo.

Por otra parte, cuando dichas expectativas e idealizaciones se rompen debido a una discapacidad, Vallejo (2001) declara que en la familia se genera una crisis inesperada, no normativa, que exige a los padres una adaptación instantánea. Ante esto, cabe decir que, independientemente del suceso que ocurra (enfermedad o condición que puede llegar a presentar el niño), se provoca un desencuentro entre la imagen ideal que se tuvo durante el embarazo y la imagen real, lo que provoca “reacciones de inquietud ante lo nuevo, pues se enfrentan a un problema para el cual no están preparados”(Adroher, 2004 en Muñoz, 2011). A partir del desajuste que se produce se inician procesos complejos de aceptación y “adaptación, pues se producen muchos cambios individuales ligados a sus nuevas funciones como padres, cambios de roles, se alteran hábitos cotidianos, las relaciones entre los padres cambian, etc.” (Muñoz, 2011), por lo que en este periodo es fundamental establecer redes de apoyo para que la familia logre enfrentar de manera adecuada la llegada y el desarrollo de su hijo, informándose acerca de las necesidades que requiere el niño para proporcionarle los apoyos adecuados.

Relacionado a lo anterior, Muñoz, Fajardo y Medina (2010), citado por Muñoz (2011) distinguen las necesidades de los padres que requieren ser atendidas, las cuales son: información, formación y apoyo. En cuanto a la primera necesidad que presentan los padres, referida a la información, se hace necesario que se “les

ayude a comprender muchos de los comportamientos de su hijo/a, que en ocasiones, pueden generar angustia por carecer de justificación”, (p.5). En tanto a la segunda necesidad, referida a la formación, los mismo autores mencionan que se busca que a los padres “se le enseñen estrategias de intervención en el área de comunicación, como instaurar un sistema de apoyo de comunicación, para facilitar una vía de comunicación entre el niño y su familia” (p.5). Finalmente, la necesidad relacionada con el apoyo, estos autores establecen que los padres, normalmente encuentran los apoyos en las instituciones, ya sea administrativas o entidades privadas, otorgando una ayuda de diferentes índoles, como: económica, formativa o que cubra las necesidades de sus hijos/as y familia. También se recalca el apoyo que se recibe de sus círculos más cercanos.

Respecto a lo anterior, es que en Chile, el Estado es quien se hace responsable de cubrir las necesidades de los niños y niñas. Mediante el Sistema de Protección Integral a la Infancia, lo que constituye un avance en las políticas sociales, es así como se postula el programa Chile Crece Contigo, debido a que el Estado considera que todo niño y niña tiene derecho al mejor comienzo posible y tener un apoyo para desarrollar sus potencialidades. (Arriet, Cordero, Moraga, Torres y Valenzuela, 2013)

En Chile, en el año 2009 entró en régimen el programa de estimulación temprana llamado “Chile Crece Contigo”, el cual asegura una red de apoyo especializada para infantes y sus familias (Gobierno de Chile, 2011), donde la implicancia que tienen las familias en el proceso de la atención temprana es crucial, pues es un elemento indispensable que favorece la interacción afectiva y emocional, así como la eficacia en el proceso de estimulación e intervención del niño en conjunto con los profesionales, ya que “un grupo de apoyo y colaboración en igualdad, centrado en el mejor interés del niño y su familia y orientado a asegurar el cumplimiento de planes de desarrollo y planes de apoyo surgidos del análisis profundo de las necesidades integrales de esa familia en su entorno vital y social; el rol de coordinación y seguimiento de los apoyos que se requieren para el

cumplimiento de ese plan es esencial” (Tamarit, 2009). Por otra parte, el programa Chile Crece Contigo (2012), también afirma que la familia debe construir junto con los profesionales “un acuerdo de trabajo para potenciar el desarrollo del niño(a) y trate de obtener cooperación y compromiso de realizar las actividades en casa diariamente, y ser parte activa de este proceso” (p. 188).

La importancia del trabajo integral que realiza la familia con el equipo interdisciplinario dentro de la atención temprana es de gran relevancia, ya que es fundamental conocer las necesidades que presentan las familias, puesto que tal como afirma Soriano (1998), estos juegan un papel fundamental, debido a que son el primer punto de referencia y apoyo para su hijo/a, y excluirles de este proceso también generaría una pérdida de información y hasta se pueden reducir la efectividad de los resultados. Asimismo se considera a la familia como el principal agente socializador, y también tienen el deber de proteger y cuidar de sus integrantes, así como dar respuesta a sus necesidades. Además estas deben presentar la capacidad de exteriorizar dichas necesidades para que de forma conjunta entre familias y profesionales, se puedan proveer a los niños y niñas los apoyos necesarios para su desarrollo integral durante el periodo de la primera infancia. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que las familias reciban apoyos específicos de profesionales capacitados y competentes, los cuales a nivel nacional se rigen bajo los lineamientos del programa Chile Crece Contigo.

Respecto a la importancia que recae en el contexto internacional, se debe a cada país presenta una propuesta legislativa y una manera de abordar la atención en la infancia, encontrándose el caso de países como Alemania, que desde el primer hasta el tercer año de vida en todo momento se presta un servicio ordinario, es decir, todos son beneficiarios. (Soriano, 1998). En cambio, países como Dinamarca, Islandia, Finlandia y Suecia, sus autoridades son el organismo responsable, teniendo como labor coordinar los recursos profesionales y económicos que son asignados para los niños y niñas y sus familias. Asimismo, Soriano (1998) menciona que en los diversos países europeos, asentaron sus

servicios en esta área bajo las disposiciones legales referidas a la educación, sanidad o servicios sociales. A su vez recalca que establecen los criterios de funcionamiento tanto en las instituciones como organizaciones y también la labor de cada servicio mencionado anteriormente.

A partir de lo anterior surge la pregunta de investigación:

¿Qué necesidades de apoyo presentan las familias y profesionales que atienden a niños y niñas que requieren atención temprana, frente a los apoyos ya existentes?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

Es importante considerar que desde el nacimiento los niños se encuentran en constante interacción con el medio y el contexto en que se desenvuelven. Es por ello, que se vuelve fundamental que las familias como primer agente socializador participen del proceso de atención temprana en conjunto con un equipo de profesionales y así realizar una atención integral a los niños y niñas, en la cual puedan modificar, adquirir, cambiar y ajustar ciertas pautas o estrategias de interacción que llevan a cabo dentro de sus rutinas diarias (Giné; Gracia; Vilaseca y Balcells, 2009).

La investigación psicoeducativa ha tratado de poner de manifiesto la importancia que tiene la educación infantil en el proceso de desarrollo y posterior aprendizaje humano (Dahlberg, G., Moss, P. y Pence, A., 2005, en Vilorio, 2011). En los últimos años se ha tomado conciencia de que el hecho de recibir una buena experiencia durante los primeros años es fundamental, no sólo para la mejora del desarrollo propio de esta etapa, sino también para el aprendizaje y competencia en los años posteriores, aspecto que cobra mayor relevancia cuando hablamos de la población infantil en atención temprana (Vilorio, 2011).



Durante los años 80, en el contexto internacional profesionales españoles fundan una asociación, en la que se convocan a otros profesionales para formar grupos de trabajo, que se encargan de organizar servicios dirigidos a niños y niñas con discapacidad. Como consecuencia de este trabajo, se produce la evolución del término “estimulación” a “atención”, debido al cambio de objetivo que tiene la intervención, donde el foco pasa de centrarse en un niño o niña aislado, a un niño y niña parte de una familia y comunidad. En la actualidad, según lo establecido por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) por medio del Libro Blanco de la Atención Temprana (2005) se entiende como Atención Temprana:

“... el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.” (p. 12).

Por consiguiente, GAT (2005), declara que el objetivo de la Atención Temprana es:

“...los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal” (p. 14).

Ante esto, cabe destacar que la atención temprana busca realizar una intervención integral en pos de que niños y niñas se desarrollen de forma óptima, incluyendo no sólo en este proceso a los profesionales sino que también a la familia a través de un trabajo colaborativo entre ambos.

Por esta razón, la intervención debe abordar a la globalidad de la familia, buscando las estrategias y recursos necesarios que den respuesta a las

necesidades y demandas de ésta, pues la familia en Atención Temprana tiene un papel activo, dinámico y decisivo (Soriano, 2005). De este modo, la familia es un contexto potencialmente facilitador o, en su caso, inhibidor del desarrollo y de la educación de los niños. Los padres regulan los estímulos que el niño recibe y ocupan la posición más importante para potenciar oportunidades de aprendizaje en el niño, a la vez que pueden prevenir las posibles dificultades futuras de su aprendizaje, así como sus dificultades para relacionarse con su familia (Saenz-Rico, 1995).

Por este motivo, la presente investigación considera que la Atención Temprana debe ser un derecho de todos los niños y no se agota en conformar la estructura y funciones de los equipos especializados, comprendiendo a su vez que: “Los programas de apoyo universal a la crianza entendida como la información, la formación y el acompañamiento experto que se debe ofrecer a la familia para que ejerza sus funciones relativas al desarrollo personal de cada niño” (GAT, 2005).

En el contexto nacional, según el Programa de Salud del Niño (2004) perteneciente al Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, la mortalidad infantil constituye una de las variables más significativas del estado de salud de una población, en Chile ésta tasa se ha caracterizado en las últimas décadas por una tendencia sistemática al descenso, considerando que en el año 2001 la tasa de mortalidad señala que 8 de cada mil niños nacidos, fallecieron durante su primer año de vida, lo que nos asemeja en este aspecto, a los países desarrollados. Lo anterior significa, por una parte, que cada vez más niños sobreviven y, por otra, que en una alta proporción estos niños se ven afectados por factores como la malnutrición y la derivación sociocultural, que sabemos causan un impacto negativo en el crecimiento y desarrollo psicomotor y social de los niños.

En este contexto, el Programa de Salud del Niño, ha impulsado el desarrollo de las actividades de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del

menor de 2 años y del preescolar, así como, el fortalecimiento de la prevención del retraso del desarrollo psicomotor a través del trabajo con los padres, cuidadores y la comunidad, ya que una de las estrategias principales de este programa, está referida a estimular la efectiva participación de la comunidad en el cuidado de su salud y a proyectar los Servicios de Salud hacia la comunidad.

También se observa que en Chile, el déficit del desarrollo psicomotor en niños de sectores pobres, empieza a manifestarse ya a los 18 meses de vida, de modo que la prevención de este problema debe efectuarse en forma más precoz. Los logros de los programas de estimulación temprana se dan no sólo en el área del desarrollo cognitivo y psíquico de los niños, sino que pueden potenciar además los resultados de otros programas relacionados con nutrición y salud (Gobierno de Chile, 2004).

En nuestro país, la atención temprana está garantizada por el Estado, a través del programa “Chile Crece Contigo”, el cual fue fundado el año 2007, entrando en régimen a partir del año 2009, para configurar y asegurar una red de apoyo 23 especializada para infantes y sus familias. Es así como la Dirección de presupuestos (2011), en el documento Evaluación de Impacto del Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo) se describe el programa como:

“Un Subsistema del Sistema de Protección Social denominado Subsistema de Protección Integral a la Infancia. Su propósito es atender las necesidades y apoyar el desarrollo infantil en cada etapa de la primera infancia, (desde la gestación hasta los 4 años), promoviendo las condiciones básicas necesarias, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno. El subsistema espera impactar en el desarrollo infantil temprano (hasta los 4 años de edad del niño/a) en las conductas de cuidado y crianza de las

madres, padres y cuidadores y en la calidad de la atención que reciben éstos y el niño/a en los servicios de salud y en el nivel local (centros de salud y red local de la infancia)” (p. 2).

El programa “Chile Crece Contigo”, presenta cinco modalidades de apoyo, éstas son el servicio itinerante, la sala de estimulación en sede de la comunidad, la atención domiciliaria, ludoteca, y por último la sala de estimulación del centro de salud. Todas ellas enfocadas en la atención de los infantes y en la entrega de apoyos e informaciones a las familias que lo requieran.

Específicamente la función de las salas de estimulación de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), en la cual se centrará nuestro estudio, tiene como objetivo entregar apoyos específicos a los niños(as) que son derivados por presentar una condición de discapacidad, por prevención o por algún retraso en su desarrollo involucrando a las familias en este proceso. Es dentro de este contexto que es necesario identificar y analizar las necesidades de apoyo que expresan las familias y profesionales, ya que ambos son parte del equipo del programa, lo cual sería un aporte para seguir enriqueciendo los programas de nuestro país destinados a la protección infantil (Gobierno de Chile, 2011).

Por otro lado, es importante destacar que las salas de estimulación de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) permiten crear espacios en donde se puede realizar un trabajo de detección de necesidades de apoyo, debido a la interacción y comunicación directa que se puede establecer con los mismos padres y profesionales a cargo de los niños(as). Las necesidades a detectar pueden ser de diversa índole, como por ejemplo: normativa, sentida, expresada o comparativa (Thompson et al, 2004 en Thompson, et al. 2010), recalcando en el presente

contexto de investigación las necesidades sentidas, pues estas generalmente no son manifestadas de forma directa, no obstante, son de gran relevancia para el posterior establecimiento de apoyos.

Los apoyos se pueden definir como “recursos y estrategias cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual”(Luckasson et al., 2002 citado porThompson, et al. 2010), desde esta perspectiva los apoyos deben brindar oportunidades de desarrollo y bienestar personal para mejorar la calidad de vida del individuo, entendida esta última como “un estado de satisfacción general, que surge de realizar las potencialidades que el individuo posee” (Ardila, 2003). Sin duda es importante destacar que solo se podrá potenciar al individuo si se logra detectar los apoyos que la persona requiere, planificando estrategias que permitan detectar de manera eficaz los apoyos y servicios que se solicitan de manera intencionada.

El constructo de necesidades de apoyo se basa en la premisa “que el funcionamiento humano está influido por el nivel de congruencia entre la capacidad individual y los entornos en los que se espera que un individuo funcione.” (Thompson, et al. 2010), por lo que es fundamental detectar estas necesidades, para establecer potencialidades y obstaculizadores de los sujetos, debido a que dicha información permitirá prevenir futuros problemas de salud, y así fortalecer sus habilidades.

De igual forma, esta detección de necesidades de apoyo cumplen un rol fundamental en función de la prevención, debido a que permiten promover y proteger la salud, y lograr en este caso que los infantes puedan superar los obstáculos a los cuales se enfrenten a lo largo de todo el ciclo vital (Villar, 2011).

Por lo tanto esta investigación permitirá conocer las necesidades de apoyo de esta población que es atendida por profesionales del equipo de salud de Chile, tales como una educadora de párvulo y kinesiólogo, lo cual es concordante con las

prestaciones que contempla el programa, para fortalecer y mejorar el desarrollo de los niños y niñas del país.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### General

- Determinar las necesidades de apoyo que presentan las familias y profesionales para atender de forma integral niños y niñas de 3 a 24 meses de edad que asisten al centro CESFAM de la comuna de Concón.

#### Específicos

- Describir las necesidades de apoyos de la familia de niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón.
- Describir las necesidades de apoyos de los profesionales que atienden a niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón.
- Comparar las necesidades de apoyos que identifican las familias con las que identifican los profesionales que atienden a niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón.

## **II. MARCO TEÓRICO**

## **CAPITULO 1: ATENCIÓN TEMPRANA**

### **2.1.1. Evolución del concepto de Atención Temprana**

Durante las últimas décadas han existido diversos cambios sobre los modelos de atención a la discapacidad, ante esto, los autores García, Escorcía, Sánchez, Orcajada y Hernández, (2014) señalan que entre la década de los 60, en Estados Unidos, y la llegada de esta disciplina a Europa en los años 70, el eje central de toda intervención era el niño. Posteriormente en la actualidad, se reconoce a la familia como un factor importante en el desarrollo del infante, más allá de su constitución y/o valores culturales, la función parental es lo relevante en el desarrollo equilibrado de sus hijos para una participación activa y responsable en la vida social (Ponte et al. 2004).

Hay que considerar que el término atención temprana, en adelante AT, es “fruto de una evolución conceptual que lleva implícita una evolución metodológica” (Villegas, 2011). El mismo autor señala que en los inicios de esta disciplina, la intervención realizada a los infantes era denominado como Estimulación Precoz, definido como “una forma de tratamiento que se debe aplicar durante los primeros años de vida, para potenciar al máximo tanto las posibilidades físicas como las intelectuales del niño” (Dr. Villa, 1992). Por otro lado, Molla explica que este modelo “supone promocionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño, y por lo tanto, que el organismo llegue al máximo de sus potencialidades Molla (1978)” (Villegas, 2011).

Posteriormente, el término de Estimulación Precoz evolucionó por el de Estimulación Temprana, señalando Moreno (2008) que éste término aparece en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, en donde se enfoca como “forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en



condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que privilegia a aquellos que provienen de familias marginales, carencias o necesidades” (p.81). Determinándose como centro de intervención el trabajo en conjunto con el niño y niña, donde el profesional ejercía como único experto en su desarrollo, lo cual lo hacía desde una perspectiva rehabilitadora, y la familia mantenía un rol pasivo durante todo el proceso (García et al., 2014). Sin embargo, dicho autor plantea que esta práctica no tuvo éxito, debido a que la familia es el principal componente para el desarrollo del niño en todas sus facetas, especialmente en el desarrollo socioemocional. Desde ahí, surge la necesidad de replantear estrategias de intervención considerando a la familia, puesto que es un agente insustituible y siempre cuenta con fortalezas que son únicas y aprovechables.

En 1998 Candel, hace referencia a un nuevo concepto de atención, dejando de lado el enfoque anterior, incorporando a la intervención nuevos agentes, definiendo de este modo el concepto de AT, el cual es “un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, la familia y a la comunidad (Candel, 1998)” (Villegas, 2011). Estableciéndose un enfoque que contempla el contexto del niño.

Según García et al. (2014), la AT es considerada una disciplina joven, la cual ha ido evolucionando con el tiempo considerando y encontrando nuevos enfoques para el desarrollo de prácticas y programas cada vez más efectivos, con el fin de abordar tanto al niño como su familia.

A raíz de esta evolución, en la actualidad se está viviendo un acercamiento a la utilización de prácticas centradas en la familia, resaltando su importancia para el desarrollo del niño, ya que como indican Fernández y Riquelme (2006), al interior del núcleo familiar es donde los niños pueden desarrollar y desplegar todas sus competencias para construir un puente de relación entre su microsistema y macrosistema social; por lo tanto, es fundamental que la familia reciba un servicio óptimo para poder potenciar al máximo las capacidades de sus hijos.

### **2.1.2. Atención Temprana en el contexto internacional y nacional**

Desde el contexto internacional de la AT, es donde se ha dado el gran paso en el cambio de modelo y concepción, por lo que la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), a través de la publicación en el 2005 del Libro Blanco de la Atención Temprana, aborda y sintetiza los objetivos de la atención, los niveles de intervención y los ámbitos de actuación que los profesionales deben tener presentes en la intervención. De este modo, se define el modelo de AT en la actualidad, entendiéndose como:

“el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlas. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (p.12).

Por otro lado, se presenta en el año 2005 una nueva definición realizada por la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, en Vitoria, (2011), la cual ofrece la siguiente definición:

Un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias ofrecidos previa petición en un determinado momento de la vida del niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias (p. 18).

Según el contexto internacional, existen diferentes criterios de aplicación y resultados que se han obtenidos en países Europeos. Entre las diferencias que podemos mencionar, según Soriano (2005), en el caso de Norte América, la AT se realiza desde la gestación del bebé hasta los tres años de edad, sin embargo en los países Europeos la duración de la intervención es variable, en donde “el apoyo se ofrece a un niño y su familia hasta que el niño se incorpora al sistema educativo y está bajo la completa responsabilidad de los servicios de apoyo escolares” (p.24). Por otro lado, el mismo autor plantea que en Suecia realiza un servicio de intervención a los niños, desde que nacen hasta que empiezan la escuela a la edad de 6 ó 7 años.

En cuanto a los factores en común, Soriano (2005,) declara que, estos radican en la importancia y participación de la familia, la cual es fundamental para el proceso de atención de cada niño. También existen concordancias en lo que respecta a la importancia que se le otorga a la detección y derivación precoz de la atención, en donde existen diversos procesos para ello. Además, en estos países, no sólo se involucra al servicio sanitario, sino que también existen redes y un trabajo complementario con los servicios educativos y sociales. También existe una accesibilidad a la atención que es gratuita o se otorga a un precio bajo en comparación con otras prácticas. Asimismo existe un trabajo interdisciplinario, en el que influyen las distintas áreas del niño y su familia.

Por otro lado, cabe destacar que la experiencia de AT en países Europeos, tales como Portugal, ha sido positiva, así como señala Soriano (2005), de igual forma menciona que a principios de los 90, comenzó a gestarse una nueva etapa en AT, la que a partir de distintas influencias de otros proyectos relacionados con el cuidado del infante, surgieron algunas experiencias innovadoras sobre el cuidado de niños con discapacidades o de riesgo en los primeros años, los cuales fueron una influencia positiva en el desarrollo de la AT en todo el país . El mismo autor declara que la creciente repercusión de la inmigración en la provisión de la

AT, se debe considerar como una señal positiva de la conciencia de los cambios sociales en la sociedad europea que influye en sus propias prácticas.

En cuanto al contexto nacional, en Chile también se implementaron proyectos relacionados con el cuidado de niños y niñas a través del fortalecimiento de un sistema de protección integral a la infancia influenciado por la experiencia en otros países sobre la AT y sobre todo, por el reconocimiento a nivel internacional sobre los derechos de los niños, dado que desde mucho antes en otros países, se entablaba una discusión con respecto a la importancia de asegurar la protección de sus derechos, y por tanto el apoyo en las distintas áreas de los niños y niñas, responsabilidad adquirida por la UNICEF (UNICEF, 2006).

A nivel internacional las primeras referencias sobre los Derechos del Niño fueron planteados en un principio por varios autores que formularían ideas sobre este enfoque. Entre ellos se encuentra John Dewey, Adolphe, Ferriere y otros exponentes como Ellen Key en cuya obra “El siglo de los niños” plantea algunas ideas que fortalecen la noción de los derechos del infante señalando el “derecho de los niños a nacer de madres sanas y robustas, preocupadas de su formación; de lo contrario, era preferible renunciar a la maternidad” (Rojas, 2007). Por otro lado durante los años 1910 y 1930 se difundieron en Chile textos que proclamaban los derechos del niño, destacándose entre ellos, en el año 1912, el acuerdo de un congreso científico español, también “la célebre declaración de Ginebra, suscrita por la Sociedad de Naciones en 1924; el texto firmado en Montevideo por los delegados de diez países, incluido Chile, en el año 1927, y la Declaración de Washington, de 1930” (Rojas, 2007)

El Consejo Nacional de la Infancia (2016) en el documento Política Nacional de Niñez y Adolescencia Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y Adolescencia 2015-2025, menciona que en Chile en el año 1924 se ratifica el primer instrumento que velaba por la protección material y espiritual de los niños,

niñas y adolescentes, comenzando a asentarse de a poco la noción de los derechos de niños niñas y adolescentes. Así mismo Gabriela Mistral en el año 1928, presenta su ponencia titulada Los Derechos del Niño, donde expone la importancia de poder desarrollar una sociedad igualitaria donde no hubiera distinciones entre niños y niñas. De igual forma el documento del Consejo Nacional, plantea que durante los siguientes años continuaron con los procesos de reflexión de los derechos de niños, niñas y adolescentes, promulgándose en el año 1928 la Ley de menores “que limitó la autoridad de los padres al brindar facultades a los Tribunales de Menores para resolver las medidas a aplicar a los niños y niñas” (p.30). Como consecuencia de dichos cambios también se produjeron avances relacionados con políticas sanitarias, realizándose durante los años 50 mejoras a las condiciones sanitarias de salud de los niños, niñas y adolescentes, junto con eso se adoptaron medidas de protección a la maternidad a través del “derecho a pre y postnatal de seis semanas y alimentación suplementaria” (Consejo Nacional de la Infancia, 2016). Entre los años 1960 y 1973 el Estado implementaba un plan de mejora y prevención a través de establecimientos de política públicas de ayudas sociales al bienestar de la mejora de la niñez y adolescencia otorgando medio litro de leche para los menores de 15 años, además de la ampliación del postnatal a 12 semanas. Todo esto apoyado por la evidencia científica, la cual establece una relación directa entre las personas en situación de pobreza con la desnutrición, el deterioro físico, la baja estatura y el desarrollo mental (Consejo Nacional de la Infancia, 2016). Luego entre los años 1973 y 1989 el Estado centra sus ayudas en la entregas de subsidios estatales para los sectores en situación de pobreza, junto con eso crea la Ficha Comité de Asistencia Social (CAS), las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Posteriormente, en 1990 se ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, declarada por las Naciones Unidas años antes. (Consejo Nacional de la Infancia, 2016).

El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), forma parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), fundada en el año 1945, con la finalidad de “proteger los derechos de niños y niñas, para contribuir a resolver sus necesidades básicas y ampliar sus oportunidades a fin de que alcancen su pleno potencial” (UNICEF, 2006, pág. 7). Para ello, UNICEF se rige bajo las disposiciones y principios de la Convención sobre los Derechos del Niño.

La creación de la Convención de los Derechos del Niño, fue creada debido a que “aun cuando muchos países tenían leyes que protegían a la infancia, algunos no las respetaban. Para los niños esto significaba con frecuencia pobreza, acceso desigual a la educación, abandono. Unos problemas que afectan tanto a los niños de los países ricos como pobres” (UNICEF, 2006). Debido a lo anterior, se crea la primera ley internacional sobre los derechos de los niños y niñas, siendo esta de “carácter obligatorio para los Estados firmantes. Estos países deberán informar al Comité de los Derechos del Niño sobre los pasos que han adoptado para aplicar lo establecido en la Convención” (UNICEF, 2006).

La Convención de los Derechos del niño fue instaurada el 20 de Noviembre de 1989 en la Asamblea General de las Naciones Unidas, y luego fue suscrita por el Presidente de la República de Chile de ese entonces, Patricio Aylwin Azócar (Bustos, 2009). De esta manera el Estado Chileno a través de esta Ley, toma en cuenta las necesidades del infante para su desarrollo, considerándolos como sujetos de derecho, cambiando los intereses e invirtiendo en gastos sociales en función de ellos, convirtiéndose en “el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante que incorpora a todos los derechos humanos, ya sea civil, cultural, económico, político y social” (Bustos, 2009). Por lo tanto, a través de este instrumento en el año 2001 se comienzan a elaborar, una serie de políticas nacionales a favor de la Infancia y adolescencia con planes de acciones respectivos para los años 2001 y 2010. (Bedregal, Torres, Carvallo, 2014).

Tal como mencionan los autores Bedregal, Torres y Carvalho (2014) señalan que, para poder elaborar el Sistema de Protección a la Infancia, el Consejo Asesor Presidencial se basó en los principios de la Convención de los Derechos del Niño, dentro de los cuales responsabiliza al Estado como garante del cumplimiento de los Derechos de los Niños y Niñas, además esta convención promulga la igualdad de derechos y oportunidades para todo niño y niña, es decir, garantiza el acceso universal a las prestaciones que complementen y refuercen todos los recursos disponibles en la familia y comunidad. De igual forma, los autores señalan que el aplicar una perspectiva de los derechos en la generación de las políticas a la infancia “significa asumir la integralidad de las políticas, la transversalidad de las mismas y su adaptabilidad a los requerimientos específicos de acuerdo a las diversas situaciones de vida”(p.9). Por otro lado, también señalan que en Chile se realizaron varios estudios con el objetivo de diseñar una política a la infancia contando con información provista por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) aplicada durante el año 2006 a los hogares del país con el fin de poder entender la situación del desarrollo infantil en Chile. ENCAVI entregó información acerca de las situaciones de retraso y rezago en el desarrollo infantil. La encuesta arrojó los siguientes resultados: la prevalencia de retrasos del desarrollo en la población menor de seis años fue de 11,3%, por otro lado la prevalencia de rezagos en menores de cinco años alcanzó a un 29,9%. Cabe destacar que la prevalencia de rezagos se encuentra orientada mayormente hacia los hombres que a las mujeres (32,8% vs 26,9%) y en áreas rurales sobre las urbanas (32,5% vs 29,6%). En cuanto a retrasos en el desarrollo los datos arrojaron una inclinación mayor en hombres que en mujeres con un 13,1% vs 9,2%. Sin embargo fue más alta en áreas urbanas que en las rurales con un 11,9% vs 7,6%. Por otro lado, los datos señalan que existe una gran brecha entre los quintiles extremos, existiendo en los más pobres una prevalencia de rezago de un 23,5% en contraste con un 16,8%, en los quintiles con situación

socioeconómica más alta, mientras que en retraso es 12,2% vs 6,7% inclinándose la prevalencia en los quintiles más pobres.

El consejo asesor también contaba con datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, del Ministerio de Salud de Chile. Estos datos indicaban una “frecuencia de riesgo de 5% y de retraso de 0,95%, en niños de 18 meses. A los cuatro años, la frecuencia de riesgo observada en los niños/as evaluado/as era de 6,5% y de retraso de 2,8%” (Bedregal, Torres y Carvallo, 2014).

A partir de estos datos se comenzó a implementar una política enfocada a la infancia para poder disminuir las brechas existentes a modo de poder garantizar el acceso a prestaciones con el fin de evitar riesgos en el desarrollo infantil. Además, el rezago en el desarrollo significaba un problema a nivel nacional debido a que “las deficiencias en el desempeño de niños y niñas constituyen un problema de salud y al mismo tiempo, por su relación con el desempeño educativo y laboral futuro, un problema para el desarrollo económico del país.” (Bedregal, Torres, Carvallo, 2014). Es por esto que los autores Cunill, Fernández, y Thezá (2014), declaran que en el año 2006 durante el Gobierno regido por la Presidenta Michelle Bachelet, se crea el Consejo Asesor Presidencial, este Consejo revisa y elabora un conjunto de políticas y medidas para implementar un sistema de protección integral a la infancia, dándose origen en ese mismo año, al Programa Chile Solidario, el cual posteriormente, pasa a formar parte en el 2009, de un nuevo Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS). Siendo este último una nueva área de intervención que prioriza la primera infancia, desde los 0 a 4 años de edad, denominándose Programa “Chile Crece Contigo”, en adelante ChCC (Ochoa, Maillard y Solar, 2010), el cual busca “equiparar oportunidades de desarrollo infantil, previniendo las causas estructurales de la pobreza y aportando a la movilidad social” (Gobierno de Chile, 2011).



Posteriormente, en Septiembre del 2009, se promulga la ley N° 20.379, transformando de esta forma al Programa en una política estable, teniendo como misión acompañar, proteger y apoyar de forma integral a los niños y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, focalizando los apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor, según sus necesidades, estableciendo de esta forma, que todos los niños serán integrados al programa desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y serán acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresen al sistema escolar (Gobierno de Chile, 2011).

De esta forma, los servicios deben ser entregados oportunamente, siendo necesario “el desarrollo de un modelo de gestión intersectorial, que orientado a resultados, utilice de forma eficaz y eficiente todos los recursos disponibles en el territorio” (Silva y Molina, 2010). Uno de los dispositivos de gestión que articulan estas prestaciones son los municipios, los cuales están encargados de entregar suministros a través de prestadores locales, denominándose Red Comunal de Chile Crece Contigo. Dicha red, está compuesta por los Centros de Salud, los Centros de Educación Inicial, los Municipios y otros prestadores locales (Cunill, Fernández, y Theza, 2013).

El programa ChCC, se encuentra conformado por otros programas dirigidos a la comunidad, los cuales tienen la finalidad de atender y prestar diferentes servicios según las características particulares de los niños y sus familias. Entre ellos están, el Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psico-Social (PADBP), el Programa de Atención al Recién Nacido (PARN) y las Prestaciones de Servicio (Gobierno de Chile, 2011).

El Programa PADBP, fue iniciado en el año 2007, el cual consiste en “una oferta de apoyo intensivo al control, vigilancia y promoción de la salud de niños y niñas de primera infancia, desde la gestación hasta que cumplen 4 años de edad. Se trata de atenciones que refuerzan las ya existentes y otras nuevas, que en su conjunto y dependiendo de las características de la familia o el niño(a), se ofrecen para cubrir las necesidades bio-psico-sociales” (Gobierno de Chile, 2011).

Por su parte Cunill, Fernández, Y Thezá (2013), mencionan a continuación las prestaciones y servicios de este programa ofrece.

Fortalecimiento de los cuidados prenatales, atención personalizada del proceso de nacimiento, atención integral al niño o niña hospitalizada en Neonatología o Pediatría, fortalecimiento del control de salud del niño o niña y fortalecimiento de las intervenciones en la población infantil en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral.

Con respecto al programa PARN, éste tiene como objetivo “complementar el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, garantizando trayectorias más equitativas e igualando las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas, con el apoyo de elementos prácticos y educativos a las familias que hayan sido atendidas en su parto en un establecimiento perteneciente a la Red Asistencial de los servicios de salud del país, mediante la entrega de un set denominado Implementos básicos para Recién Nacidos(as) y material educativo”(Gobierno de Chile, 2011).

Se encuentra relacionado con el programa PADBP, como señalan Daigre, Ziliani y Muñoz (2011), esta forma parte del marco programático del PADBP y es concebido como una prestación complementaria de ese programa. Con respecto a las Prestaciones Diferenciadas de ChCC, estas van de acuerdo a las características particulares de los niños y niñas, las cuales son “acciones y prestaciones que el Sistema contempla para la población en primera infancia y sus familias, que se atienden en el sistema público de salud y que presentan

situaciones de vulnerabilidad” (Gobierno de Chile, 2011). Dichas prestaciones, son entregadas a través de la Red Comunal de Chile Crece Contigo a las familias según donde residen.

Dentro de las acciones que se realizan en el programa ChCC, es la derivación de los niños(as) a modalidades de apoyo al desarrollo infantil, en donde se llevan a cabo las siguientes acciones (Gobierno de Chile, 2011):

- Evaluación del desarrollo psicomotor y formulación de plan de trabajo.
- Consejería individual y sesiones educativas de apoyo al aprendizaje infantil.
- Talleres de confección de juguetes y desarrollo de actividades de apoyo al aprendizaje.
- Educación a la familia sobre desarrollo infantil.

Cabe destacar que el programa ChCC trabaja con el concepto de estimulación, el cual según la guía de orientaciones técnicas, es definida como:

Toda acción dirigida a favorecer el dominio gradual en el niño(a) de habilidades cognitivas, motoras, socio-emocionales y comunicacionales, a través de estrategias que permitan al niño(a) la exploración autónoma de un ambiente enriquecido (física e interaccional), en donde encuentra estímulos apropiados para desplegar y consolidar sus capacidades, de acuerdo a su propio ritmo de desarrollo y sus características individuales. (ChCC, 2012).

De esta forma, las modalidades de apoyos son: servicio Itinerante, sala de Estimulación en sede de la comunidad, atención domiciliaria, ludoteca y la sala de estimulación del centro de salud. Considerando que hasta el momento existen disponibles más de 500 modalidades distribuidas a lo largo del territorio nacional, con una cobertura anual aproximada de 84.000 niños y niñas, contando hasta el

año 2009 con 300 salas de estimulación en centros de salud, siendo su cobertura de atención en el año 2011 de 40.540 niños(as) (ChCC, 2012).

Las modalidades de apoyo al desarrollo infantil tienen como objetivo general:

Apoyar la implementación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo a nivel comunal, a través de la oferta local de intervenciones adaptadas para una adecuada estimulación del desarrollo a fin que los niños(as) puedan desplegar al máximo sus potencialidades y capacidades. (ChCC, 2012).

El Consejo Nacional de la Infancia, (2016) menciona que la aplicación de estas medidas de protección a la infancia tuvo un impacto favorable en la salud de niños, niñas evidenciándose en un avance en lo que respecta a acceso, dado que la implementación del subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo “alcanzo una cobertura en educación prenatal que benefició más de 179.000 gestantes en el año 2009” (p. 42). Si bien el programa ChCC contempla la provisión de servicios de salud dirigidos a niños de 0 a 4 años de edad, desde el 2016 comenzará a extenderse gradualmente hasta los 9 años de edad “incorporando el sector educación a su eje de acompañamiento de la trayectoria.” (Consejo Nacional de la Infancia, 2016) Con la finalidad de promover condiciones favorables para el aprendizaje siendo responsable de articular estos servicios y prestaciones la futura subsecretaría de la niñez del Ministerio de desarrollo.

Tras lo expuesto anteriormente, con respecto a las implicancias en el contexto internacional se destaca la creación del Libro Blanco de la Atención Temprana, en donde se enmarcan las legislaciones y los objetivos que cada

profesional debe alcanzar y los niveles de atención en los que se desenvuelven. A su vez, es de suma importancia conocer las experiencias de otros países, en este caso Europeos, donde algunos enfocan sus intervenciones desde la vida intrauterina, otros desde el nacimiento o desde el primer año de vida.

Se enfatiza que todas las legislaciones que consideran los países, son bajo la Convención de los Derechos del Niño, al igual que lo hace el Estado Chileno, creando acciones y programas que permitan avanzar en las políticas sociales y cubrir las necesidades de los niños y niñas. Es aquí en donde constituye el programa Chile Crece Contigo, el cual pretende proteger y apoyar en todas las áreas tanto a los niños y niñas, como a sus familias.

A su vez, en el presente apartado queda en evidencia que con el tiempo además de evolucionar el término de estimulación precoz a estimulación temprana y finalmente a atención temprana, trae consigo un cambio en el eje de la intervención, si bien el niño o niña siempre es el protagonista, la familia también cambia su rol, pasando de pasivo a activo, debido a que esta se comienza a considerar un factor importante dentro de la vida y desarrollo del niño. Es por ello, que en el siguiente capítulo se dará a conocer los cambios que han sucedido a lo largo del tiempo en las modalidades de atención a la infancia.

## **CAPITULO 2: MODALIDADES DE ATENCIÓN A LA INFANCIA**

### **2.2.1. Evolución de las modalidades de Atención Temprana**

Las distintas modalidades de atención a la infancia se han ido conformando a lo largo de la historia por diferentes modelos teóricos que están a la base de programas y técnicas de intervención. Debido a lo anterior se hace necesario conocer dichos modelos, ya que estos sientan las bases para los programas y modalidades de atención a la infancia.

En los comienzos de la atención a la infancia, Gútiez (2005), citado por Viloría (2011), señala que el modelo inicial de la intervención fue el modelo conductista entre los años 1970-1980, cuyos planteamientos eran que la conducta podía modificarse aplicando los principios de la psicología del aprendizaje, a su vez, la evaluación e intervención estaban interrelacionadas validando la eficiencia de la intervención a través de los cambios en la conducta y su constancia en el sujeto.

Posteriormente, entre los años 1980 hasta 1990, surge el modelo clínico rehabilitador, el cual se potencia dentro del sistema sanitario. Según Viloría (2011), la atención estaba orientada a establecer, potenciar o evitar el deterioro del tono y equilibrio postural, motricidad gruesa y fina o el lenguaje empleando técnicas de fisioterapia para rehabilitar. La atención ofrecida, en ese entonces, se centraba exclusivamente en el infante. Luego, entre los años 1992 y 2000 surge en España el modelo psicopedagógico, que tal como indica Viloría (2011), pretendía ofrecer una atención global y continua al niño, además de considerarse a los padres como los principales protagonistas en su desarrollo, a los cuales se les debía ofrecer formación y supervisión sobre el cuidado y crianza del niño, desarrollo y apoyo psicológico para tratar su seguridad y autoestima, entre otras.

Por otro lado, también han existido otros modelos, los cuales según Viloria (2011), son: el Ecológico, Interactivo y Transaccional, los cuales tienen importantes implicaciones en la AT y poseen en común, que consideran el desarrollo humano como un proceso transaccional y han sido ampliamente aplicados a niños de alto riesgo. Cómo se expresa en la tabla N°1, en el modelo transaccional el niño es el principal agente de su desarrollo, además existe una gran relevancia de la figura de padres y de la interacción de éstos. Con respecto al modelo interactivo, tiene como objetivo cambiar elementos estructurales cognitivos que están a la base de una inadecuada ejecución y desarrollo. Por último, en cuanto al modelo ecológico, favorece y está al tanto de una atención flexible, tanto en el origen de la intervención como en ésta misma, además se vuelve relevante el contexto, y no sólo considera al niño y a la familia, sino que también al entorno.

Tabla N°1. Otros modelos de actuación en atención temprana.

<p><b>Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1987)</b></p>	<p>Cambios en los enfoques de los profesionales encargados de la prevención e intervención de Atención Temprana, favorece un <b>modelo de atención más amplio y flexible</b>, tanto en el modo de analizar los problemas como en la forma en que se organiza y articula la intervención.</p> <p>Resalta la importancia de estudiar el desarrollo en el contexto.</p> <p><b>Intervención:</b> considera, no solo las necesidades del niño y su familia, sino también al entorno. Intervención en el entorno natural del niño, va a ser importante para conseguir el principio de normalización y su integración. Necesidad de <b>evaluar</b> al sujeto en su contexto natural, el contexto mismo y las intervenciones programadas.</p>
<p><b>Modelo Interactivo Feuerstein (1980)</b></p>	<p>Defiende: interaccionismo social y entrenamiento cognitivo, y desarrolla programas de mejora de la inteligencia.</p> <p><b>Programas:</b> se presentan como una estrategia para el re-desarrollo de la estructura cognitiva, cuyo objetivo es mejorar, de forma directa aquellos procesos que, a causa de su aparente ausencia o inconsistencia, son responsables de la inadecuada ejecución intelectual al margen de su origen y etiología.</p> <p><b>Característica esencial:</b> no está dirigido a remediar conductas o habilidades específicas, sino a cambios de naturaleza estructural que alteren el curso y la dirección del desarrollo.</p> <p>Convicción de que todas las personas, sobre todo los niños, tienen una capacidad para pensar y aprender, y mayor inteligencia que la que normalmente muestran en una conducta inteligente. Se considera que, sin tener en cuenta los estados o períodos críticos</p>

	<p>del desarrollo, el individuo es modificable a lo largo de toda su vida.</p> <p><b>Evaluación:</b> no etiquetar al individuo, sino revelar su potencial e identificar los procesos deficientes que han impedido su desarrollo. El tratamiento será dirigido a la corrección de las deficiencias, como resultado, el sujeto cambiará el curso previsto de su desarrollo.</p>
<p><b>Modelo Transaccional Samerhoff (1975)</b></p>	<p><b>Énfasis en los efectos del niño y del medio ambiente,</b> las experiencias proporcionadas por el medio no son contempladas como independientes del niño.</p> <p><b>Niño como principal agente de su desarrollo,</b> cambio al modelo educativo, atención unida a la primera evaluación diagnóstica, protagonismo de la familia...) que suponen un <b>cambio tanto en el ámbito de actuación como en el tipo de actuaciones y profesionales a intervenir,</b> y establece un carácter dinámico a la actividad, que se perfila como un modelo de atención a la primera infancia que requiere una alta cualificación y un trabajo interdisciplinar o transdisciplinar. <b>Importancia de la díada padre-niño,</b> se configura como objetivo de la intervención. Considera que los niños aprenden y se desarrollan mediante intercambios positivos y recíprocos con su ambiente y, de forma más intensa, con sus padres o figuras de crianza. Considera a estas figuras como las más importantes en el ambiente del niño. Los niños, a través de las interacciones que establecen con sus padres, están contribuyendo de una forma activa a moldear sus propios entornos de desarrollo (Lerner, 1982). Por eso los programas de intervención no pueden tener éxito si los cambios de plantean sólo al niño en concreto.</p>

Fuente: Vilorio (2011, p. 26-27)

Por otro lado, uno de los modelos relevantes en el último tiempo es la planificación centrada en la persona o PCP, el cual se define como “un proceso de colaboración para ayudar a las personas a acceder a los apoyos y servicios que necesitan para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores. Es un conjunto de estrategias para la planificación de la vida que se centra en las elecciones y la visión de la persona y de su círculo de apoyo.” (Catalarrá y Mata, 2007). Este modelo busca que el centro de intervención sea la persona involucrada en ella, por tanto su opinión, deseos y particularidades son parte relevante para el proceso de atención y planificación.

Con respecto a esto, la PCP “está basada en la creencia profunda de que ninguna persona es igual a otra y todos tenemos distintos intereses, necesidades



y sueños, y, por tanto, la individualización debe ser y de hecho es, el valor central de los servicios que prestan apoyos a las personas” (López, Marín, de la Parte, 2004). Para poder entender mejor este enfoque, existen algunos puntos centrales que engloban los fundamentos de la PCP, esto es que la persona es el centro del proceso, la importancia de los miembros de la familia y amigos puesto que son relevantes e influyen en la persona, el foco el cual está centrado en las capacidades, los apoyos que requiere la persona y lo que es importante para ella, y por último que este modelo es un proceso de escucha, aprendizaje y acción (FEAPS, 2007). Es por ello que éste modelo ha ido tomando importancia en el último tiempo, en dónde la persona es el centro de la atención.

El impacto que tienen estos nuevos modelos a nivel nacional, impulsaron grandes reformas en políticas de salud, las cuales según señala Cifuentes (2012), integraban a la familia y la comunidad, generando cambios estratégicos para poder descentralizar los establecimientos asistenciales, ya que hasta el año 1981, los establecimientos asistenciales de nivel primario dependía técnica y administrativamente de los servicios de salud, los que a su vez se relacionaban con el Ministerio de Salud y eran los responsables de la prestación de servicios a la población. Es por esto que el gobierno traspasó la gestión administrativa de estos establecimientos a los municipios.

Debido a lo anterior, Cifuentes (2012) señala que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas. De esta manera, con el fin de fortalecer el modelo de salud familiar, nace el Centro de Salud Familiar, en adelante CESFAM, los cuales son consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. Estos centros, entre sus estrategias, cuentan con “trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias. Su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con las familias bajo un enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado

y los estilos de vida saludable, entre otras” (Cifuentes, 2012). De igual forma, es necesario precisar que los CESFAM son “centros de estimulación estables en un espacio (centros de salud, juntas de vecinos y salas cunas), donde concurren niños y niñas con su madre, padre o cuidador/a, para realizar actividades educativas y de estimulación integral que refuerzan variados aspectos del desarrollo infantil” (Gobierno de Chile, 2011).

Con el fin de responder al cuidado de la población infantil y favorecer a su desarrollo, es que se habilitan diversas modalidades de estimulación; los autores Cunill, Fernández, Y Thezá (2013), señalan que dentro de estas modalidades se encuentra la Sala de Estimulación, las cuales están encargadas de suministrar las prestaciones a través de la Red Comunal Chile Crece Contigo integrando al CESFAM.

De esta forma, según plantean los mismos autores, se puede decir que el CESFAM, apoya a las familias o cuidadores de niños(as) que se encuentran en la primera infancia, para la adecuada atención y estimulación de aquellos que se encuentran en riesgo y/o rezago en su desarrollo, la cual, según la Secretaría Regional Ministerial de Planificación y Coordinación, (2010) tiene como tarea organizar turnos de atención para que asistan los niños con sus familias o cuidadores con el objetivo de realizar actividades que fortifiquen variados aspectos del desarrollo infantil, realizándose esto a través de la entrega de materiales educativos a la familias, con sugerencias y recomendaciones de actividades que se puedan realizar en el hogar.

En cuanto al financiamiento que permite la implementación de las salas de estimulación en los centros de salud, éstas se entregan a través de los recursos del PADBP, por medio del Convenio de Transferencia entre el MDS y MINSAL (ChCC,2012). Por otro lado existe otra modalidad de apoyo que entrega el programa ChCC, el Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo

Infantil(FIADI), el cual hace entrega de recursos para “apoyar las distintas modalidades de atención a niños y niñas con rezago o déficit en su desarrollo y/o riesgo del mismo” (ChCC,2012), permitiendo la implementaciones de Servicios itinerantes de estimulación, Programas de atención domiciliaria de estimulación, ludotecas asociada a programa de salud del territorio y la implementación de Salas de Estimulación en sedes de la comunidad. Además cabe destacar que estos recursos también son destinados para la capacitación y el perfeccionamiento de modalidades de intervención ya existentes, tales como: Programa de formación de competencias para profesionales y/o técnicos que trabajan en estimulación del desarrollo Infantil en primera infancia; Mejoramiento de modalidades de estimulación del desarrollo integral existentes en la comuna; y Extensión de modalidades de estimulación a centros de salud de la comuna (ChCC,2012).

Con la finalidad de poder entregar orientaciones específicas y generales para todos los profesionales y técnicos que trabajan en las distintas modalidades de apoyo integral a la infancia, se elabora un documento que brinda especificaciones y metodologías a seguir, el cual hace referencia a los objetivos que apuntan las salas de estimulación que operan en los centro de salud, los que son:

Ofrecer intervenciones basadas en atención directa, a través de la modificación interaccional y ambiental; que fomenten la estimulación efectiva para el desarrollo integral de los niños(as) que presenten déficit o rezago en su desarrollo o alguna vulnerabilidad psicosocial que pueda asociarse a déficit en el desarrollo; así como también promover el desarrollo integral de toda la población infantil a cargo.(ChCC, 2012).

Tal como indica el programa ChCC, (2012), las salas de estimulación tienen por objetivo:

Potenciar al máximo el despliegue de las capacidades de niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial en su desarrollo, a través de atenciones directas focalizadas de acuerdo a un plan de intervención individualizado para cada niño(a)” (p. 44).

Con la finalidad de poder facilitar la entrega de apoyos específicos según las necesidades particulares de los niños(as) y también apoyar a las familias, especialmente a la madre, padre y/o adulto responsable, para resguardar una adecuada atención, cuidado y atención de sus hijos en la sala de estimulación.(ChCC, 2012)

Por otro lado, también se describen las características generales de la modalidad sala de estimulación en los centro de salud, según nivel de prevención.

Tabla N°2: Niveles de atención de la sala de estimulación.

Nivel de Atención	PARTICULARIDADES ESPECIFICAS
Prevenición Primaria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Considera atenciones grupales orientadas a la promoción del desarrollo infantil integral y a la prevención del rezago.</li></ul>
Prevenición Secundario	<ul style="list-style-type: none"><li>• Considera la implementación de un plan de intervención específico según diagnóstico.</li><li>• Periodicidad de atenciones según estándares descritos para la sala de estimulación en centro de salud, ver capítulo V y VI.</li></ul>

<b>Prevención Terciaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera la implementación de un plan de intervención específico según diagnóstico.</li> <li>• Periodicidad de atenciones según estándares descritos para sala de estimulación en centro de salud, ver capítulo V y VI.</li> </ul>
-----------------------------	--

Fuente: Equipo Nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012 (ChCC, 2012, p.48)

A partir de los niveles de prevención se detallan a continuación los criterios administrativos de la intervención (número de sesiones, frecuencia, periodicidad, duración, rendimiento), de acuerdo a estado del desarrollo y edad para la Sala de Estimulación.

Tabla N°3: Aspectos administrativos de la intervención en sala de estimulación.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INTERVENCIÓN EN SALA DE ESTIMULACIÓN	CATEGORÍA INTERVENCIÓN SEGÚN ESTADO DEL DESARROLLO Y EDAD			
	Normal	Rezago/Riesgo BPS	Riesgo	Retraso
Rango de tiempo máximo de la intervención según edad (*)	Desde 1 a 3 meses o según programación y realidad local, en cualquier edad	2 meses en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 2 meses	0 a 11 meses de edad: 2 meses
			12 a 23 meses de edad: 3 meses	12 a 23 meses de edad: 4 meses
			24 a 59 meses de edad: 4 meses	24 a 59 meses de edad: 6 meses
Total de Sesiones	1 a 3 sesiones en cualquier edad	5 sesiones en cualquier edad	0 a 11 meses de edad: 8 sesiones	0 a 11 meses de edad: 12 sesiones
			12 a 23 meses de edad: 10 sesiones	12 a 23 meses de edad: 16 sesiones
			24 a 49 meses de edad: 14 sesiones	24 a 59 meses de edad: 20 sesiones
Frecuencia Sesiones	1 o 2 sesiones al mes	2 a 4 sesiones al mes	Primer mes: 1 sesión a la semana	Primer mes: 2 sesiones a la semana

			Segundo mes: 1 sesión a la semana	Segundo mes: 1 sesión a la semana
			Desde tercer al cuarto mes de tratamiento: 2 veces al mes	Desde tercer a sexto mes de tratamiento: 2 veces al mes
<b>Tipo de Atenciones</b>	Atención grupal (No dar atención individual)	Siempre iniciar con atención individual  Atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes  Luego atención individual alternada con intervención grupal	Atención individual primer mes.  Luego atención individual alternada con intervención grupal
<b>Rendimiento Atenciones</b>	Grupal 1 x hora	Individual = 2 X hora	Individual = 2 X hora	Individual = 2 X hora
		Grupal = 1 X hora	Grupal = 1 X hora	Grupal = 1 X hora

Fuente: Equipo Nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012. (ChCC, 2012, p.53)

En cuanto a las características generales de la sala de estimulación, éstas van dirigidas a “proporcionar atención clínica y psicoeducativa de tipo preventivo y promocional en establecimientos de salud primaria, en donde las atenciones son realizadas por profesionales con formación en desarrollo infantil temprano, en una sala que se implementa para ello de manera transitoria o permanente” (ChCC, 2012).

Según el programa ChCC (2012), el foco de atención de la sala de estimulación se encuentra dirigido a la poder atender los distintos problemas de rezago y déficit por medio de la atención a los niños y sus familias en modalidades grupales e individuales. “Asimismo, realiza intervención de apoyo en casos de riesgo biopsicosocial, talleres psicoeducativos y acciones de coordinación con el equipo de cabecera y la red intra e intersectorial” (p.48). En relación a la atención de esta modalidad considera

un foco específico del desarrollo y la inclusión cooperativa del acompañante, y las sesiones de promoción consideran el fomento de interacciones sensibles y cooperadoras entre padres, madres, cuidadores e hijos(as) a través de juego interactivo, fomento de posición prona, fomento de lenguaje, fomento de hitos ideomotoros, trabajo en sensibilidad materna, buen trato, seguridad, uso de aparatos, lectura dialogada, y estimulación adecuada a la edad, al nivel de desarrollo del niño(a) y a las evidencias desde el área de las neurociencias (ChCC, 2012).

El documento que entrega orientaciones técnicas, considera importante entregar especificaciones en relación a la complementariedad del trabajo entre las distintas modalidades, especificadas en la tabla N°4

Tabla N°4: Complementariedad entre el trabajo de las modalidades.

Modalidad principal	Modalidad complementaria
Sala de Estimulación	<p><b>Servicio Itinerante de Estimulación:</b> Si se articula el servicio itinerante como complementario a una sala de estimulación, entonces debiese complementar las prestaciones apoyando la atención de niños/as de zonas apartadas del territorio o acercando algunas prestaciones a la comunidad y/o como acciones asociadas al plan de intervención; por ejemplo, inclusión del equipo de sala de estimulación en talleres o atenciones en las localidades en donde el servicio itinerante realiza su trabajo, acciones integradas de monitoreo del plan de intervención en casos de mayor complejidad, etc.</p> <p><b>Atención Domiciliaria de Estimulación:</b> Si se articula el servicio de atención domiciliaria de estimulación como complementario a una sala de estimulación, entonces debiese complementar las prestaciones apoyando la atención de niños/as con graves dificultades de desplazamiento o que en razón de sus objetivos de intervención y/o grado de déficit requieran de orientaciones a la familia que se potencien con una intervención directa en el hogar (por ejemplo, cuando se quiere evaluar y dar indicaciones de adaptaciones de espacios físicos en el hogar). Puede utilizarse también como modalidad complementaria transitoria, en casos de</p>

	<p>deserción o baja adherencia a estimulación en sala en esta población, intencionando dentro del plan de atención la reinserción a la modalidad de sala o equivalente.</p> <p><b>Ludoteca:</b> Si se articula el servicio de ludoteca como complementario a una sala de estimulación, entonces debiese complementar las prestaciones en sala a través de la provisión directa en préstamo de material pedagógico y lúdico a las familias, que faciliten el seguimiento de indicaciones de estimulación y juego en el hogar con el uso de este material complementario.</p>
<b>Servicio Itinerante de Estimulación</b>	<p><b>Sala de Estimulación:</b> Si se articulan salas de estimulación como complementarias a un servicio itinerante, por lo general ello consiste en la habilitación de espacios físicos pequeños con implementos de estimulación básicos que permiten que los profesionales que itineran cuenten con algunos recursos mínimos permanentes en cada territorio que visitan. Ejemplo de esto son mini salas de estimulación habilitadas en postas rurales las que son abiertas a atención de público cuando el servicio itinerante presta sus servicios en dicho territorio.</p> <p><b>Ludoteca:</b> Si se articula el servicio de ludoteca como complementario a un servicio de atención domiciliaria de estimulación, entonces el grupo de profesionales que realicen el servicio itinerante debe disponer de material lúdico y pedagógico adicional que pueda ser entregado a las familiar en préstamo para facilitar el seguimiento de indicaciones específicas de estimulación y juego en el hogar, entre atenciones del servicio itinerante.</p>
<b>Atención Domiciliaria de Estimulación</b>	<p><b>Ludoteca:</b> Si se articula el servicio de ludoteca como complementario a un servicio de atención domiciliaria de estimulación, entonces el grupo de profesionales que realicen el servicio a domicilio debe disponer de material lúdico y pedagógico adicional que pueda ser entregado a las familias en préstamo para facilitar el seguimiento de indicaciones específicas de estimulación y juego en el hogar con este material complementario, entre las visitas de atención.</p>

Fuente: Equipo Nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012 (ChCC, 2012, p.49)

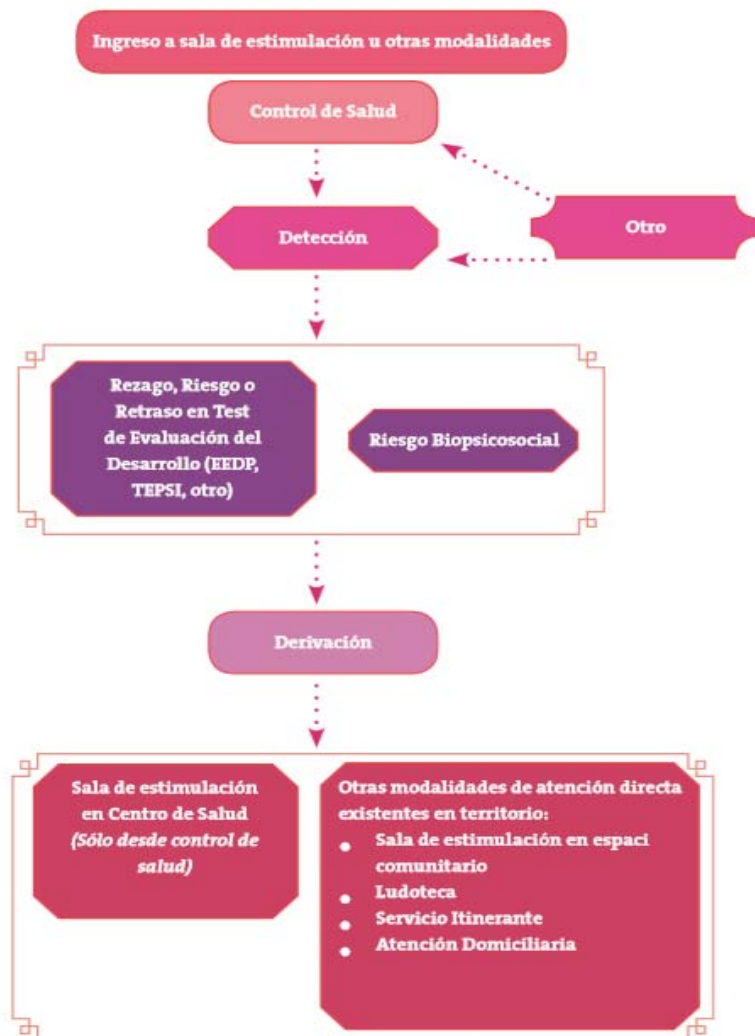
Con respecto al proceso que se lleva a cabo para el ingreso de niños(as) a las atenciones proporcionadas en las modalidades de apoyo y sala de estimulación, está se realiza a través del control de salud del niño(a), con la



finalidad de que este servicio realice “la vigilancia integral de la trayectoria del desarrollo infantil” (ChCC, 2012).

La figura N°1 resume el procedimiento de ingreso a la sala de estimulación y otras modalidades de apoyo:

Figura N°1: Procedimiento de ingreso a sala de estimulación y otras modalidades.



Fuente: Equipo Nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012 (ChCC, 2012, p.56).

Los niños son evaluados a través de un test de desarrollo, considerando que “en aquellos casos de niños(as) que presenten rezago o riesgo en un test de desarrollo (EEDP, TEPSI u otro), o riesgo biopsicosocial (Pauta de detección para ingreso a modalidad, u otro) para el desarrollo, pero asociado a una condición médica de base, se debe derivar a especialista y en paralelo a sala de estimulación u otra modalidad de apoyo.” (ChCC, 2012).

En el caso de los ingresos provenientes de otras modalidades como educación inicial, servicios comunitarios, demanda espontánea u otro, estos deben “regularizarse mediante la derivación del niño(a) a control de salud en paralelo al inicio de la atención, con el fin de validar técnicamente la derivación y foco de atención, integrar antecedentes relevantes para el plan de intervención del niño(a)” (ChCC, 2012), con la finalidad de poder fortalecer las acciones coordinadas en el intersector cuando estas se requieran.

Con el fin de poder mitigar los factores de riesgo biopsicosociales que originan la derivación a la sala de estimulación, se considera importante el poder contar con la “coordinación activa con el equipo de cabecera y la retroalimentación de progreso y egreso del niño o niña si correspondiere” (ChCC, 2012), además el ingreso de la información actualizada del niño y su familia al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo, en adelante SRDM, “con el fin de activar la alerta de vulnerabilidad correspondiente y favorecer la adecuada gestión del caso en la red comunal básica y ampliada” (ChCC, 2012). Por otro lado, en el caso que no se encuentre registrado en el Sistema, “es función del/la encargado(a) de la modalidad ingresar/actualizar la información en el módulo de digitación del SRDM”(ChCC, 2012).

Esta articulación se considera importante, puesto que el egreso del infante de la sala de estimulación u otra modalidad, dependerá también del equipo de cabecera y la red comunal Chile Crece Contigo cuya función es “activar la oferta

de intervención y realizar el seguimiento respectivo del caso para una adecuada resolución del/los factores de riesgo pesquisados” (ChCC, 2012).

### 2.2.2. Proceso de intervención en modalidad de apoyo

La intervención en una Modalidad de Apoyo al Desarrollo Infantil, en adelante MADi, es un proceso que se lleva a cabo en conjunto al niño, su familia y los profesionales a cargo, el cual consta de etapas y acciones fijas. Dichas etapas se encuentran descritas y detalladas con sus correspondientes acciones en el manual de orientaciones técnicas entregadas por el programa Chile Crece Contigo para las modalidades de apoyo del desarrollo infantil, los cuales incluyen la forma de ingreso del niño(a), número de sesiones, la frecuencia, rango de tiempo; y la modalidad de trabajo que puede ser individual, grupal, taller o visitas domiciliarias. En la siguiente tabla N°5, se detalla el proceso de intervención que se lleva a cabo (ChCC, 2010, pág. 68).

Tabla N°5: Fases de procesos de intervención en modalidad de apoyo

Fases	Acciones	Apoyos
<b>Ingreso</b> (primera sesión)	Saludo efectivo Recepción de antecedentes que trae la familia del centro de salud / otros: Conocer resultado del test de ingreso en déficit de área o rezago, conocer su estado general de salud, conocer antecedentes de salud de la familia. Chequear qué sabe el adulto acerca del por qué el niño(a) ha sido derivado a esta modalidad Alianza terapéutica con el adulto y el niño(a): Retroalimentación al adulto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen de aspectos positivos del desarrollo del niño(a) y recursos del niño(a) y cuidador para el mejor desarrollo de áreas deficitarias.</li> </ul>	Habilidades de relación terapéutica, ver Anexo 3. Hoja de derivación a modalidad, ver anexo 16 Resultados de test de evaluación del desarrollo. Ver ficha clínica Tarjeta de Asistencia, ver Anexo 4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumen plan de intervención, explicar el modo de trabajo, qué se va a hacer en la próxima sesión, y otros detalles del plan de trabajo.</li> <li>• Tarjeta de asistencia, próxima cita, incentivar aviso oportuno si no puede asistir.</li> <li>• Acuerdo de trabajo conjunto, firma de Tarjeta de Asistencia.</li> </ul> <p>Entrega de contenidos básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo infantil y la importancia del desarrollo cerebral en la primera infancia.</li> <li>• Importancia de cómo la calidad de las interacciones y relaciones del padre, madre y cuidadores influyen positiva o negativamente en el desarrollo infantil.</li> </ul> <p><b>Tarjeta de asistencia:</b> Escriba fecha y hora de la próxima sesión.</p>	
--	---	--

Fuente: Equipo Nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012 (ChCC, 2012, p.68).

Por otro lado, para que se lleve a cabo una MADi, según el programa Chicle Crece Contigo (2012), se requieren de algunos principios básicos para un funcionamiento efectivo, donde en primera instancia se encuentra que el centro proporcione una atención basada en el trabajo directo, ambiental e interaccional que favorezca una estimulación efectiva del niño o niña. Dicha función se fundamenta en las acciones que lleva a cabo el adulto, como por ejemplo, modificar los espacios, favorecer ciertas posiciones y movimientos a través del uso de materiales adecuados a las características del infante. Es por ello, que se debe tener en cuenta que las atenciones se encuentran dirigidas a niños y niñas que presenten un pronóstico que sea propicio a una intervención ambiental e interaccional.

Por otra parte, se debe considerar que el espacio no es la intervención, ya que un espacio lúdico adecuado, tratándose del contexto en el que se produce la intervención. Esta mediación se lleva a cabo a través de la acción directa que realiza el profesional sobre la organización del espacio físico y de la selección de los materiales adecuados que favorezcan la conducta exploratoria de acuerdo a las necesidades que presente el niño o niña, en conjunto con la familia de este.

Otro de los supuestos, hace referencia a que todos los niños y niñas, deben ser atendidos en presencia de sus padres y/o cuidador, ya que para que se genere una intervención efectiva se requiere que el adulto significativo para el menor se encuentre involucrado de forma activa. Por otra parte, es importante premeditar en cada una de las sesiones la comunicación colaborativa entre el adulto responsable y los profesionales en relación a las competencias y los avances del niño o niña, junto con el modelaje de las actividades de estimulación que se pueden llevar a cabo en el hogar. Es por ello, que la intervención debe incluir de forma activa a los padres y/o cuidadores, ya que el objetivo es que el adulto responsable sea capaz de replicar estas actividades en el hogar, en la medida de sus posibilidades, puesto que el principal agente de cambio es la familia y no el profesional.

En cuanto a los profesionales que se desempeñan en cualquier modalidad de apoyo al desarrollo, debe ser consciente que para que se produzcan cambios, deben contar con las habilidades necesarias para lograr una vinculación de carácter terapéutico con el niño o niña y su familia. De igual forma, el modo en que el profesional se relaciona con los niños forma parte también de un modelaje interaccional directo con la familia de estos, por lo tanto, esta relación se vuelve una herramienta fundamental para la intervención y siempre debe enfocarse en un acercamiento cortés hacia el niño o niña, a través de un lenguaje lúdico, positivo y afectivo.

Por otra parte, otro de los supuestos básicos, postula que se debe utilizar el humor, ya que los niños y niñas hablan el lenguaje de los afectos, también son expertos lectores del lenguaje corporal y comprenden los estados afectivos de las personas que los rodean, sin conocer las causas.

Finalmente, como último supuesto, se debe trabajar en la construcción de una relación de calidad con el niño o niña al cual se está interviniendo, tratándolo por su nombre, saludándolo a su altura y mirándolo a los ojos. Es importante no forzar el saludo, ya que por lo general a los niños les agrada más el contacto ocular por sobre el contacto físico con extraños. Es importante que el adulto inicie la interacción con el niño o niña, en donde posteriormente se le entregue una actividad temporal para poder hablar con el adulto. Si el adulto, descalifica abiertamente al niño o niña, se debe detener la respuesta cambiando el tema, sin juzgar (ChCC, 2012).

Con el fin de favorecer al desarrollo biopsicosocial del infante es necesario contar con la infraestructura y equipamiento adecuados, correspondiente a cada modalidad, de esta manera serán eficientes las intervenciones prestadas en las salas de estimulación. Para esto, la sala de estimulación perteneciente a un centro de salud, deben cumplir con los criterios de la pauta del documento de orientaciones técnicas para la MADi, el cual entrega conocimientos y herramientas técnicas a los equipos para que cumpla con los requerimientos adecuados en cada una de las modalidades. Éste documento señala, en lo que respecta a infraestructura, que “la sala de estimulación está considerada dentro del proyecto médico arquitectónico (PMA) como parte de la infraestructura de los centros de salud, desde el año 2009, con una superficie de 18 mts” (ChCC, 2012). Y en cuanto a equipamiento y material se detallan a continuación en la tabla N° 6.

Tabla N°6: Habilitación de sala de estimulación en centro de salud.

Equipo/equipamiento/instrumental	Cantidad por recinto
Mesa pre escolar	2
Sillas pre escolar	8
Sillas visitas	4
Set de 36 utensilios didácticos	1
Mesón escritorio con cajonera	1
Silla ergonómica	1
Espejo adosado a la pared de 1,5 mts. de ancho por 1 mt. de alto	1
Repisa dos divisiones para juguetes al alcance de niños	1
Cajón para juguetes 70 x 70 x 50 cms. de alto	1
Estante con repisa y puertas correderas	1
<b>Material</b>	

Alfombra didáctica
Caja de lenguaje
Centro de Actividades
Cojín Didáctico
Cubos de género para lactantes
Cubo con mica para lenguaje
Encajes planos
Encajes en volumen
Encajes Vertical
Espejos
Instrumentos musicales
Juego de arrastre con sonido
Juego de Construcción
Juego de valores
Láminas

Libros para niños y niñas menores de dos años.
Libros plásticos
Medios de transportes
Móvil de pañuelos de tul
Muñecos/as
Música grabada
Palitroques para lactantes
Palitroques para niños/as de 2 a 5 años
Pelotas
Rompecabezas
Set de pelotas en contenedor
Set de animales
Sonajeros, cascabeles

Teléfono de juguete
Títeres
Títeres de dedos
Torre didáctica
Trompo Musical
Túnel

Fuente: Equipo Nacional ChCC y Programa de Salud Infantil, 2012 (ChCC, 2012, p.219).

En conclusión, el Subsistema ChCC con sus programas: PARN, PADB, Prestaciones Diferenciadas y el CESFAM, se articulan para poder brindar apoyos

y servicios, cuya función prioritaria, como indica Silva y Molina, (2010) es el funcionamiento efectivo, eficaz y oportuno de las derivaciones de los niños, niñas y sus familias a las prestaciones que están a sus disposición, teniendo en cuenta las necesidades específicas de apoyo que cada uno requiera. Esta función prioritaria utilizada por ChCC y sus programas es iniciada por el Libro Blanco de Atención Temprana publicado por GAT (2005), el cual afirma que:

Todos los que presenten “trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos biopsico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (p.14)

Por consiguiente, y para hacer efectiva esta prevención mencionada, GAT (2005) declara seis objetivos para la atención en el Libro Blanco de Atención Temprana, los cuales permiten establecer planes de apoyo, acciones e intervenciones pertinentes que posibiliten satisfacer las necesidades de los niños y niñas, considerando también a sus familias y entorno. Estos objetivos son los siguientes:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de la comprensión, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.



- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

Para llevar a cabo el proceso de intervención, se deben establecer las características del plan, debido a esto, GAT (2005) establece y define los niveles de intervención en la AT. Estos niveles de intervención, contemplan la descripción de tres tipos de prevenciones: La Prevención Primaria, la Prevención Secundaria y la Prevención Terciaria. Ante esto, GAT (2005) manifiesta que la prevención repercute de forma positiva en el desarrollo de los niños y niñas pues permite anticiparse a situaciones de riesgo, por lo que la prevención es incorporada indispensablemente en la organización de la Atención Temprana, pues esta debe posibilitar, según GAT, (2005):

- a) La adopción de medidas encaminadas a la prevención.
- b) La detección precoz de los riesgos de deficiencias.
- c) La intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social.

Para comprender aún más las prevenciones en AT descritas por GAT (2005), serán descritas y explicadas a continuación:

La Prevención primaria en AT, está referida a las “actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias” (GAT,

2005). Con la finalidad de evitar las condiciones que puedan llevar a la aparición de déficit o trastornos en el desarrollo, lo cual se lleva a cabo mediante los Servicios de Salud, Educación y los Sociales, los cuales consisten en(GAT, 2005)

- Servicios de salud: Pretenden la prevención en infantes hasta los 14 o 18 años de edad, en los trastornos en el desarrollo o en situaciones de riesgo. Lo cual se hace mediante el control de niño sano y revisiones regulares. También se encuentran los servicios de salud mental infantil, el cual colabora con los equipos de salud y planificación familiar.
- Servicios Sociales: Prevención de riesgo social y/o maltrato hacia el menor. La labor del servicio es atender a la familia como un conjunto, ya que es fundamental para el bienestar y desarrollo del niño/a. También coexisten programas dirigidos a personas con riesgo social, madres adolescentes, poblaciones emigrantes, entre otros.
- Servicios Educativos: Apoyo dirigido al niño y la familia, por parte de los centros educativos, los cuales cubre mayoritariamente a la población a partir de los 3 años. Su fin es prevenir los trastornos en el desarrollo, lo cual puede ser fundamental en la población de alto riesgo. Su objetivo es ofrecer un entorno estable y estimulante.

En cuanto a la Prevención secundaria en AT, esta comprende la detección y diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situación de riesgo, lo cual según GAT (2005), esta acción posibilita “la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone la comunidad” (p.16-17). Por otro lado, el mismo autor hace mención al diagnóstico, el cual se hace posterior a la detección y “consiste en su puesta en evidencia de una alteración en el desarrollo del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica” (p.20). De esta

forma, el servicio de salud, según GAT (2005), considera las etapas del embarazo, siendo estas la etapa prenatal, neonatal y postnatal:

- Etapa Prenatal: se consideran los servicios de obstetricia, donde atienden a la embarazada. Su labor recae en la detección de situaciones de riesgo, entrega información, apoyo y orientación a las futuras madres. Una de las situaciones de alto riesgo que puede pasar una mujer embarazada es: circunstancias presenten en el feto de la madre que asocian con frecuencia a alteraciones en el desarrollo como determinadas alteraciones estructurales del sistema nervioso central. Si se realiza un diagnóstico se destinan atenciones psicológicas a la familia, padres y especialmente a la madre (p.17).
- Etapa Perinatal: se consideran los servicios neonatológicos, atendiendo a niños o niñas con alto riesgo de presentar alteraciones en su desarrollo, las cuales pueden ser infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, entre otras. Las que pueden derivar a una hospitalización lo que se considera como un factor de riesgo (p.18).
- Etapa Postnatal, se consideran los servicios pediátricos, que se ven presente a través del programa control niño sano, donde hay una observación directa y adquisición de información para los padres, de cuál es el curso del desarrollo normal de sus hijos. El que se realice una adecuada detección y diagnóstico, permite distinguir situaciones durante el primer año, como la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo, por ejemplo en sus formas severas y medias de parálisis cerebral, retraso mental y déficit sensorial. También se pueden distinguir diversas situaciones durante el segundo año, como formas leves de los trastornos anteriores y los autismos (p.18).

Con respecto a los servicios sociales, se pretenden detectar los “factores de riesgo social para el desarrollo infantil, tales como bajos ingresos económicos, madres adolescentes, drogodependencia, marginación social y familiar, entre otros.” (GAT, 2005, p.19).

En cuanto a los servicios educativos, se consideran desde el momento en que el niño o niña asiste a la escuela infantil, y los docentes se transforman en agentes importantes al momento de la detección. Se pueden observar problemas en las capacidades, comportamientos básicos para el aprendizaje, habilidades sociales, lenguaje y motoras, entre otras. Paralelamente se consideran situaciones de riesgo social, por ejemplo: inadecuada atención, carencias afectivas y sospecha de maltrato infantil(GAT, 2005).

Con respecto a la Prevención terciaria en AT, esta comprende el conjunto de acciones encaminadas, una vez se ha diagnosticado una enfermedad o problema de salud, a minimizar las consecuencias y secuelas del mismo. Específicamente, se consideran las actividades que están “dirigidas hacia el niño o niña y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo” (GAT, 2005). El mismo autor señala que con esto se espera atenuar o superar por medio de la intervención, los trastornos en el desarrollo y cambiar los factores de riesgo que se encuentran cerca del niño o niña. A su vez el autor también destaca que esta intervención pretende conseguir que la familia conozca la realidad de su hijo/a, sus capacidades y limitaciones, para así permitir el espacio para potenciar el desarrollo del niño, por medio de la adecuación de su entorno de manera física, mental o social. Por lo que desde una primera instancia se debe planificar la intervención de manera global y multidisciplinaria.

Considerando lo anterior, en el ámbito de la AT, es fundamental llevar a cabo un proceso de evaluación para favorecer la intervención, ya que según Costas (2009), la evaluación del desarrollo del niño consiste en “la estimación de las

competencias y limitaciones del niño, con una doble finalidad: detectar posibles alteraciones o déficit y proporcionar a sus padres o cuidadores, unas pautas de intervención adecuadas” (p.39). Para ello se debe llevar a cabo la evaluación del desarrollo del niño de forma integral, en donde se encuentren involucradas las distintas áreas de desarrollo.

### **2.2.3. Áreas de Desarrollo Evaluadas**

El Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Pre-escolar (CELEP) (2000) (Fernández y Riquelme, 2006) señala que “la infancia es considerada como el momento del desarrollo más significativo en la formación de las personas; en ella se organizan las estructuras funcionales en el cerebro que constituirán las bases fisiológicas de las funciones cerebrales que configuran las condiciones y predisposiciones del aprendizaje”(p.12). De esta manera, las evaluaciones deben considerar la globalidad del niño. Es por esto que Candel, (2005) menciona 4 áreas que son importantes a abordar las cuales son: motora, perceptivo-cognitiva y socio-comunicativo y hábitos de autonomía.

- Área motora: Con respecto al desarrollo Motor, este se define como “una serie de cambios en las competencias motrices, es decir, es la capacidad para realizar progresiva y eficientemente diversas y nuevas acciones motrices, que se producen, fundamentalmente, desde el nacimiento hasta la edad adulta” (Uribe, 1998).
- Área Perceptivo- cognitiva: Los distintos programas de estimulación enfocados en la infancia ponen énfasis en el desarrollo del área cognitiva, dado que por medio de esta área nosotros “recibimos la información que después debemos procesar para dar significado a la información que entra por los sentidos” (Fernández, 2011). Por otro lado, Fernández y Riquelme (2006) declaran que las redes neuronales y las ventanas de aprendizaje se abren y desarrollan

durante los tres primeros años de vida determinando la capacidad de aprendizaje de los niños y niñas. Por lo cual encontramos importante poder evaluar tempranamente esta área, ya que mientras antes se detecten los apoyos que requiere, permitirá una intervención oportuna para el desarrollo.

- Área socio-comunicativa: El lenguaje cumple la función de organizador del pensamiento y estructurante de la acción y personalidad, señalando que “el lenguaje es muy importante porque significa transferencia tecnológica, implica capacidad cognitiva, involucra capacidad de desarrollo creativo, por lo tanto, es la función más importante de preservar (Fernández, 2005)” (Fernández y Riquelme, 2006). En congruencia, el autor también señala que el lenguaje como función psicológica superior y herramienta cultural no estaría solamente influenciado por las posibilidades de conocimiento que tiene el niño/a (aprendiz) del mundo, sino además por las relaciones sociales entre el menor y los adultos significativos (cuidadores sensibles–apego). A su vez, indican que la evaluación de esta área, propicia la detección temprana de necesidades de apoyo, lo cual permite estimular y potenciar las habilidades comunicativas en el niño entregándole experiencias ricas y positivas durante la primera infancia, ya que estas experiencias pueden tener efectos positivos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños/as en la adquisición del lenguaje como en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas.
- Hábitos de Autonomía personal: En relación a esta área de intervención Candel (2005), menciona que “el principal objetivo a largo plazo de un programa de AT, es desarrollar la capacidad de autonomía e independencia personal del niño” (p.47), puesto que al desarrollar estas habilidades el niño podrá hacer frente los distintos acontecimientos de su vida.

Cabe destacar que el programa Chile Crece Contigo (2012) trabaja con cuatro áreas similares a las mencionadas anteriormente, las cuales salen

indicadas en el documento de Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. El mismo autor plantea que estas son las áreas de desarrollo físico, lenguaje, área socioemocional y cognitiva, incluyéndose dentro de esta última las funciones ejecutivas. Con respecto al área física, incluye las habilidades motoras gruesas y finas y aspectos sensoriales, además dentro del desarrollo psicomotor, se considera la adquisición de movimientos que promueven la movilidad individual (ChCC, 2012).

Gómez, en el documento Ministerio de Desarrollo Social (2013), señala la relevancia de poder intervenir esta área y realizar un seguimiento por un especialista, puesto que el “36,3% de los niños con riesgo o retraso que no recibieron atención temprana evolucionó a algún tipo de patología, ya sea, trastorno específico del aprendizaje, trastorno con déficit de atención, cociente intelectual límite o deficiencia mental ligera, trastorno específico del lenguaje entre otras” (p. 117). En cuanto al área de lenguaje, el mismo documento menciona que esta constituye habilidades tempranas del desarrollo tales como balbuceo, apuntar y hacer gestos. Luego, en edad preescolar incluye la producción de palabras, el entendimiento de las mismas y su habilidad para narrar historias, identificar letras, y su familiaridad con los libros.

Cabe destacar la importancia de poder intervenir estas áreas en niños con retraso o riesgo de desarrollo dado que según el documento Ministerio de Desarrollo Social (2013) se menciona que las “alteraciones del desarrollo neuromadurativo se relacionan con bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales, problemas de aprendizaje, menores oportunidades laborales y morbilidad en la adultez” (p. 114).

En cuanto al área cognitiva esta “comprende habilidades analíticas, resolución mental de problemas, memoria, habilidades matemáticas tempranas. La investigación demuestra que las habilidades cognitivas pueden verse afectadas

fuertemente por la calidad del ambiente tanto como por la genética”. (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

El Ministerio de Desarrollo Social (2013) en su proyecto "Evaluación Costo Efectividad de Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil del Sistema de Protección a la Infancia”, entrega información relevante acerca de la efectividad de programas de intervención temprana del desarrollo en pacientes prematuros. Dichas investigaciones concluyeron que “los programas de intervención temprana para recién nacidos prematuros tienen una influencia positiva sobre los resultados cognitivos a corto y mediano plazo” (p.119).

En lo que respecta al área socioemocional, el desarrollo de esta tiene implicancias para muchas áreas del desarrollo infantil integral. Aprender a explorar es una tarea fundamental para niños y niñas, y depende de la confianza que tenga el infante en sus cuidadores, sintiendo que estarán presentes cuando los necesite. Por lo tanto, “una vez que el niño ha sido contenido y acogido, puede sentirse nuevamente confiado para explorar y conocer el mundo que lo rodea”. (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Tal como se desarrolla en el presente capítulo, con el transcurso del tiempo y los avances en la investigación, se vuelve relevante contemplar las modificaciones que han sufrido las modalidades de atención a la infancia, en donde la familia se convierte en un agente primordial en el desarrollo óptimo e integral de los niños y niñas en etapas iniciales.

Por otra parte, surgen modelos que impulsan cambios en las reformas del área de la salud, en donde se comienza a involucrar a la familia y la comunidad en los procesos de atención. Dichos cambios traen consigo programas que dan respuesta a las necesidades y cuidados de la población infantil, mediante las salas de estimulación en donde diversos profesionales se encargan de entregar los apoyos necesarios a los niños y niñas, y sus familias. Por lo tanto, la AT tiene



como objetivo principal la prevención, promoviendo el bienestar de los niños y su contexto familiar, a través de una intervención integral que contemple al niño y su contexto. Por consiguiente, se torna relevante considerar los distintos modelos de intervención para poder proceder en la AT, ya que “el conocimiento de los modelos teóricos, que están a la base de programas y técnicas de AT, es de especial relevancia, dado que, según el modelo teórico del que partamos, se derivará un concepto de intervención temprana y un tipo determinado de programas y técnicas de intervención (Vidal, 2007 en Vilorio, 2011).

Para que dicha modalidad de atención se lleve a cabo, es imprescindible contar con profesionales capacitados que logren cumplir los objetivos propuestos por la AT, en donde se realicen procesos de evaluación y entrega de apoyos integrales y acordes a las necesidades que presenten tanto los niños como sus familias. Es por ello, que en el siguiente capítulo se dan a conocer las características y la forma de trabajo que llevan a cabo los profesionales que se desempeñan en las modalidades de atención a la infancia.

## **CAPITULO 3: PERSONAL DE APOYO EN LA ATENCION TEMPRANA**

### **2.3.1. Equipo de trabajo en la atención temprana**

El cambio de concepto de AT a lo largo del tiempo sin duda ha producido cambios en la estructura y conformación del equipo profesional que entrega apoyos en este proceso. Un ejemplo concreto de este cambio se ve manifestado en el funcionamiento del Plan de Salud Familiar en la Atención Primaria que forma parte del Programa Chile Crece, el cual modifica el enfoque que se tenía hasta el momento sobre la participación de la familia en la entrega de servicios en el área de la salud, la cual no tenía una implicancia directa en el proceso que se llevaba a cabo, en donde la atención se encontraba dirigida hacia el niño sin considerar su contexto más cercano como es la familia. Posteriormente, se focaliza en un equipo de salud familiar, que como su nombre lo dice, incluye en la entrega de apoyos a la familia del niño que presenta necesidades en su desarrollo. Este equipo se encuentra conformado por un equipo multiprofesional en donde se integran nuevos profesionales especializados quienes desde sus disciplinas comienzan a emplear un concepto de atención interdisciplinaria dirigido hacia el fomento de estilos de vida saludables y la consideración del contexto global de los niños y niñas, referidos a sus familias y la comunidad (Arriet, Cordero, Moraga, Torres y Valenzuela, 2013).

Siguiendo en esta misma línea, cabe destacar que en el trabajo que se realiza en la AT, y específicamente al momento de llevar a cabo las intervenciones y entregas de apoyos, se deben considerar todas las dimensiones del niño, lo que implica que las planificaciones deben ser abordadas “por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (GAT, 2005), esto con el objetivo de llevar a cabo un trabajo colaborativo en donde se complementen diversas disciplinas y especialidades. Es por ello, que el trabajo colaborativo “es

considerado una filosofía de interacción y una forma personal de trabajo, que implica el manejo de aspectos tales como el respeto a las contribuciones individuales de los miembros del grupo (Martín, 2001)” (Maldonado, 2007). Lo anterior beneficia todo tipo de labor, sobre todo cuando este implica la participación de un gran número de profesionales, ya que, como postula Pujolás, (2009) en Barrera (2014) los lazos y vínculos que se generan al utilizar este tipo de trabajo son basados en “la simpatía, la atención, la cortesía y el respeto mutuo” (p.60).

Es relevante definir en primera instancia qué es lo que se entiende por equipo interdisciplinar y transdisciplinar. El primero de ellos se considera como “una estrategia pedagógica que implica la interacción de varias disciplinas, entendida como el diálogo y la colaboración de éstas para lograr la meta de un nuevo conocimiento”(Van del Linde, 2007 citado por Carvajal, 2010). Y por otra parte, el transdisciplinar se entiende como el equipo en donde “los profesionales trasladan a otros compañeros estrategias de intervención de sus disciplinas, siempre bajo la supervisión y el apoyo de los profesionales del equipo cuyas disciplinas son compatibles con esta práctica” (García, Escocia, Sánchez, Orcajada, y Hernández, 2014).

Cabe destacar que dentro de la AT los profesionales que componen el equipo interdisciplinar son provenientes de las disciplinas del ámbito de la salud, la educación y los servicios sociales, tales como las Ciencias Médicas, Psicología, Pedagogía, Fisioterapia, Fonoaudiología, Trabajo Social, entre otros (GAT, 2005). También hay que señalar, que por medio de “los equipos interdisciplinarios se logra contribuir al conocimiento integral del hombre y sus relaciones con la naturaleza y la sociedad (...) contribuye a la autoformación o bien a la participación del hombre en forma integral, individual y colectiva.” (Pizarro, 1984).

Lo anteriormente mencionado, coincide con el contexto nacional, el cual se presenta por medio del Programa Chile Crece Contigo, donde se señalan los actores de las diversas áreas que intervienen en la sala de estimulación. En primera instancia, se hace referencia a los profesionales del área de la educación inicial, donde se distingue a las educadoras de párvulo y/o educadoras diferenciales, las cuales deben contar con una “especialidad en desarrollo infantil temprano y estimulación en primera infancia” (ChCC, 2012), el mismo autor plantea que es en este contexto que toman un rol importante en el equipo que se conforma, debido a las habilidades con las que cuentan para el trabajo con los niños y niñas, a su vez por el manejo grupal y el trabajo conjunto a los adultos responsables del niño, y finalmente por las competencias en el diseño y monitoreo de planes de trabajo. De acuerdo a lo expuesto por el programa Chile Crece Contigo (2012), se destaca la labor de las educadoras de párvulo, quienes han sido las que atienden mayormente la modalidad, adquiriendo un desafío mayor al ser parte de un equipo de profesionales de la salud, al adaptar sus habilidades del modelo educativo a un modelo de atención biopsicosocial, las cuales son fundamentales para las intervenciones de estimulación. En segunda instancia, el programa se enfoca hacia el área de la salud, considerándose así, a los kinesiólogos, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales, con especialidad en desarrollo infantil temprano, siendo estos, según el programa Chile Crece contigo (2012) un “aporte significativo en el manejo de estrategias específicas de atención temprana y estimulación integral” (p.63). Finalmente el mismo autor hace hincapié en los psicólogos y trabajadores sociales, siendo ellos un “aporte significativo en relación con el trabajo en red, el énfasis en los aspectos relacionados entre el niño (a) y sus cuidadores significativos”(p.63), resaltando las habilidades que deben tener para relacionarse de manera efectiva con los padres y/o cuidadores.

Un elemento importante que se debe considerar en la interacción que se da entre los profesionales, es la comunicación, donde se establece que “por medio de

éste los individuos intercambian criterios, aspiraciones e ideas.” (Pizarro, 1984). De igual forma, el autor menciona que es fundamental, la cooperación, ya que es un factor esencial en las relaciones que se establecen y que si no se cuenta con ésta, difícilmente podrá haber una comunicación.

En relación al objetivo de la AT sobre dar un respuesta de forma oportuna a las necesidades que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen un posible riesgo, GAT (2005) nos dice que para que esto sea cumplido a cabalidad, los profesionales que son parte del equipo interdisciplinario deben adquirir una formación especializada que les provea de una adecuada cualificación para ejercer sus funciones de la mejor manera posible. Además de esta especialidad debe tener en su perfil la vocación por el trabajo con y para otros.

Con respecto a los conocimientos y contenidos tanto conceptuales, procedimentales y actitudinales que deberían dominar los profesionales que se desempeñan en el área de la AT se consideran los siguientes:

- “Desarrollo infantil, incluyendo un amplio conocimiento sobre las distintas etapas y ámbitos del desarrollo y también sobre los factores que influyen en el mismo, las evoluciones consideradas típicas y las variaciones en la normalidad, periodos críticos y claves evolutivas de las distintas edades.
- Conocimiento de los diferentes cuadros clínicos de trastornos en el desarrollo infantil, posible etiología o causas de los mismos, su naturaleza, características, evolución y pronóstico, así como las medidas preventivas y terapéuticas más eficaces en cada caso.

- Análisis y revisión de las corrientes filosóficas y científicas que han ido influyendo históricamente en el desarrollo de diferentes modelos de intervención y también en los modelos de evaluación de resultados.
- Psicología infantil cuyo conocimiento va a permitir a los profesionales responder adecuadamente a las necesidades y características emocionales del niño en cada etapa evolutiva.
- Neurobiología del desarrollo y Neurología infantil para facilitar al profesional conocimientos sobre los principios funcionales del sistema nervioso, su evolución y plasticidad.
- Principios de psicopedagogía del aprendizaje y de la motivación aplicados a la etapa infantil.
- Principios de intervención educativa, bases didácticas y metodológicas.
- Técnicas de intervención en el área de la comunicación y metodologías y sistemas de intervención específicos en los diferentes trastornos.
- Estudio de la dinámica familiar, en su doble papel de facilitadora del desarrollo del niño y también como receptora de servicios. Comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, etc.
- Conocimiento teórico y práctico sobre el papel de los diferentes profesionales que componen un equipo de Atención Temprana, teniendo en cuenta la distribución de roles, la dinámica propia de un grupo y las estrategias en la toma de decisiones.

- Tecnología de rehabilitación y bioingeniería.
- Aproximaciones a la investigación, metodología, búsqueda de información, que generen actitudes positivas hacia la experimentación, y que fomenten entre los profesionales el espíritu crítico, permitiéndoles contrastar empíricamente las distintas posibilidades de la intervención.
- Análisis de la realidad legislativa, institucional, normativa, características sociales y antropológicas, variables del entorno y recursos existentes.” (GAT, 2005)

### **2.3.2. Apoyo de los profesionales en programa ChCC**

Para garantizar la efectividad de las salas de estimulación y de las diversas modalidades de apoyo que existen para fomentar el desarrollo infantil, se designa a su cargo un profesional que puede o no efectuar atención directa, el cual presenta como objetivo orientar todas las actividades que se realicen dentro de esta y así entregar recursos y herramientas “para que el equipo planifique y ejecute estrategias orientadas a mejorar el cumplimiento en las metas convenidas y la calidad y efectividad de las intervenciones que se realizan en ella” (ChCC, 2012). Así mismo, estos profesionales deben cumplir con funciones específicas, donde las más relevantes son las siguientes:

1. “Velar por el adecuado desarrollo y funcionamiento de la modalidad, de acuerdo a lo especificado en el proyecto aprobado por el FIADI y/o lo establecido por el centro de salud que opera la modalidad.
2. Contar con registros actualizados de los siguientes datos mínimos:
  - Total población bajo control 0-4 años en el establecimiento.

- Total población bajo control 0-4 años en modalidad de estimulación.
- Población bajo control con déficit (riesgo y/o retraso).
- Población bajo control con rezago.
- Población bajo control con riesgo biopsicosocial.
- Derivaciones al inter-sector durante el mes.
- Reingresos a la modalidad de estimulación durante el año.
- Egresos de la modalidad de estimulación durante el año.
- Derivaciones a atención especializada durante el año.
- Ejecución de recursos financieros durante el trimestre.

3. Participar en reuniones del equipo de cabecera en CESFAM u otro centro de salud y en reuniones de la Red comunal ChCC: Se recomienda priorizar la revisión de casos vinculados a niños(as) referidos por el equipo de cabecera y/o con alertas de vulnerabilidad detectadas, junto con el estado de las acciones de coordinación intersectorial que los casos requieran. Es función del equipo de cabecera integrar al encargado(a) de la modalidad a las reuniones que permitan cumplir de manera efectiva lo descrito en las presentes orientaciones respecto a la vinculación entre las modalidades y el PADB, tanto en relación con la referencia y contra-referencia de casos, como en relación con la acción coordinada en las acciones de intervención del niño o niña (particularmente en los casos con riesgo biopsicosocial).
4. Ingresar o actualizar información de casos en el SRDM, especialmente en casos que activen alertas de vulnerabilidad.
5. Elaborar reportes del cumplimiento de los indicadores asociados, informes de avance, estado de casos, etc. y difundirlos en las reuniones de modalidad, equipo de cabecera, red comunal u otra. La evidencia de dichas actividades son las actas de reunión.



6. Mantener un registro actualizado del plan de intervención de cada niño(a) ingresado, que contemple al menos: Objetivos, responsables, actividades, derivaciones, plazos, seguimientos y evaluaciones de resultados.
7. Contar con el material apropiado para el trabajo de estimulación en las distintas áreas: cognitiva, lenguaje, motricidad fina y gruesa, sensorial.
8. Monitorear el cumplimiento de las medidas básicas de seguridad que rigen en el reglamento sobre seguridad de los juguetes (propiedades físicas y mecánicas, inflamabilidad, propiedades químicas, eléctricas y didácticas).
9. Contar con un proceso de desinfección de materiales que cumpla con lo señalado en las presentes orientaciones técnicas, vea páginas siguientes de este capítulo.
10. Dar aviso a la dirección/equipo del establecimiento y/o encargado comunal ante el deterioro o carencia de un producto y/o servicio; por ej.: baño, iluminación, calefacción y/o ventilaciones adecuadas, acceso a movilización en las modalidades que lo requieren, material de trabajo para estimulación, acceso a re-evaluaciones, VDI planificadas pero no realizadas, entre otras.
11. Proporcionar la información pertinente para completar “Pauta para el Monitoreo y Mejoramiento Continuo de la Calidad en la MADI” en los períodos definidos.
12. Mantener disponible a lo menos dos ejemplares impresos del Mapa de Oportunidades en la modalidad.

13. Mantener disponible a lo menos un ejemplar impreso de las “Orientaciones técnicas para las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil: guía para los equipos locales”.
14. Colaborar en la actualización del Mapa de Oportunidades y de los flujogramas de derivación intra e intersector.
15. Colaborar en la elaboración el Plan de Trabajo anual de la Red Comunal ChCC” (ChCC, 2012).

Por lo tanto, tal como se logran evidenciar en las funciones específicas de los profesionales, el equipo de trabajo que se desempeña en el área de la AT, deben ser profesionales que trabajen de forma colaborativa en un equipo inter y transdisciplinar, capacitándose y aportando desde su disciplina en el proceso de atención integral, en el cual se busca dar una respuesta oportuna a las necesidades que presentan los niños y sus familias. A demás, estos profesionales deben presentar conocimiento y dominio de contenidos tanto conceptuales, procedimentales y actitudinales, de tal forma que la atención entregada cumpla con los objetivos planteados por la AT y los programas por los cuales se rigen para la atención de la primera infancia.

Cabe señalar, que en el proceso de atención los profesionales trabajan en forma colaborativa con un agente primordial en el proceso, la familia del niño o niña, ya que como contexto más cercano y primer agente socializador, se vuelve fundamental su participación activa dentro de la intervención que se realiza en el centro, pues se deben tomar decisiones en conjunto con los profesionales a cargo, para posteriormente promover los apoyos necesarios y así favorecer el desarrollo global del niño desde sus primeros meses de vida. Es por esto que a continuación se abordará el rol y la implicancia de la familia en el proceso de atención.

## CAPITULO 4: FAMILIA

La familia juega un papel primordial en el desarrollo bio-psico-social en cada uno de los miembros al proveer experiencias que estimulen su crecimiento y desarrollo, sobre todo en la AT, por lo anterior es relevante conocer cómo se define, sus funciones, participación y rol que cumple en el desarrollo integral del infante.

### 2.4.1. Concepto de Familia

Ante esto y en cuanto a la descripción y conceptualización de familia, se debe tener en cuenta que es un concepto dinámico que va cambiando con el tiempo y según el contexto histórico en que nos encontremos. Gallego (2012) hace una revisión a través de los años de las diversas conceptualizaciones señaladas por distintos autores, en primera instancia la describe como “el conjunto de dos o más personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven juntos, ponen sus recursos económicos en común y consumen juntos una serie de bienes (Alberdi, 1982)”. Posteriormente, Flaquer (1998) define el concepto como “un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos”. Ahora bien, Palacios y Rodrigo (2001) determinan que la familia es una “asociación de personas que comparten propósitos de vida y que desean mantenerse unidos en el tiempo”. A su vez Torres, Ortega, Garrido y Reyes (2008) determinan que la “familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”.

En definitiva, y posterior a las revisiones bibliográficas, Gallego (2012) llega a la siguiente conceptualización, logrando englobar los cambios que se han

producido durante el tiempo en la sociedad, por lo que se entenderá el concepto de familia como:

Un conjunto de personas que están unidas por vínculos de afectividad mutua, medida por reglas, normas y prácticas de comportamiento, ésta tiene la responsabilidad social de acompañar a sus miembros en el proceso de socialización primaria para que puedan ingresar con éxito a la socialización secundaria (p. 332).

Es esta definición la cual se considera dentro de esta investigación, ya que se adapta y ajusta a los vínculos afectivos actuales que se generan dentro de la familia a nivel social, los cuales permiten considerar a la familia como un agente potenciador del crecimiento y un favorecedor de las conductas de sus miembros según la sociedad de la que participan, considerando que la sociedad está continuamente en transformación, y por lo tanto también las personas que la conforman.

Con respecto al cambio que se ha dado en la sociedad, frente a la constitución de familia, Gallego (2012) señala que “paulatinamente han ido surgiendo nuevas tipologías familiares que marcan pautas frente a la concepción de familia que ha tenido socialmente en la historia” (p.330), es por esto que hoy en día se puede contar con “la presencia de un solo progenitor; familias que suman hijos e hijas de anteriores parejas, y familias con abuelos y abuelas que ejercen el rol de padres y madres” (Iglesias, Astorga, Muñoz y Badani, 2008). Esto se logra reflejar en la siguiente tabla N° 8, donde se puede observar que en las últimas décadas este cambio ha sido más evidente reconociéndose esto en los últimos censos realizados entre los años 1999 y 2002 a las familias chilenas dando como

resultado un “aumento porcentual de las familias monoparentales con hijos, de las familias sin núcleo y de los hogares unipersonales” (INE, 2010).

Tabla N°7: Tipos de hogares.

<b>Tipos de Hogares</b>				
<b>Tipo de Hogar</b>	<b>Número de Familias</b>		<b>Porcentaje %</b>	
	<b>1992</b>	<b>2002</b>	<b>1992</b>	<b>2002</b>
Nuclear Monoparental sin Hijos	280,260	480,647	8.5	11.6
Nuclear Monoparental con Hijos	283,536	400,171	8.6	9.7
Nuclear Biparental con Hijos	1,371,330	1,548,383	41.6	37.4
Nuclear Biparental sin Hijos	246,174	411,164	7.5	9.9
Extensa Biparental	541,934	617,757	16.5	14.9
Extensa Monoparental	234,062	290,452	7.1	7.0
Compuesta	142,570	132,057	4.3	3.2
Sin núcleo familiar	193,913	260,796	5.9	6.3
<b>Total</b>	<b>3,293,779</b>	<b>4,141,427</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: INE (2010, p.5).

Debido a estos cambios, es que el INE (2010) identifica y define distintos tipos de familia respecto a su composición, las cuales son:

Nuclear monoparental sin hijos/as: Unipersonal, corresponde al hogar constituido por una sola persona que es jefe(a) de éste.

- Nuclear monoparental con hijos/as: Constituido por el/la jefe(a) de hogar y al menos un hijo(a) o hijastro(a).

- Nuclear biparental con hijos/as: Compuesto por un(a) jefe(a) de hogar, su cónyuge o conviviente, con presencia de hijos(as) o hijastros(as).
- Nuclear biparental sin hijos/as: compuesto por dos personas: un(a) jefe(a) de hogar y su cónyuge o conviviente, sin presencia de hijos.
- Extenso biparental: Compuesto por un(a) jefe(a) de hogar, su cónyuge o conviviente, con o sin presencia de hijos o hijastros, y al menos otro pariente.
- Extenso monoparental: Constituido por un(a) jefe(a) de hogar, con o sin presencia de hijos o hijastros y al menos con otro pariente.
- Compuesto: Constituido por un(a) jefe(a) de hogar con o sin cónyuge o conviviente, con o sin hijos y con la presencia de al menos una persona que no sea pariente.
- Sin núcleo familiar: Constituido por un(a) jefe(a) de hogar y una persona pariente o no pariente, vinculada a él/ella por relación distinta a la alianza o filiación.

Con respecto a lo mencionado por Gallego (2012), en donde afirma que la familia está vinculada en una afectividad mutua, se deduce que cada círculo familiar tiene como propósito principal proteger y cuidar de sus integrantes, amarles y apoyarles incondicionalmente en toda situación, y se les debe proporcionar todas las necesidades que la persona requiera. Ante esto, se entiende que cada familia vive de manera diferente, con sus propias creencias y valores. Sin embargo, a pesar de sus diferencias en cada familia recaen funciones

idénticas, las cuales son cumplir y satisfacer ciertas necesidades, tal como nos indica Morales (2006), estas son:

- Necesidades básicas, como alimento, abrigo, salud, entre otras.
- Necesidades emocionales, lo que tiene que ver con sentirse querido e importante para otras personas significativas. Esto implica para el adulto dar a los niños el cariño que necesitan para sentirse valorados.
- Necesidades de protección, entendiendo por esto la protección de amenazas externas así como sentirse cuidado al interior de la familia.
- Necesidades de pertenencia e individualización, lo que se refiere a que por una parte la familia nos da la posibilidad de sentirnos parte de un grupo humano, pero que a la vez es un espacio que nos enseña a crecer para ser cada vez más independientes.
- Transmisión cultural y valores, que se refiere al aprendizaje que cada niño y niña hace de lo bueno y lo malo, lo deseable o no deseable en su cultura y su contexto más cercano.

De esta forma, cada familia es considerada como una comunidad en la que todos se relacionan, aprenden unos de otros, se apoyan, protegen y generan una relación de entrega, confianza, aceptación y amor (Iglesias et al. 2008). No obstante, independiente de su composición y características, la familia debe tener funciones específicas, así como el ser el primer agente socializador, lo que se entiende como “el traspaso que los adultos hacen a los niños y niñas, de un conjunto de hábitos y actitudes, ideas y creencias que imperan en la sociedad donde se está inmerso” (Merino y Morales, 2002). Ante esto, tanto los niños como niñas comienzan a experimentar sus primeras interacciones, siendo la más

relevante el contacto con sus padres, transformándose estos en un agente seguro, ya que permanecen a lo largo del tiempo y brindan la confianza necesaria para poder establecer relaciones futuras.

Por tanto, la familia es donde se producen las primeras relaciones interpersonales, y a su vez, esta permite que conozca y se relacione con otros, ya que según Coletto (2009), la familia es un agente socializador que “no sólo es necesario para la supervivencia física de los niños sino que, a través de distintos mecanismos, juega un papel primordial en el desarrollo integral (personal y social) y autónomo de los individuos dentro de la sociedad” (p.2).

En cuanto a las funciones que tiene la familia como agente socializador, Coletto (2009) reconoce tres, dentro de las cuales se consideran:

- Proporcionar cuidados, sustentos y protección: comienza desde antes del nacimiento en forma de nutrición, cuidados médicos y preparación socioeconómica.
- Socialización en valores y roles culturales aceptados por el ámbito familiar: se trata de habilidades sociales vividas por el entorno familiar y que facilita el relacionarse con los demás y consigo mismo para lograr un relativo control de emociones.
- Respaldo y control del desarrollo: mediante la preparación de capacidades, formas de ser y conocimientos. Refuerza habilidades, destrezas y hábitos como: destrezas físicas, habilidades comunicativas y lingüísticas y habilidades intelectuales básicas.



A su vez, Vilorio (2011) en su texto destaca las funciones propuestas por Palacios (2005), que se destinan principalmente a las que cumplen las familias con sus hijos en una edad temprana, las que consisten principalmente en:

- Asegurar la supervivencia: su sano crecimiento y su socialización en las conductas básicas de comunicación y diálogo.
- Aportar un clima de afecto y apoyo: sin las cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible. Este clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego, un sentimiento de relaciones privilegiadas y de compromiso emocional.
- Aportar la estimulación que haga de ellos seres con capacidades para relacionarse competentemente con su entorno físico y social: así como para responder a las demandas y exigencias planteadas por su adaptación al mundo en que les toca vivir.
- Tomar decisiones: con respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación del niño.

De este modo, la familia permite que se desarrollen relaciones entre sus integrantes, debido a que enriquece su participación en diversos contextos. A su vez, independientemente de su edad y más allá de entregar protección al hijo, existe en el círculo una protección para cada familiar, donde en cada momento recibirá cuidado, compañía y alimento. Se proporciona el espacio para que el niño o niña desarrolle el sentido de pertenencia, siendo está en primera instancia a la familia, posteriormente a un grupo social, nación, cultura, entre otras, así accediendo a la construcción de una identidad personal, siendo también consciente de sus habilidades, preferencias, entre otros.

## 2.4.2. Familia y su rol en la Atención Temprana

En relación a la familia y su rol en la AT, esta es el primer vínculo de los niños, puesto que la familia actúa como “principal componente clave para el desarrollo del niño en todas sus facetas, y especialmente, si cabe, en lo socioemocional.” (García, Escorcía, Sánchez, Orcajada y Hernández, 2014), por lo cual la familia debe ser considerada dentro de la AT que recibe el niño y niña transformándose en un agente activo de la entrega de apoyos. Este papel activo de la familia se contempla actualmente dentro de la AT, el cual es establecido por Castellanos, García, Mendieta y Gómez (2003), en García et al. (2014) como:

- Un cliente del servicio, con necesidades propias que han de ser atendidas.
- Tutor responsable del niño, con derecho que deben ser respetados.
- Cuenta con recurso imprescindible, por ser generadora de vínculos afectivos, facilitador de la comunicación en el niño, elemento altamente motivante para él y entorno natural del niño.
- Como un agente activo de Atención Temprana, aliada necesariamente y protagonista imprescindible para el desarrollo de un modelo ecológico de intervención que supere el enfoque de esporádicas intervenciones ambulatorias.

Por otra parte, GAT en el Libro Blanco de la Atención Temprana (2005) destaca que es crucial que la familia se implique en este proceso, ya que es un elemento indispensable que favorece la interacción afectiva y emocional así como la eficacia de los tratamientos.

Por lo que la participación, implicación de la familia en el proceso de estimulación e intervención del niño, influye en que se forme entre la familia y los profesionales

Un grupo de apoyo y colaboración en igualdad, centrado en el mejor interés del niño y su familia y orientado a asegurar el cumplimiento de planes de desarrollo y planes de apoyo surgidos del análisis profundo de las necesidades integrales de esa familia en su entorno vital y social; el rol de coordinación y seguimiento de los apoyos que se requieren para el cumplimiento de ese plan es esencial” (Tamarit, 2009).

#### **2.4.3. Enfoque Centrado en la Familia**

La mutua colaboración entre profesionales y las familias es una herramienta poderosa para satisfacer las necesidades que requieren las personas que presentan alguna discapacidad (Arellano y Peralta, 2015). Los autores señalan que los nuevos modelos de calidad de vida se centran en las necesidades, fortalezas y vivencias positivas de toda la familia, dejando de lado el interés por las necesidades individuales de la persona con discapacidad y los efectos negativos que ésta genera.

De acuerdo con Blacher et al., (2005), citador en Arellano y Peralta (2015), la definición del Enfoque Centrado en la Familia es un:

Paradigma de intervención formado por un conjunto de principios, valores y prácticas que otorga a las familias un papel esencial en la planificación, provisión y evaluación de los servicios para sus hijos con discapacidad y que, por tanto, respeta sus prioridades y decisiones. Sus objetivos son el

empoderamiento capacitación de las familias como contexto de apoyo y la mejora de la calidad de vida(p.121).

A partir de esta definición Arellano y Peralta (2015) señala que los rasgos de un enfoque centrado en la familia en adelante ECF son:

- A. Respeto a los valores, metas y creencias propias de la familia.
- B. Capacitación de las familias para la toma de decisiones.
- C. Consideración de la resiliencia familiar.
- D. Colaboración entre profesionales y familias.

En el marco de este enfoque, la familia es un elemento que se encuentra involucrado en el proceso participando en las decisiones de la planificación y provisión de apoyos. Tal como señala Arellano y Peralta (2015) el EFC pierde los lazos de dependencia con el profesional, puesto que la relación de colaboración entre familia y profesional se debe entender como “interacción de apoyo mutuo, que se centra en satisfacer las necesidades de la persona con discapacidad y de su familia y que se caracteriza por un sentido de competencia, compromiso, igualdad, comunicación y confianza” (Summers et al., 2005 citado por Arellano y Peralta, 2015).

Tal como se mencionó anteriormente, los autores Arellano y Peralta, (2010) indican que dentro de los objetivos del ECF se toma en cuenta el *empowerment*, considerando este concepto como meta y procedimiento principal de intervención, ya que en la medida que las familias tengan la percepción de control y tengan confianza en su capacidad para influir en los servicios que reciben y, por ende, en el desarrollo de sus hijos, son menos vulnerables a los resultados negativos y perciben de un modo positivo la calidad de vida familiar. Estos autores señalan que las familias al desarrollar la percepción de control podrán manejar mejor los inconvenientes relacionados con la discapacidad pudiendo elaborar, de esta

manera, una percepción más positiva de esta situación en sus vidas. De ahí que si las familias desarrollan la percepción de control, estarán en disposición de manejar mejor las dificultades asociadas a la discapacidad de su hijo y de elaborar significados más positivos de esta situación en sus vidas.

En conclusión, los autores Peralta y Arellano (2010), señalan que el ECF resalta las cualidades de la familia y los aspectos positivos identificando de esta manera las fuentes de apoyo de las que dispone. Cabe destacar que este enfoque se centra en que las familias sean cada vez más competentes, autosuficientes e independientes propiciando su autodeterminación y autonomía, mejorando de esta manera la calidad de vida del infante y el bienestar familiar.

En relación a estos últimos dos conceptos es necesario definirlos para tener más claridad al objetivo que apunta el ECF. En cuanto a la calidad de vida Urzúa y Caqueo (2012) entienden este concepto como definición global en donde “El nivel percibido de bienestar es derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida” (p.62).

Por otro lado, Dilia y Acosta (2011) define calidad de vida como “un motor de la actividad humana, que tiene amplias repercusiones sociales e individuales y pone en juego numerosos recursos económicos, técnicos, culturales, sociales y políticos que introducen una mayor complejidad social” (p. 210).

Finalmente la Organización Mundial de la Salud define Calidad de Vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes” (Vidal, Duffaut, y Ubilla, 2007).

Por consiguiente, debido a que la familia es un agente primordial en el desarrollo integral de los niños y niñas, es que esta debe contar con condiciones óptimas para poder cubrir las necesidades y así presentar un bienestar familiar. Llopis y Llopis, (2004), Señalan que este último concepto ha ido evolucionando desde concepciones estáticas hasta una significación más dinámica, en donde “el proceso constructivo cotidiano exige reajustes ante las situaciones cambiantes a las que se enfrenta la familia” (p.5). Es decir que, tal como indica el autor Cusinato (1992) en Llopis y Llopis, (2004) los miembros del grupo familiar se sienten satisfechos en la medida en que pueden construir de forma significativa el curso de su proceso relacional. Por otra parte García y cols., (1998) en Llopis, (2004) señalan que la familia se siente satisfecha cuando son capaces de poder enfrentar los conflictos que la interacción familiar padres-hijos les presenta y pueden solucionarlos.

De esta forma, la familia es el ambiente que de forma significativa impulsa el desarrollo de los niños, ya que la convivencia diaria permite que el niño aprende e integre costumbres y valores que se comparten dentro del núcleo familia. La familia supone para el hijo, el apoyo seguro donde experimentar e ir aprendiendo a ser persona. El apego y los vínculos emocionales padres e hijos son el elemento clave que asegure el bienestar psicológico y emocional del niño. Teniendo una base segura, el niño puede afrontar las situaciones nuevas que la vida le va a ir ofreciendo, construyendo su autoconcepto, sus propios principios éticos y su personalidad.

En definitiva, la familia es la base fundamental de la *socialización* de los niños, aunque no es exclusiva debido a que existen otros escenarios fundamentales en el aprendizaje, como el jardín infantil y la escuela, sin embargo, aunque todos ellos son importantes, *la familia es el único escenario permanente y seguro* que el niño va a disfrutar, los amigos varían, en la escuela cambian los

profesores y los compañeros pero, los padres sin embargo, permanecen y por ello, van a ser las *figuras de referencia* a lo largo de la vida del niño.

Por esta razón, debido a que la familia es el primer factor potenciador y facilitador en el desarrollo del niño es fundamental que este sea un agente activo dentro del proceso de implementación de la intervención, ya que el niño al presentar necesidades particulares a las cuales se le debe dar una respuesta pertinente a sus características y contexto, la familia debe involucrarse en la entrega de dichos apoyos que favorezcan el desarrollo y promuevan los recursos que se requieran en el proceso.

De este modo, las necesidades de apoyo de los niños deben ser atendidas de forma oportuna por los profesionales del centro y por las familias, ya que a través de su detección se lograra favorecer el desarrollo de los infantes y mejorar aspectos de su crecimiento físico y emocional.

## CAPITULO 5: NECESIDADES DE APOYO

### 2.5.1. Evolución del concepto

En los últimos 40 años, la conceptualización de discapacidad ha sufrido una serie de cambios, los cuales han sido construidos en función de la cultura; por tanto, analizar y estudiar estas construcciones es clave para comprender cómo se configuran las prácticas y los servicios que atienden a las personas con discapacidad, puesto que se originan modelos de servicios diferentes en concordancia con la cultura imperante, así como también se ha construido una nueva visión del rol que cumple la familia dentro del proceso de desarrollo y evolución de las personas (Turnbull, 2003 en Tamarit, 2005)

El concepto actual de discapacidad es entendido desde una perspectiva ecológica, la cual se encuentra determinada por la interacción del sujeto y su entorno (Schalock, 1999 en Thompson, et al. 2010), siendo definido en congruencia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), explicando la discapacidad como el resultado “de la interacción entre la persona con deficiencia y las barreras, debidas a las actitudes y el entorno que evitan la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” (p. 1). Generando implicancias con este cambio de paradigma y concepción, tanto en el ámbito educativo como en el área de los servicios a las personas con discapacidad, dentro de las cuales se evidencia una visión dinámica de la discapacidad, dejando de considerarla como estática, sino más bien entendiéndose de manera fluida, continua y cambiante, dependiendo de las limitaciones funcionales de la persona y la disposición de apoyos en el entorno. En gran parte esto se fundamenta en las nuevas corrientes filosóficas, que señalan que la esencia de la humanidad se encuentra en la interacción en una construcción desde el diálogo y la socialización (Tamarit, 2005).



Como consecuencia de este cambio, también se modifica el enfoque de trabajo, pasando de una mirada rehabilitadora a una centrada en los apoyos que la persona necesita. En este sentido, se asume que para reducir las limitaciones funcionales se requiere proveer servicios y apoyos, puesto que el funcionamiento humano mejora cuando la brecha de desajuste entre la persona y el entorno se reduce, además la evaluación de las prácticas desde esta mirada analiza el impacto de los apoyos y servicios en la reducción de las limitaciones de la persona (Schalock, 1999, en en Thompson, et al. 2010).

Por su parte Clavijo et al. (2005) aclaran que la definición actual de discapacidad intelectual propone cinco dimensiones del funcionamiento humano referidas a las Habilidades Intelectuales, Conducta Adaptativa, Salud, Participación, interacción y roles sociales y Contexto. Al abarcar el funcionamiento humano desde estas cinco dimensiones, se busca como objetivo principal mejorar los apoyos que le permitan un mejor funcionamiento individual en cada una de estas. Es por esto que se propone un modelo de apoyos, el cual permite identificar a las personas, no solo con aquello que les hace falta, sino también con “lo que han sido capaces de hacer en el pasado con lo que son capaces de hacer en el momento presente y con lo que podrán hacer en el futuro si le brindamos los apoyos adecuados” (p. 112).

De la misma forma, tal como mencionan Thompson et al. (2010) las personas con discapacidad intelectual o discapacidad del desarrollo, requieren apoyos de acuerdo a la necesidades que identifican para el desarrollo de las capacidades y de la autonomía.

En cuanto a esto último, es necesario precisar que se entiende por apoyo y necesidades de apoyo. Según Luckasson et al. (2002) en Thompson et al. (2010) hace referencia al concepto de apoyos cuando habla de “recursos y estrategias

cuyo objetivo es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual” (p.8-9). Y tal como menciona Martorell (1994), en Verdugo et al. (2007), los apoyos acompañan a la persona en su vida, siendo conscientes de sus capacidades y no considerando sus limitaciones, tomando en cuenta sus potencialidades y de esta forma ofrecerles oportunidades.

Por otra parte, con respecto al concepto de necesidades de apoyo este se entiende como “un constructo psicológico referido al modelo y la intensidad de los apoyos necesarios para que una persona participe en actividades relacionadas con el funcionamiento humano típico” (Thompson et al. 2010).

Por lo tanto, al conocer la evolución del concepto y sus cambios significativos a lo largo del tiempo, permitirá que al momento de entregar los apoyos se propicie el desarrollo óptimo de las habilidades para la vida diaria del sujeto, y así lograr desenvolverse de forma adecuada en los contextos más próximos.

### **2.5.2. Modelos de apoyo**

De acuerdo a John Donneen Jokinen, (2006) en Thompson et al, (2010) expresa que todo ser humano requiere de variados apoyos para funcionar diariamente. Lo único en que se diferencia es que se requieren en diferentes intensidades. Por otra parte, Thompson et al. (2010) habla del constructo de necesidades de apoyo, el cual se basa en el funcionamiento humano que está influido por el nivel de congruencia entre la capacidad de la persona con el entorno en que se espera que el ser humano funcione. A su vez los autores explicitan que se deben considerar los factores del funcionamiento humano, el perfil y la intensidad de la necesidad de apoyo para el caso en particular, teniendo como objetivo principal la mejora de este funcionamiento, para disminuir las barreras y mejorar la participación en la comunidad.

En lo que se refiere a las necesidades de apoyos globales, Thompson y colegas (2004) en Thompson et al. (2010) determinan que las necesidades de apoyo se identifican en base al input de la persona y de otros informantes, las cuales son entendidas de cuatro modos diferentes:

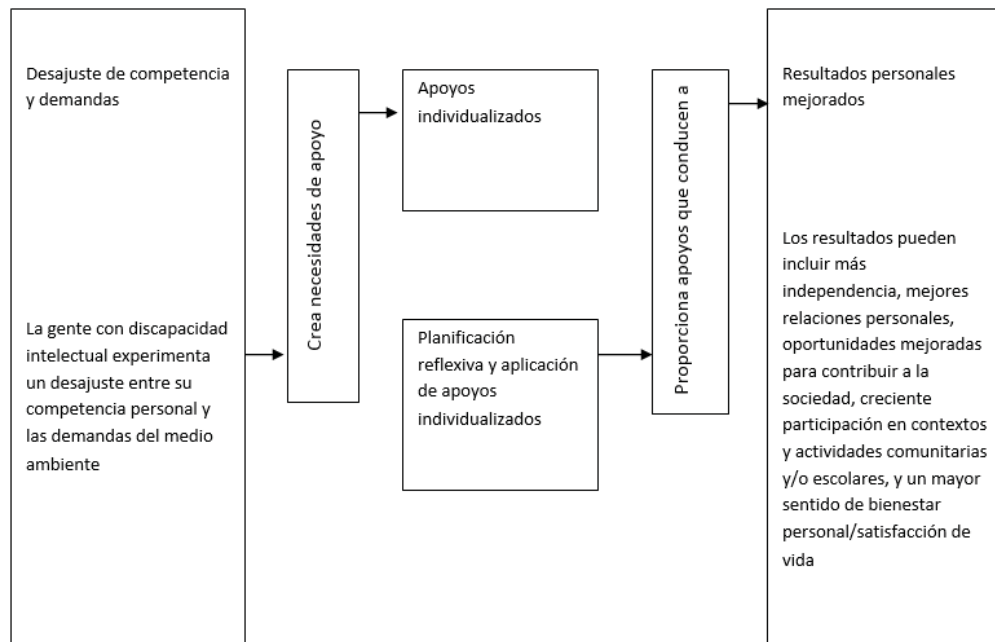
1. Necesidad normativa u objetiva: se refiere a aquella que un profesional, experto o científico del ámbito social define como necesidad en una situación dada a partir de una evaluación individualizada; así, un modelo profesional se determina en función de la situación actual de la persona.
2. Necesidad sentida: es aquella que la persona requiere o percibe como necesaria. Esta puede obtenerse preguntado directamente a la persona que lo necesita.
3. Necesidad o demanda expresada: es una necesidad sentida que se ha transformado en acción. Una necesidad expresada de apoyo puede ser una persona solicitando servicios.
4. Necesidad comparativa: se obtiene a partir del estudio de las características de una población que está recibiendo un servicio particular. Si hay personas con las mismas características que no están recibiendo el servicio, está en la necesidad de utilizar el servicio. (Bradshaw, 1972 en Van Bilze, 2007 citado por Thompson et al., 2010)

Thompson et al. (2010) señalan que las personas con discapacidad presentan “un desajuste entre la competencia personal y las demandas del entorno, el cual genera unas necesidades de apoyo que requieren unos determinados tipos e intensidades de apoyos individualizados” (p.11), tal como se observa en la Figura 2, en donde se explica el modelo de apoyos propuesto por el mismo autor. Los autores, a su vez, indican que estos apoyos individualizados se

basan en una planificación y aplicación reflexiva que conllevan a la mejora del funcionamiento humano. Por otra parte Thompson et al. (2010), plantean que este nuevo enfoque deja de centrarse en los déficit de las personas y apunta a un nuevo horizonte donde se reducen las discrepancias entre las competencias de las personas y las exigencias de su entorno para mejorar los resultados personales del individuo.

Los apoyos que requiere el individuo apuntan al mejoramiento del funcionamiento humano, de acuerdo con Gilbert (1978) en Thompson et al. (2010) plantean que “el funcionamiento humano es resultado de las interacciones entre el comportamiento de una persona y su entorno” (p.12), el cual se ve potenciado cuando la discrepancia persona-entorno se reduce y los resultados personales se ven optimizados.

Figura N°2: Modelo de apoyos.



Fuente: Thompson et al., (2010, p.11)

Por otra parte Verdugo (2003) indica que el modelo de apoyos “se basa en un enfoque ecológico para comprender la conducta, y se dirige a evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de la persona y los requerimientos y demandas que en ese sentido se necesitan para funcionar en un ambiente concreto” (p.10).

El proceso propuesto por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, en adelante AAIDD, en el año 2002 explicita que la evaluación de la discapacidad, está dirigida a identificar los apoyos que necesita la persona, estructurando los procesos de evaluación en tres funciones, las cuales son: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos (Verdugo, 2003). En relación a esto último, el mismo autor declara que la AAIDD elabora un perfil de necesidades de apoyo en base a nueve áreas las cuales son: Desarrollo Humano, Enseñanza y Educación, Vida en el Hogar, Vida en la Comunidad, Empleo, Salud y Seguridad, Conductual, Social y Protección y Defensa. Por otra parte, los autores Bermejo y Mañós (2010), definen estas áreas de la siguiente manera:

El área de Desarrollo Humano es la posibilidad de crecimiento personal a partir de la globalidad de otras áreas de apoyo definidas, además tiene en cuenta las habilidades relacionadas con el aseo, comida, vestido, higiene, y apariencia personal, es decir, las actividades básicas de la vida diaria. Por otro lado esta área también comprende el ocio como elemento de desarrollo personal.

Por su parte, García (2011) indica que las actividades relacionadas con estas áreas son el facilitar oportunidades de desarrollo físico (coordinación óculo-manual, habilidades de motor fino y grueso), cognitivo (coordinación de experiencias sensoriales, representación del mundo a través de la palabra e imágenes, razonamiento lógico en situaciones concretas y razonar de forma más

real y lógica) y socioemocional (confianza, autonomía, iniciativa, control e identidad)

En lo que se refiere al área de enseñanza y educación, ésta “incluye las capacidades académicas funcionales y cognitivas relacionadas con los aprendizajes escolares centrados en habilidades funcionales y niveles no académicos” (Bermejo y Mañós, 2010). Las actividades que se vinculan con esta área son el interactuar con monitores, profesores o compañeros, participar en el proceso de enseñanza y decisiones educativas, aprender y usar estrategias de solución de problemas, etc. (García, 2011).

El área de vida en el hogar se encuentra centrada en el “funcionamiento dentro del hogar, cuidado de la ropa, tareas de la casa, mantenimiento, preparación de comidas, planificación, etc. Que corresponden a las actividades instrumentales de la vida diaria” (Bermejo y Mañós, 2010). Las actividades a desarrollar en esta área según García, (2011) son el usar servicios y aseos, lavado y cuidado de la ropa, preparar y comer los alimentos, conservar y limpiar la casa, vestirse, utilizar el baño, mantener la higiene personal, saber ocupar aparatos electrodomésticos y participar en actividades de ocio dentro de la casa.

Con respecto al área de Vida en la Comunidad, Bermejo y Mañós (2010) mencionan que se encuentra dirigido al uso adecuado de los recursos comunitarios tales como, transportes, compras, entre otros, lo que corresponde a las actividades instrumentales de la vida diaria, así mismo como el comportamiento en la comunidad o adaptación a las normas de convivencia. Por su parte García, (2011) aclara que las actividades a desarrollar en ésta área son el poder utilizar el transporte, participar en actividades de recreo y ocio en la comunidad, usar los servicios de la comunidad, visitar a amigos y familiares, entre otros.

El área de Empleo hace referencia a las capacidades relacionadas con habilidades laborales específicas. (Bermejo y Mañós, 2010) Según García, (2011) indica que las actividades relacionadas con esta área serían el acceso a trabajos y tareas, aprender y utilizar habilidades específicas del trabajo e interactuar con compañeros de trabajo.

Por su parte el área de Salud y Seguridad se vincula con el mantenimiento de la salud, los hábitos alimentarios, consideraciones básicas de seguridad, entre otros (Bermejo y Mañós, 2010). En relación a las actividades a desarrollar García (2011) menciona que algunas serían el acceso y obtención de servicios terapéuticos, tomar medicación, evitar riesgos para la salud y seguridad, recibir tratamientos en casa, desplazarse de un sitio a otro, entre otras.

En cuanto al área Conductual Bermejo y Mañós (2010) aclaran que éstas son habilidades relacionadas con aprender, elegir, controlar impulsos, entre otros. Ésta área de apoyo propone desarrollar distintas capacidades tales como el aprender habilidades o conductas específicas, aprender o tomar decisiones apropiadas, acceso y obtención de tratamientos de salud mental, acceso y obtención de tratamientos por abusos de sustancias (García, 2011).

Bermejo y Mañós (2010) definen al área Social como un conjunto de habilidades de comunicación, relacionadas con intercambios sociales con otras personas. Las actividades relacionadas con ésta área son el de poder socializar dentro de la familia, participar en actividades de recreo y ocio, tomar decisiones sexuales adecuadas y socialización fuera de la familia. (García, 2011).

Finalmente en el área de apoyo de Protección y Defensa está relacionada con el cuidado personal, ya sea tanto a nivel material como emocional, según este último autor mencionado, las prácticas que se deben hacer en esta área son el

defenderse y defender a otros , manejar el dinero y economía personal, protegerse de la explotación, ejercer derechos y deberes legales.

Asimismo, Verdugo (2003) señala que la evaluación y planificación de los apoyos propuesto por la AAIDD se compone de los siguientes cuatro pasos

- Identificar las áreas relevantes de apoyo: entre las nueve mencionadas anteriormente.
- Identificar las actividades de apoyo relevantes para cada una de las áreas: considerando los intereses y preferencias de la persona, y con la probabilidad de participar en ellas por la persona y por el contexto.
- Valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo: de acuerdo con la frecuencia, duración y tipo de apoyo.
- Y finalmente escribir el plan individualizado de apoyos que refleje al individuo.

Para responder a las necesidades de apoyo que tienen los niños y sus familias durante el proceso de intervención, es necesario que logren tener acceso a los recursos que requieran según sus necesidades particulares. Considerando que la infancia es la etapa de desarrollo más compleja, puesto que es un período importante en la constitución del ser humano, donde se logran desarrollar competencias y habilidades para relacionarse con el mundo (Gobierno de Chile, 2010). Es fundamental que el Estado entregue distintos servicios que puedan brindar a las familias y a los niños las instancias de recibir la Atención y los recursos que necesita, ya que según Silva y Molina (2010), señalan que el Estado tiene un impacto sobre el desarrollo humano a través de la formulación de políticas y marcos institucionales que se aplican a la ciudadanía. Es por esto que



en el artículo 13, de la ley N° 20.379 menciona que las familias pueden tener acceso preferente a la oferta de servicios públicos de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, a través de distintos programas (Ministerio de Planificación, 2009).

De esta forma, es fundamental que exista un sistema de salud que entregue las herramientas necesarias, tanto a los profesionales como a las familias de los niños, para que a través de estas se logre atender de forma inmediata y pertinente a las necesidades y dificultades que puedan presentar durante su desarrollo los niños, principalmente en los primeros años de vida, donde los niños y niñas son completamente dependientes de otros, para atender a sus necesidades básicas y las particulares de cada individuo.

Por otro lado, además de responder a las necesidades de apoyo que puedan presentar los infantes, es importante que sus familias también tengan la posibilidad de recibir la ayuda y el apoyo necesario durante el proceso, ya que para poder lograr avances significativos que impacten y favorezcan el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños sus familias requieren también de estar en las condiciones, físicas y socioemocionales, adecuadas para poder llevar a cabo el proceso de la mejor manera posible.

Finalmente, si el niño(a) recibe los apoyos adecuados según sus necesidades particulares que presenten, tanto los niños como sus familias y los profesionales que los atienden, se contribuirá en lograr un bienestar general que permitirá mejorar las condiciones de vida del niño principalmente, a través de una atención temprana que se ajuste a sus características y la realidad de las personas involucradas.

### **III. MARCO METODOLÓGICO**

### 3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

El presente estudio se realiza bajo un enfoque cualitativo, el cual sostiene que el mundo social está constituido de significados y símbolos, siendo la intersubjetividad una pieza de la investigación cualitativa y el punto de partida para captar de forma reflexiva los significados sociales que al ser compartidos de manera intersubjetiva forman la realidad social. Presentándose de esta forma la intersubjetividad como un factor central de la investigación de corte cualitativo en vistas a entender los significados sociales. (Jiménez-Domínguez, 2000. Citado por Salgado, 2007).

Conforme a lo anterior, y tal como señala Martínez (2011), a través de la investigación cualitativa se pueden desarrollar procesos en términos descriptivos e interpretar acciones, lenguajes y hechos funcionalmente relevantes para situarlos en una correlación con el más amplio contexto social. De esta forma, se puede lograr “la comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación estudiada tal y como es presentada por los sujetos.” (Martínez, 2011).

En cuanto a las características de este tipo de investigación, Martín (1995) señala que su subjetividad es una de las principales características, puesto que los datos analizados proceden de la propia experiencia y manera de cómo perciben los sujetos la realidad en la que se encuentran situados. Además, también se caracteriza por ser holista, puesto que persigue una visión integral en conjunto a los fenómenos investigados. Y finalmente, se destaca por ser inductiva, ya que busca establecer la regularidad a partir de un hecho determinado, evitando las generalizaciones que implica la transferencia de la información obtenida.

Por otro lado, Ruiz (2012) agrega otras características al diseño de carácter cualitativo. En primer término, su flexibilidad, supone una toma de decisiones que, se sabe y se acepta de antemano, deberán ser alteradas a lo largo de la investigación. De ello se desprende la provisionalidad de la toma de decisiones,

siendo esta una segunda característica, ya que dichas decisiones deben ser guiadas por conocimiento teórico y práctico, a través de “la consulta bibliográfica derivado de investigaciones ya existentes, o bien, por sentido común.” (Ruiz, 2012). Asimismo, se sostiene que unido a la visión holista planteada anteriormente, se encuentra la proximidad como un requisito indispensable del diseño, ya que al insertar el objeto de estudio dentro de un contexto determinado, la investigación no puede perder el contacto con la realidad inmediata en la que está inmersa.

El diseño de la investigación es estudio de caso siendo este definido por Rodríguez (2011) como “una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad; que es visto y analizado como una entidad” (p.30). Este diseño pretende captar aspectos subjetivos como los objetivos de la sociedad y toma en cuenta un mundo externo aunque no exista una única verdad sobre este. A partir de este diseño la investigación de tipo cualitativa puede elaborar explicaciones entre fenómenos y procesos en términos causales, referidos a un contexto específico y expresado de forma narrativa (Vasilachis de Gialdino, 2006). De igual forma, Stake (2007), citado por Álvarez y San Fabián (2012), menciona que el estudio utiliza una modalidad colectiva, el cual se preocupa de estudiar un conjunto de casos, que juegan un papel secundario o son instrumentos, ya que la finalidad de este es la comprensión en profundidad de la temática específica.

Esta investigación tiene como finalidad conocer las necesidades de apoyo que presentan dos de los actores principales de la AT: familia y profesionales, utilizando como marco conceptual el modelo de apoyos propuesto por la AAIDD (2010).

Por otro lado, este diseño posibilita interpretar los relatos de los sujetos de estudio, comprender las situaciones narradas a partir del contexto propio en el que

están situadas y extraer, a partir de ello, conclusiones atingentes al logro de los objetivos planteados en esta investigación.

Por todo lo anterior es que en el presente estudio empírico pretende responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las necesidades de apoyo que tienen familias y profesionales que atienden a los niños y niñas de 3 a 24 meses de edad que reciben Atención Temprana en el centro CESFAM de la comuna de Concón?
- ¿Cuáles son las diferencias y similitudes que se detectan de las necesidades de apoyo que presentan familias y profesionales que atienden a los niños y niñas de 3 a 24 meses de edad que reciben Atención Temprana en el centro CESFAM de la comuna de Concón?

De esta forma, al conocer las necesidades de apoyo expresadas por las familias y profesionales que asisten y trabajan en conjunto en la Atención Temprana de los niños y niñas, de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón, permitirá en primer lugar comprender una realidad que hasta el momento ha sido poco estudiada e investigada y además dar lineamientos para un funcionamiento óptimo de las salas de estimulación temprana creadas por el Programa Chile Crece Contigo en el año 2006 tomando en cuenta el concepto actual de AT.

## **3.2. METODO**

### **3.2.1. Recolección de datos**

La recopilación de la información se realiza a través de la entrevista semiestructurada, ya que es la adecuada para la investigación cualitativa y para el

método análisis de caso colectivo. Se define según Munarriz (1992), como un instrumento necesario para “recoger la información más delicada”(p.113). A su vez la autora, menciona que es una conversación presencial, donde el investigador realiza una serie de preguntas, que se da inicio desde las interrogantes aparecidas en el transcurso de los análisis y a partir de las respuestas del entrevistado puedan surgir nuevas preguntas para así clarificar los temas planteados. Ante esto, la entrevista semiestructurada es definida, según Ardévol, Bertrán, Callén y Pérez (2003) como una entrevista abierta, en donde se le otorga el espacio suficiente a los entrevistados para crear y emitir su propio discurso. Es así que, en cada instancia en que se realiza una entrevista semiestructurada, el investigador cuenta con una lista de preguntas que “sirve para tener en cuenta todos los temas que son relevantes y por tanto, sobre los que tenemos que indagar” (Munarriz, 1992). Ante esto, Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013), manifiestan que este tipo de entrevistas posibilita el efectuar un proceso flexible, debido a que las preguntas planteadas en un inicio pueden ser ajustadas, según sea el caso y los entrevistados.

Cabe destacar que cada una de las preguntas integradas en las entrevistas, se encuentran basadas en las áreas de las Necesidades de Apoyo. Para esto, se crean dos tipos de entrevistas, dirigidas a las familias y profesionales, y así abarcar ambas percepciones. Si bien, las áreas de las Necesidades de Apoyo son 9: Desarrollo humano, Enseñanza y educación, Vida en el hogar, Vida en comunidad, Salud y seguridad, Conductual, Social, Protección y defensa Empleo, para la investigación se excluye el área de Empleo, debido a que esta no es observable en la realidad que se estudia.

Al finalizar el proceso de confección del instrumento, las entrevistas semiestructuradas son entregadas a tres expertos: dos educadoras diferenciales con conocimientos y experiencias en AT y un metodólogo. Posteriormente, al recibir las apreciaciones de los expertos estas fueron incluidas para llevar a cabo la aplicación de estas.

### 3.2.2. Contexto y grupo de estudio

Esta investigación se centra en las familias y profesionales que atienden a niños y niñas, entre 2 a 24 meses de edad los días jueves y viernes, durante dos horas en la sala de estimulación, ubicada en la comuna de Concón, Viña del Mar. Esta sala es dependencia del CESFAM, y su directora subrogante es la señora Ruth San Martín.

La sala cuenta con la contratación de dos educadoras de párvulos y una kinesióloga. En primer lugar, la educadora de párvulos, es la encargada de la sala de estimulación, la cual se dedica a la evaluación e intervención de los niños y niñas. Esto lo realiza junto a la segunda educadora de párvulos, que también se encarga de atender a otro grupo de infantes. Por otro lado, la kinesióloga, se dedica a evaluar e intervenir según su especialidad. Cabe destacar que todos los profesionales mencionados anteriormente, se encargan de diseñar y monitorear el plan de estimulación de los niños(as) pertenecientes al centro. Además de contar con material de apoyo para estimulación sensoriomotriz y motriz.

Los participantes de las entrevistas semiestructuradas que den su consentimiento informado deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

Primer grupo: Familia.

- La familia debe haber concurrido con sus hijos a la sala de estimulación al menos 1 mes.

Segundo grupo: Profesionales

- Los profesionales deben llevar al menos 3 meses trabajando en la sala de estimulación.

Ante este criterio se cuenta con los siguientes participantes del primer grupo:  
Familia.

- G. S. – 21 años (madre de I. G., 11 meses)
- K. L. – 19 años (madre de B. F., 11 meses)
- C. A. – 28 años (madre de A. U., 3 meses)
- J. L. – 34 años (madre de D., 3 meses)
- K. C.- 29 años (madre de D. Z., 1 año)
- K. A. – 22 años (madre de M., 2 meses y medio)
- M. J.- 21 años (madre de M. J., 5 meses)
- E. P. – 34 años (madre de E. O., 1 año y 2 meses)
- O. F. – 46 años (madre de G. M., 1 año y 8 meses)

Ante este criterio se cuenta con los siguientes participantes del segundo grupo: Profesionales.

- C. D. – 35 años. Educadora de Párvulo
- C. Z. – 39 años. Educadora de Párvulo.
- P. G. – 34 años. Kinesióloga.

Si bien la sala no cuenta con un número exacto y constante de personas asistentes, generalmente son evaluados 20 niños y niñas por grupo, aproximadamente.



Según lo relatado por la educadora de párvulos a cargo de la sala de estimulación esta se caracteriza por realizar un trabajo colaborativo entre diversos profesionales y padres, pues estos últimos son asistentes y participantes de cada evaluación y actividad.

Cabe decir que la mayoría de los niños y niñas de la sala presentan factores de riesgo psicosocial y retraso en algún área de su desarrollo, por lo que son derivados constantemente por la Enfermera del CESFAM para afianzar habilidades y principalmente lograr la prevención. La Educadora de Párvulos, junto con el equipo de trabajo, realiza de 3 a 6 intervenciones como mínimo por niño, o hasta que los objetivos propuestos sean alcanzados, y al finalizar las sesiones es derivado para una reevaluación, ya sea con los encargados de la sala o la enfermera.

El centro se enmarca en el programa Chile Crece Contigo, el cual es un “Sistema de Protección Integral a la Infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: a cada quien según sus necesidades”(Gobierno de Chile, 2011).

### **3.2.3. Modos posibles de mostrar la información recolectada para facilitar su análisis.**

Hoy en día existe una gran diversidad de programas relacionados a los análisis cualitativos, los que facilitan información relevante en el proceso de investigación. Estos no reemplazan el análisis propio del investigador, sino que facilitan y enriquecen la tarea.

Ante esto, en cuanto al mecanismo a utilizar para la realización de análisis de datos cualitativos, se utiliza en la presente investigación el programa asistido por computadora, ATLAS TI, el cual fue creado en la Universidad Técnica de Berlín, por Thomas Muhr en el año 1993.

El objetivo de este programa, según Hernández, Fernández y Baptista (2010), es “segmentar datos en unidades de significado; codificar datos (en ambos planos) y construir teoría (relacionar conceptos y categorías y temas)” (p. 470), lo que le permite al investigador integrar los primeros datos, ya sean textos, audios, fotografías, entre otros, para que así el programa los codifique con reglas ya preestablecidas por parte del experto en el software.

Por otro lado, Hernández, Fernández y Baptista (2010) también afirman que ATLAS TI permite visualizar en la pantalla todos los datos recopilados o un documento, más la codificación de la información que va surgiendo tras el análisis. De igual forma, permite realizar conteos y visualiza la relación que el investigador establece entre las unidades, categorías, temas, memos y documentos primarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), brindando de esta forma diferentes perspectivas de lo analizado. De esta forma, este programa posibilita incorporar toda la información recabada en la investigación, logrando así analizar de forma visual los datos y documentos, lo que favorece la labor del investigador.

#### **3.2.4. Procedimiento**

Para llevar a cabo la presente investigación, se establecen previamente una serie de fases, cada una de ellas con metas específicas, con el fin de efectuar un proceso de investigación exitoso:

En la primera fase el grupo tesista instaura como objetivo buscar una sala de estimulación temprana dentro de la región de Valparaíso, para así establecer un contacto y comenzar la investigación. Tras una larga búsqueda, se ubica la Sala de Estimulación de Concón, dependencia de CESFAM, donde se prosigue a efectuar el contacto de forma directa por parte de una de las alumnas tesista, la cual asistió a una reunión con la Educadora de Párvulo encargada de la sala, Claudia Donoso, en donde se da a conocer el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, permitiendo así llegar a un acuerdo con los profesionales a cargo, el cual consistió en poder realizar la investigación, siempre y cuando el trabajo a realizar fuese en beneficio para ambas partes, ya sea para el grupo tesista y para la Sala de Estimulación Temprana.

En una segunda instancia, asiste el grupo tesista a la Sala de Estimulación de Concón, con el motivo de dar a conocer los objetivos de la investigación a los demás profesionales y las familias, y por otra parte poder identificar las características físicas del lugar. Esto permite establecer el primer vínculo entre investigadores y sujetos a investigar, pre estableciendo desde un comienzo un ambiente grato, confiable y amigable en pos de la investigación.

Ante esto, se prosigue a la segunda fase de “Elaboración e implementación”, en donde se comienza la creación de entrevistas de tipo semiestructurada las cuales fueron validadas por tres expertos. Posteriormente se visita la Sala de Estimulación de Concón entre diciembre del año 2015, y marzo del año 2016. En este intervalo de tiempo se entrevistaron tanto a profesionales y padres, requiriendo en estos últimos, cumplir con los criterios anteriormente mencionados para ser partícipe de la presente investigación.

En todas las sesiones de terreno, se intenciona que al inicio las estudiantes tesistas se presenten para generar una instancia de interacción con padres y profesionales, y así comentar cuál es el motivo de su asistencia al lugar de forma

general. Esto da pie para acercarse a la comunidad, establecer vínculos, participar, observar y conocer directamente la realidad de cada familia.

En cada una de las sesiones asistidas, se coordina con la Educadora de Párvulos antes de comenzar las entrevistas. Esto con el motivo de identificar a los padres que cumplan con los requisitos de las 3 sesiones de intervención. Luego, se les pregunta directamente a los padres si desean participar de la investigación, y si su respuesta es afirmativa, se les invita a salir de la sala para realizar la entrevista.

Antes de proseguir con las preguntas, se les da a conocer a cada padre un documento, el cual corresponde a un “Consentimiento”. Este, deja en claro que el procedimiento a llevar a cabo es efectuado por voluntad propia del entrevistado, y que toda la información a recabar será utilizada sólo con fines investigativos. Si este Consentimiento es aceptado y firmado, se prosigue con la entrevista.

En lo que respecta a las entrevistas de los profesionales, se coordina exclusivamente con estos, ya sea para establecer fechas y hora, llevando a cabo el mismo procedimiento realizado con los padres.

Finalmente, se efectúa la tercera fase, de análisis, en donde se contrastan las necesidades de apoyo que fueron expresadas por las familias y profesionales, a través de un análisis teórico y empírico mediante el modelo de apoyo de la AAIDD (2010).

### **3.2.5. Metodología para el análisis**

El análisis de la información obtenida a través de las entrevistas semiestructuradas realizadas a familias y profesionales del Centro de Atención Temprana, de la comuna de Concón, se realiza a través del análisis de contenido.

Este método, según Cáceres (2003) permite un “análisis de comunicaciones comprensible y alcanzable, pero que conserva en alto grado de rigor y la sistematización” (p.57).

Para realizar este análisis realizan los siguientes pasos:

Paso 1: Selección del objetivo de análisis dentro de un modelo de comunicación.

En esta primera instancia, se precisa que ante cualquier contenido que debe ser analizado, antes de comenzar el proceso se debe definir la postura teórica. (Cáceres, 2003)

Este paso se llevará cabo considerando las teorías que se desarrollaron en el marco teórico, referidas al Modelo de Apoyo propuesto por la AAIDD (2010).

Paso 2: El desarrollo del preanálisis

En este segundo proceso, “es el primer intento de organización de la información propiamente tal.” (Cáceres, 2003), este paso tiene tres objetivos: en primer lugar es recolectar documentos, posteriormente se deben exponer las guías de trabajo de análisis y finalmente, se debe establecer indicadores que den a conocer los temas presentes en el material analizado (Bardín, 1996 en Cáceres 2003).

En esta segunda instancia, se realizan las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas de los padres y profesionales y luego se realiza la identificación de los indicadores de análisis

Paso 3: Definición de las unidades de análisis.

En el tercer paso se establecen las unidades de análisis, los que corresponden a fragmentos de contenidos los que darán paso a la elaboración del análisis (Cáceres, 2003). Estas unidades de análisis “representan los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados e individualizados para

posteriormente categorizarlos, relacionarlos y establecer inferencias a partir de ellos.” (Hernández, 1994, en Cáceres, 2003). Dichas unidades de análisis serán las expresiones tanto de las familias como de los profesionales mediante las entrevistas realizadas a ambos actores.

#### Paso 4: Establecimiento de reglas de análisis y códigos de clasificación

En el desarrollo del cuarto paso se establecen las reglas para el análisis y los códigos de clasificación.

Los códigos que se utilizan para el análisis corresponden al modelo discutido en el marco teórico de esta investigación. Cada código es definido operativamente para garantizar la concordancia en la comprensión de estos y facilitar el proceso de codificación. (Anexo 1).

#### Paso 5: Desarrollo de categorías

El quinto paso es el desarrollo de categorías, y consiste en que el investigador va estableciendo significados a los segmentos, y por otra parte, va descubriendo categorías a las cuales les asigna un código.

Una vez que todas las unidades se encuentran categorizadas, se lleva a cabo una revisión de los datos, con el objetivo de verificar si se logra percibir el significado que quieren transmitir los participantes de esta investigación (Hernández, 2010).

La categoría corresponde a los apoyos propuestos por la AAIDD (2010).

#### Paso 6: Integración final de los hallazgos

Para finalizar, en el sexto paso se lleva a cabo la integración final de los hallazgos, el cual consiste en hacer coincidir todo el desarrollo analítico que se expuso anteriormente.

Una vez listas las categorías, se debe describir e interpretar su significado, realizando un proceso de comparación en base a sus similitudes y diferencias, y considerando los vínculos entre estas.

En base a la selección de las temáticas y relaciones establecidas entre las categorías se interpretan los resultados, se entiende el fenómeno de estudio y se genera finalmente la teoría (Hernández, 2010).

En esta investigación en particular, se realiza una identificación y análisis de las expresiones de ambos grupos estudiados: familias y profesionales, con el objetivo de conocer su percepción en relación a la categoría establecida por el grupo de investigadores: Necesidades de Apoyo, lo cual permite a la vez identificar las semejanzas y diferencias que manifiestan ambos grupos.

#### **IV. RESULTADOS**



Los resultados de la investigación se organizan de la siguiente forma:

En una primera instancia se dan a conocer las necesidades de apoyo que expresan tanto familias como profesionales, y las similitudes encontradas.

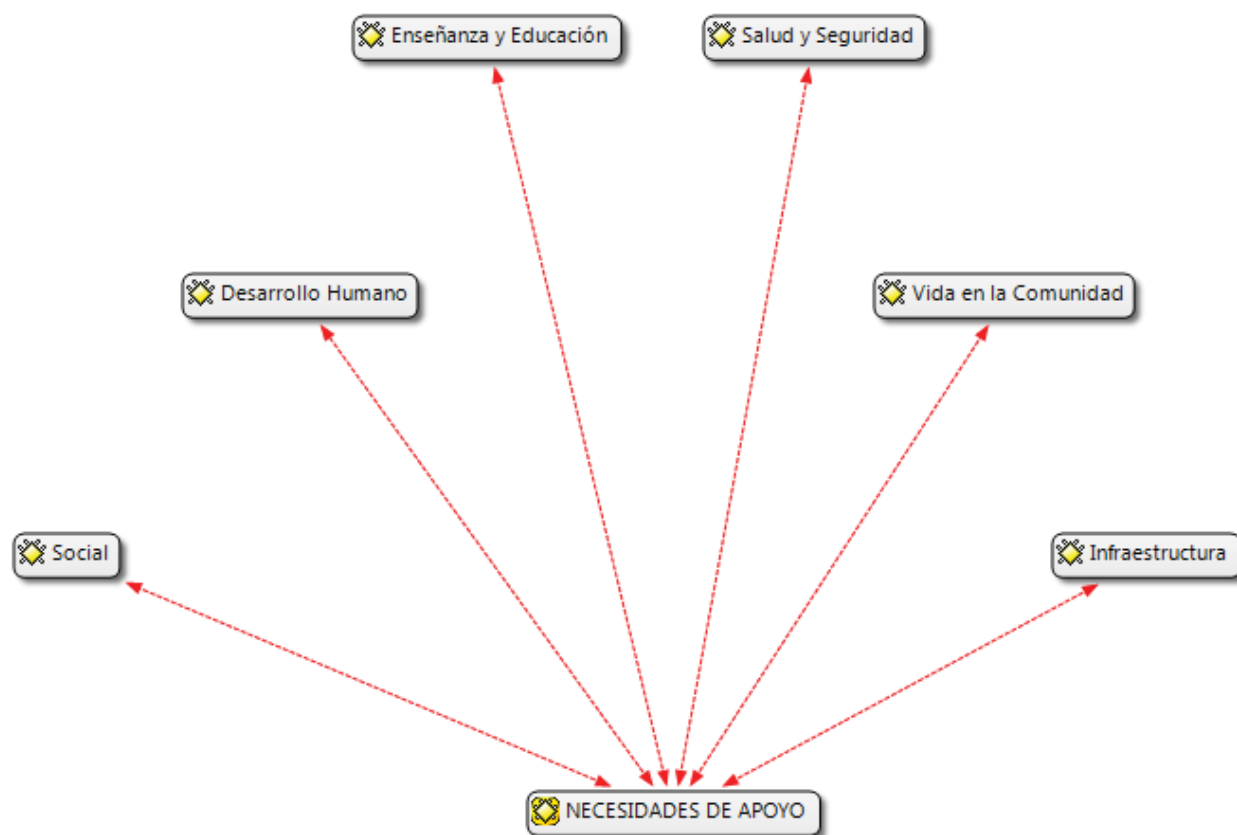
En segunda instancia, surgen desde ambos actores la coexistencia de apoyos, y a su vez se hace mención a las similitudes tras lo manifestado por estos.

#### **4.1. Necesidades de apoyo**

Con el fin de poder dar respuesta al primer objetivo de la presente investigación, el cual es **“Describir las necesidades de apoyos de las familias de niños y niñas que reciben Atención Temprana, de 3 a 24 meses de edad, del centro CESFAM de la comuna de Concón”**, se realizaron entrevistas semiestructuradas (Anexo 2) ante las cuales se desprenden los siguientes resultados:

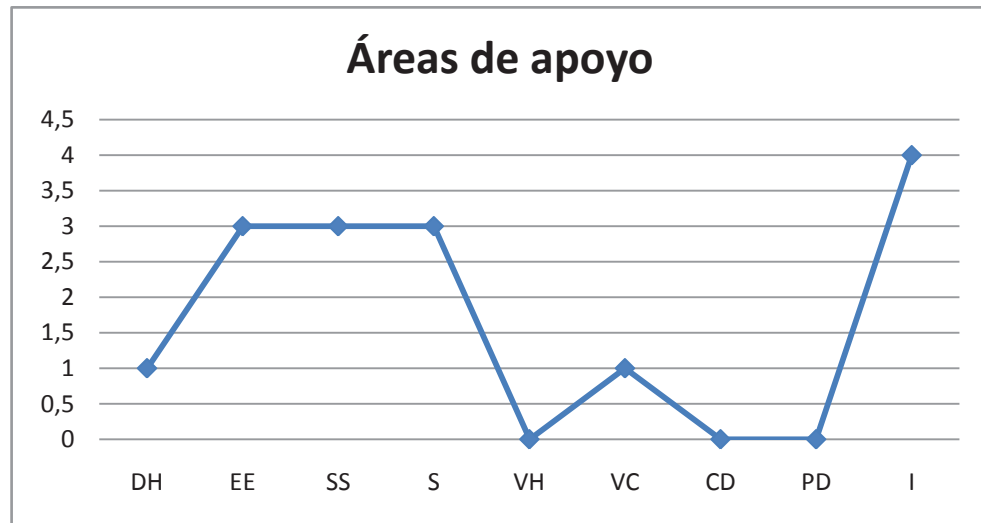
Las familias que asisten a la sala de estimulación, según su propia percepción, presentan necesidades de apoyo las cuales abarcan las dimensiones de apoyo propuestas por la AAIDD (2010) de Enseñanza y Educación, Social, Desarrollo Humano, Vida en comunidad, y Salud y Seguridad. Además, surge un código emergente, el cual se clasifica como dimensión de infraestructura, el cual presenta la mayor frecuencia. Por otro lado, no se mencionan las dimensiones correspondientes a Vida en el Hogar, Protección y Defensa; y Conductual de las dimensiones de apoyo propuesto por la AAIDD (2010). (Véase en figura 3).

.Figura 3. Modelo de Necesidades de Apoyo percibidas por las familias



Con la finalidad de poder analizar la información con mayor profundidad, se presenta un análisis cuantitativo sistematizando la frecuencia de la información con la cual se presentan las respuestas obtenidas por las familias, haciendo posible visualizar que las dimensiones mencionadas con mayor frecuencia aluden a Enseñanza y Educación, Social; Salud y Seguridad e Infraestructura. (Véase en figura 4).

**Figura 4.** Frecuencia de mención de las necesidades de apoyo percibidas por las familias.



Nota: DH= Desarrollo Humano; EE= Enseñanza y Educación; SS= Salud y Seguridad; S= Social; VH= Vida en el Hogar; VC= Vida en la Comunidad; CD= Conductual; PD= Protección y defensa; I= Infraestructura.

De esta forma tal como se observa, el énfasis se encuentra en el código de carácter emergente, infraestructura, el cual se refiere al espacio físico de la sala de estimulación, siendo esto reflejado en expresiones como “hace falta un poquito más de espacio, generalmente cuando llegan muchas familias, están muy amontonadas las guagüitas, muy juntas y no tienen mucho espacio.”. Apoyándose esta necesidad por las siguientes citas “...como un espacio más amplio, ya que, por ejemplo, hoy día vinimos muchas mamás con muchos bebés, entonces estábamos muy apretaditas”, también en la expresión “Que la sala sea más grande y que tenga más diversión para ellos.”, “que agrandaran la sala, que fuera un espacio más amplio. Porque se necesita, aquí atienden a varios niños.”

Por otro lado, la dimensión Social, se manifiesta en las expresiones referidas en primer lugar a cómo interactúan entre los padres “se necesitan instancias para comentar, o sea, plantear el caso que pasa en la casa, para que todos podamos escuchar las experiencias de otros padres, que todos estemos más conectados, porque de repente el mismo apoderado te puede aclarar alguna duda...”. También esta necesidad se manifiesta en que sus hijos compartan instancias de socialización “le hace falta salir más.”, y también en “quizás deba acercarse más a las personas.”. Además, algunas familias expresan la necesidad de que asistan a la sala de estimulación niños con el mismo rango etario de sus hijos, con la finalidad de que aprendan entre ellos a través del juego y la observación, lo cual es manifestado con la expresión “deberían venir más niños grandes, así como de la edad de ella, yo creo, para que vea también a los niños, lo que hacen y todo eso.”

Por otra parte, está la dimensión de Vida en la Comunidad, la cual nace de la necesidad de compartir la existencia de la sala de estimulación en diferentes espacios de la comunidad, y de sus beneficios para que otras familias puedan acceder a sus apoyos, lo cual es manifestado con la expresión “es importante que otras mamás sepan también que está la sala, por ejemplo, a mí no me derivaron y no sabía tampoco que estaba la sala, otra persona me dijo, entonces tal vez otras mamás también quieren venir y no saben que existe”.

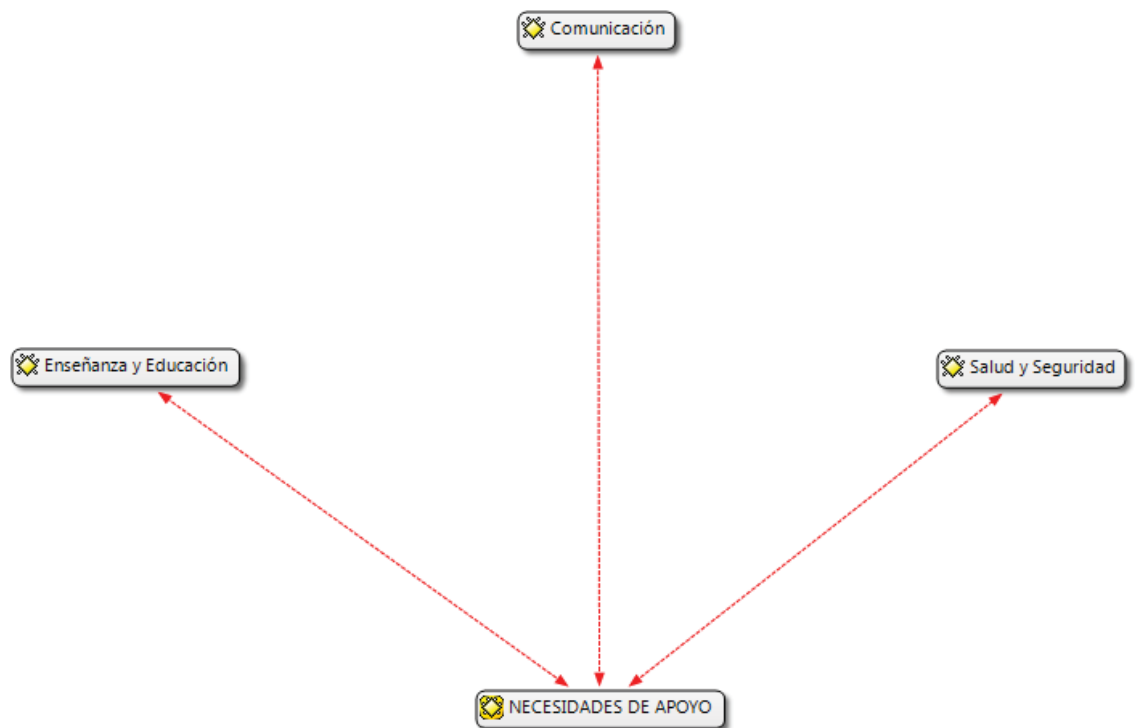
Otra dimensión que perciben y manifiestan las familias es la de Desarrollo Humano, la cual surge de las necesidades de que los niños logren adquirir el lenguaje, la que se ve reflejada al decir “me gustaría que aprenda a hablar, ya que él indica bien las cosas que quiere, yo lo dejo que tenga su espacio, que explore. Cuando toca algo que no corresponde lo corrijo, pero es lo básico.”

Por último, cabe destacar que las familias no mencionan las dimensiones de Vida en el Hogar, Conductual y Protección y Defensa.

Con el fin de poder dar respuesta al segundo objetivo de la presente investigación “**Describir las necesidades de apoyos de los profesionales que atiende a los niños y niñas que reciben Atención Temprana, de 3 a 24 meses de edad, del centro CESFAM de la comuna de Concón**” se realizó una entrevista semiestructurada (Anexo 3) de la cual se desprenden los siguientes resultados:

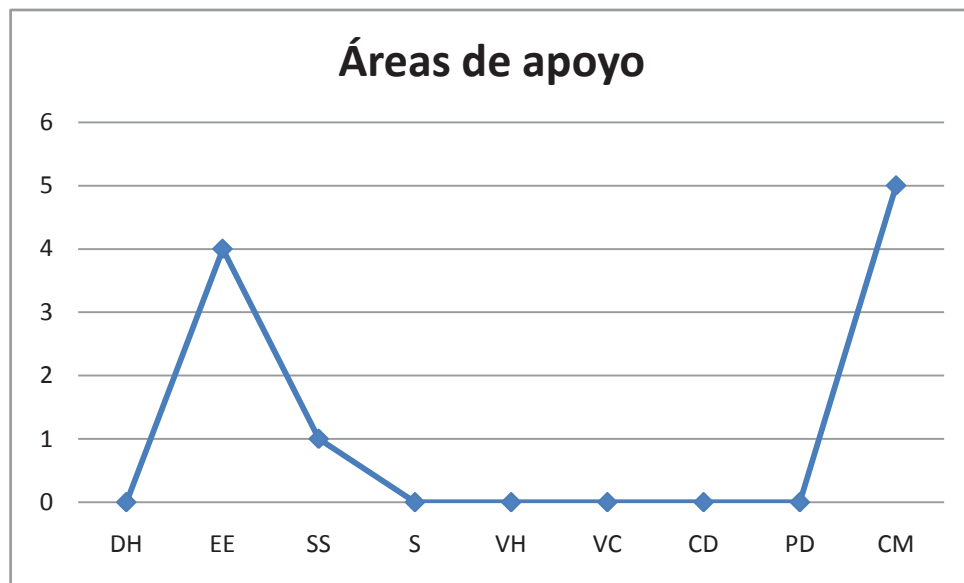
Los profesionales del centro que asisten a la sala de estimulación, presentan necesidades de apoyo en las dimensiones de Enseñanza y Educación y en Salud y Seguridad. De igual forma, surge un código emergente, el cual hace referencia a Comunicación. No obstante, no se hace alusión a Desarrollo Humano, Vida en el Hogar, Vida en Comunidad, Conductual, Social y Protección y Defensa de las dimensiones de apoyo propuesto por la AAIDD (2010) (Véase en figura 5)

**Figura 5.** Modelo de Necesidades de Apoyo percibidas por los profesionales.



Atendiendo a un análisis de carácter cuantitativo, con el fin de sistematizar la frecuencia de la información de las respuestas obtenidas por los profesionales, es posible visualizar que las dimensiones con mayor frecuencia son las de Enseñanza y Educación, y Comunicación. (Véase en figura 6).

**Figura 6.** Frecuencia de mención de las Necesidades de Apoyo percibidas por los profesionales.



Nota: DH= Desarrollo Humano; EE= Enseñanza y Educación; SS= Salud y Seguridad; S= Social; VH= Vida en el Hogar; VC= Vida en Comunidad; CD= conductual; PD= Protección y defensa; CM= Comunicación

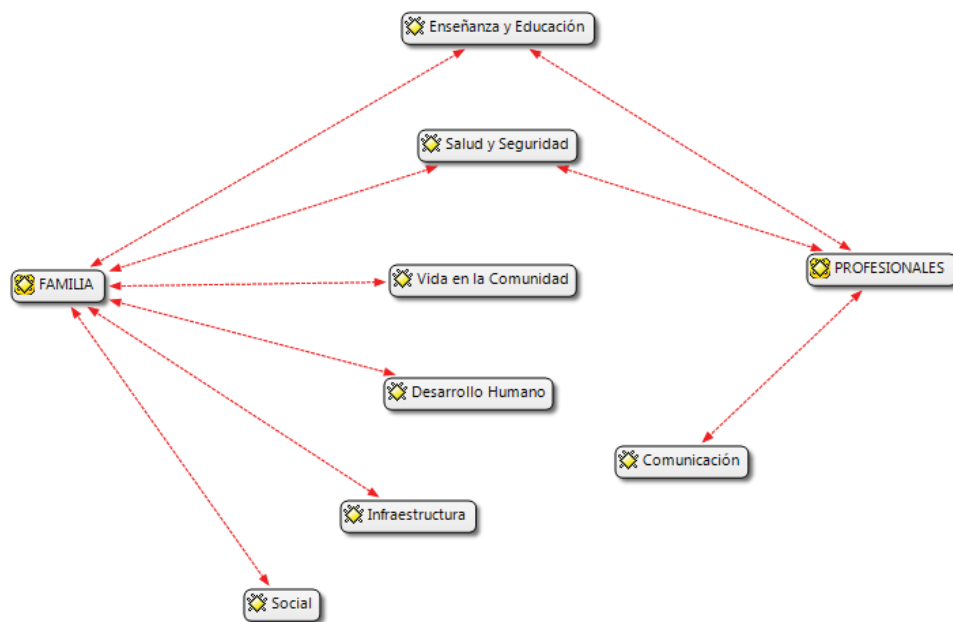
La dimensión que presenta mayor énfasis, es la dimensión emergente de Comunicación, en donde se evidencia la falta de conexión y comunicación entre los profesionales del área de la salud que derivan a los niños y niñas a la sala de estimulación, y los profesionales que trabajan en el centro, ya que tal como mencionan los profesionales que “esas redes se mantienen como que, se mantienen con el conducto regular y muy sectoriales, como que el municipio y Salud Mmmm... entonces no hay esta conexión directa”, ya que “hemos solicitado, pero no creo que nos llegue un informe”, también se menciona que “a mí no me

retroalimentan cómo va el niño”, debido a que “si uno no tiene contactos no hay como hacer un seguimiento”. Por consiguiente, a través del discurso emanado por los profesionales, surge la necesidad de “tener más comunicación, eh, directa, con, con el nivel secundario” como también “sería súper bueno en el fondo poder trabajar como en equipo en ese sentido, porque nosotros trabajamos en equipo acá, pero em, como nos enteramos de la evaluación del neurólogo del Fricke, muchas veces porque la mamá nos cuenta cómo les fue”.

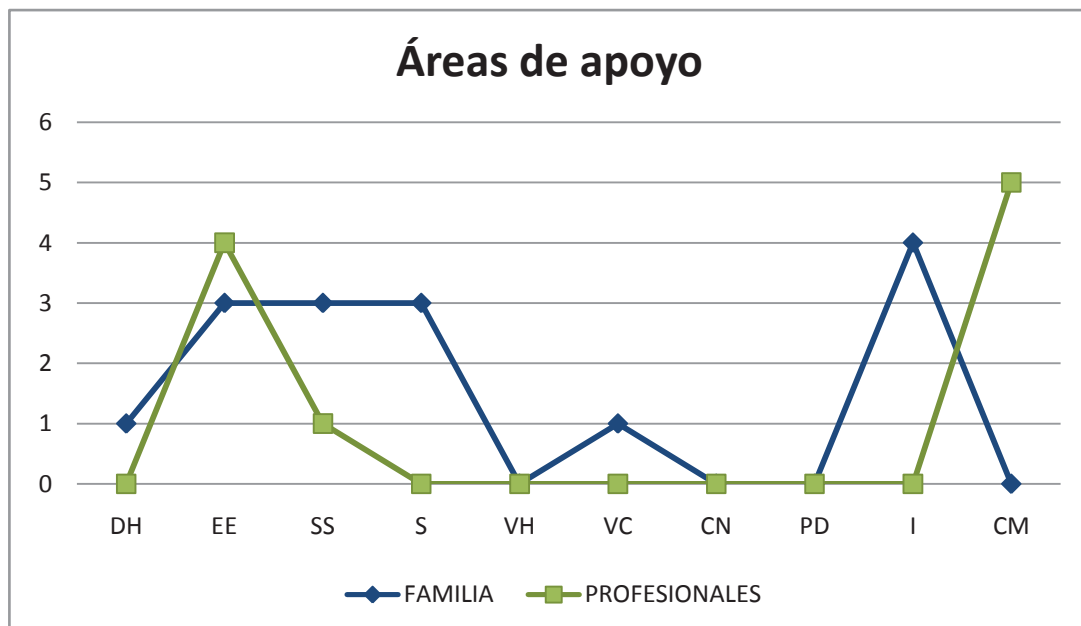
Por otra parte, cabe destacar que no se hace mención, por parte de los profesionales, las dimensiones de Desarrollo Humano, Vida en el Hogar, Protección y defensa, Social, Vida en comunidad y Conductual.

Por último, para dar respuesta al tercer objetivo **“Comparar las necesidades de apoyos que identifican las familias con las que identifican los profesionales que atienden a niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón”**, presentamos la relación que se genera través de las respuestas entregadas tanto por las familias como los profesionales que atienden en la sala de estimulación. Véase en figura 7 y frecuencia en figura 8).

**Figura 7.** Modelo de Necesidades de Apoyo percibidas por las familias y los profesionales.



**Figura 8.** Frecuencia de mención de las Necesidades de Apoyo percibidas por las familias y los profesionales.





Nota: DH= Desarrollo Humano; EE= Enseñanza y Educación; SS= Salud y Seguridad; S= Social; VH= Vida en el Hogar; VC= Vida en la Comunidad; CD= Conductual; PD= Protección y defensa; I= Infraestructura.

Tras la presente investigación, se observa una serie de relaciones entre las necesidades de apoyo de los profesionales y familia.

Una de estas similitudes se encuentra en la dimensión de Enseñanza y Educación, en donde si bien ambos actores hacen alusiones a la misma, su foco es diferente, ya que por una parte las familias manifiestan que “deberían enseñar más el tema de cómo ejercitar sus brazos, si yo los puedo extender, porque la guagüita tiene los brazos como contraídos y yo no sé si puedo exigirle a su edad...” y con “debieran haber mucho más actividades que me enseñen para el hogar”, por lo tanto las familias hacen referencia a la necesidad de educación con respecto a las actividades que se pueden realizar en el hogar y de forma autónoma. Por su parte, los profesionales también evidencian esta necesidad, referida al perfeccionamiento y especialización en el área, lo cual se evidencia en expresiones tales como “me gustaría tener más conocimientos en otras áreas”, para esto “muchas veces los conocimientos tienes que tú financiarlos, no te los financia tu empleador, por distintas razones”, debido a que los profesionales constatan que a medida que pasa el tiempo se ven en la necesidad de “ fortalecer los estudios”, ya que “ahora todo ha cambiado y hay que actualizar conocimientos” y que les sería de ayuda que “hubiese mayor tiempo de capacitaciones”.

En cuanto a la segunda similitud detectada, esta se encuentra en la dimensión de Salud y Seguridad, en la cual tanto familias como profesionales manifiestan la necesidad de que se realice un seguimiento en cuanto a los avances en el desarrollo de los niños por parte de profesionales del área de Salud externos al centro, lo cual es manifestado por parte de las familias al decir “deberían ver los avances, decirme por ejemplo, que esta vez sí está moviendo las manitos, o sí, está moviendo los pies, esa parte creo que les falta”, la cual también

es enfatizada cuando dicen “la vieron dos personas antes...no puede haber un seguimiento, porque ellas ya no la van a ver ahora y me gustaría que si hubiera un seguimiento”. Por su parte, los profesionales expresan esta necesidad al decir “las redes aquí en Concón, están, pero no funcionan tan bien. Ósea nos juntamos como red de protección social una vez al mes, pero no se activan los puntos de alerta”.

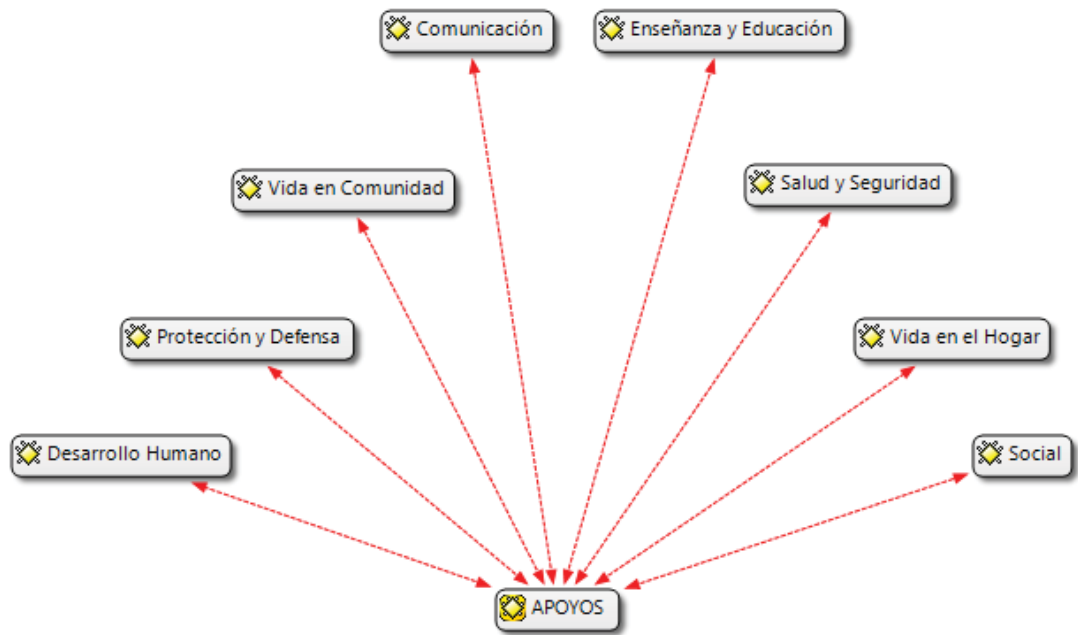
Es importante consignar que al realizar el análisis de los resultados, la investigación además arroja apoyos que reciben tanto profesionales como familias que atienden a niños y niñas que asisten a la sala de estimulación. Estos apoyos son de gran relevancia consignarlos, ya que permitirán dar respuesta a las necesidades que perciben las familias y profesionales y de este modo fortalecer la AT que se entrega en la sala de estimulación.

## **4.2. Apoyos**

### **4.2.1 Profesionales**

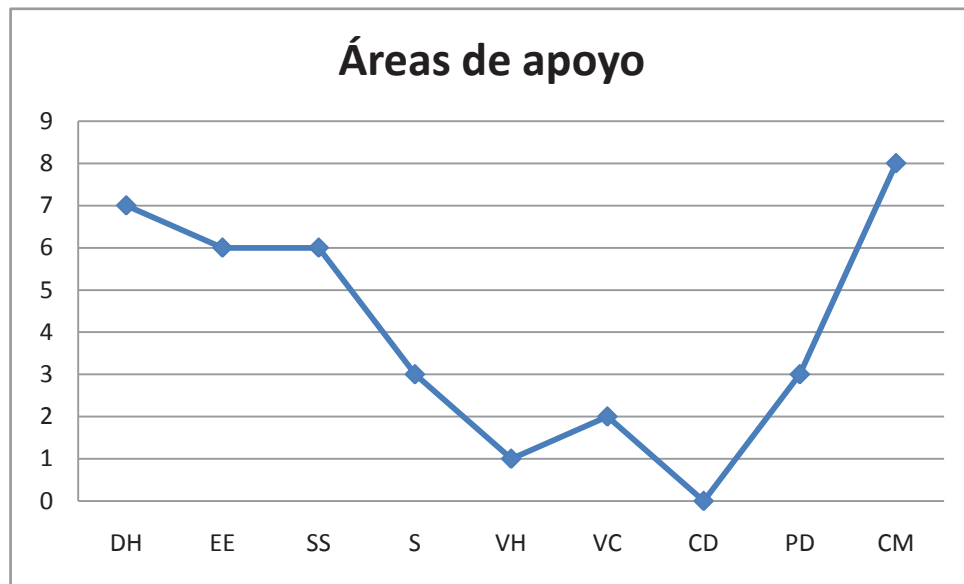
En relación a las entrevistas realizadas a los profesionales del centro, estos perciben que los niños y niñas que asisten a la sala de estimulación, presentan apoyos en las dimensiones de Desarrollo Humano, Enseñanza y Educación, Vida en el Hogar, Vida en Comunidad, Salud y Seguridad, Social, Protección y Defensa y en el código emergente de Comunicación. Sin embargo, se evidencia una mayor frecuencia en las dimensiones de Enseñanza y Educación, Desarrollo Humano y en el código emergente de Comunicación. No obstante, no se hace alusión a la dimensión Conductual. (Véase en figura 9).

**Figura 9.** Modelos de Apoyos percibidos por los Profesionales.



Tras un análisis de carácter cuantitativo, con el objetivo de sistematizar la frecuencia de la información de las respuestas obtenidas por los profesionales, es posible visualizar que las dimensiones con mayor frecuencia son las de Enseñanza y Educación, Salud y Seguridad, Desarrollo Humano y el código emergente de Comunicación. (Véase en figura 10).

**Figura 10.** Frecuencia de mención de los Apoyos percibidos por los profesionales.



Nota: DH= Desarrollo Humano; EE= Enseñanza y Educación; SS= Salud y Seguridad; S= Social; VH= Vida en el Hogar; VC= Vida en Comunidad; CD= Conductual; PD= Protección y defensa; CM= Comunicación.

Se observa que la dimensión con mayor frecuencia es la de Comunicación, en donde los profesionales expresan que existe una comunicación efectiva tanto con los padres como con sus pares profesionales, ya que “nosotros trabajamos en equipo acá”, lo cual se evidencia en expresiones tales como “tratamos de comunicarnos por mail, o, o tratamos de (risas), eh, de, de llamar por teléfono a veces al hospital o al CRÍAS”, también “trabajamos muy bien, el equipo es bastante como unido, tenemos harta confianza, eeh se hacen reuniones una vez al mes”. De igual forma los profesionales se encargan de “explicar a los papás el ¿por qué?, o sea en el fondo te dicen: “¿Ay y por qué no se puede ocupar eso...?”, y explicarle con fundamento a los papás, que le expliquen bien explicarles con fundamentos, y, y también enseñarles a cómo evaluar”. También expresan que existe un ambiente laboral adecuado, puesto que “tenemos una muy buena relación, tenemos una conexión, tenemos las mismas capacitaciones, por lo que hablamos un lenguaje tanto similar”, por lo tanto “juntas nos complementamos muy bien en el trabajo”.

En relación a la dimensión de Salud y Seguridad, los profesionales expresan la importancia de una detección oportuna, ya que “cuando uno interviene en forma temprana y en forma adecuada se pueden lograr muchas cosas, y revertir muchas cosas también”. Por otra parte, los niños y niñas que llegan a la sala de estimulación es debido a “un tema más preventivo, o sea muchas veces la, las enfermeras que hacen el control de niño, del niño sano muchas veces derivan de forma preventiva” y también porque “las mamás manifiestan esta inquietud de querer saber cómo estimular bien a su hijo, cómo va el desarrollo psicomotor, entonces lo llevan en forma preventiva”.

En cuanto a la dimensión de Protección y Defensa, los profesionales hacen mención al impacto que tiene el trabajo de la sala de estimulación, ya que “nos hemos dado cuenta que es súper importante porque, tu detectas muchas cosas, previenes muchas cosas”, y en el centro “por cualquier cosa ponemos alerta”.

Por otra parte, se hace referencia la dimensión de Vida en Comunidad, en donde los profesionales comentan sobre la participación de los niños y niñas que hacen uso de este espacio abierto a la comunidad proveniente del programa Chile Crece Contigo, en donde señalan que “llegan por distintas instancias, porque se enteraron el jardín que estaba la sala de estimulación o la municipalidad”. También mencionan que “si el niño en el fondo o niña no tiene una red de apoyos o alguien que reciba esas invitaciones y que aplique esos tratamientos, no sirve de mucho, ¿ya?. Nosotros dependemos 100% de la familia”.

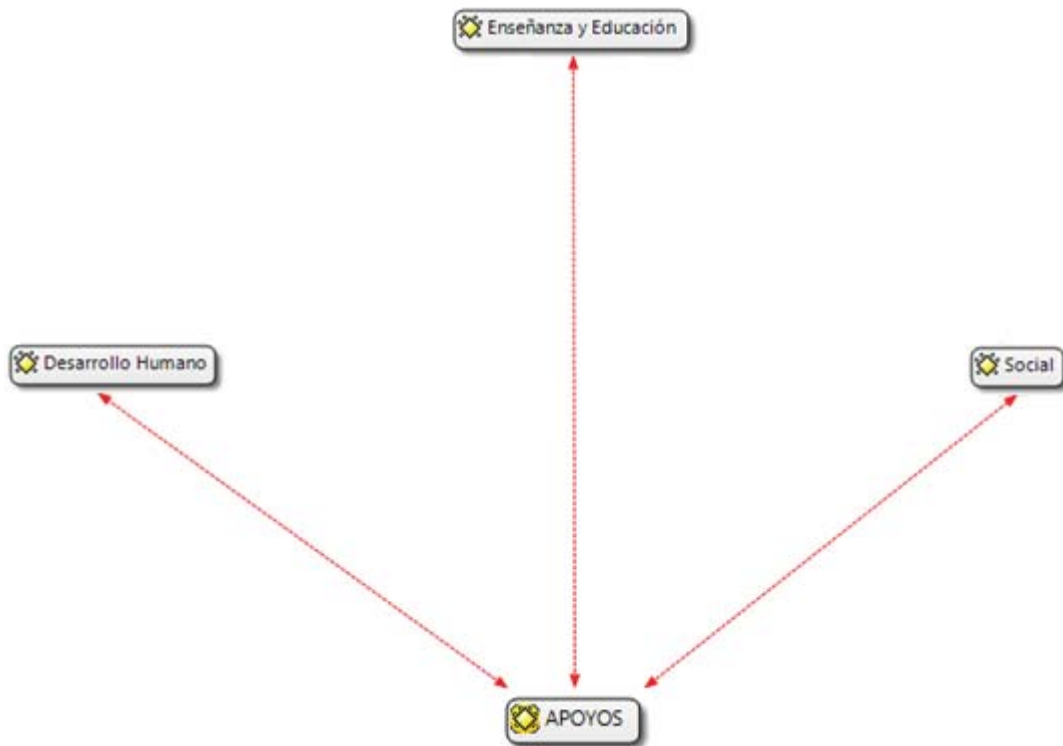
Por último, en la dimensión de Vida en el Hogar, se hace referencia al rol de la familia en el proceso que se lleva a cabo con los niños y niñas que asisten al centro, ya que “son ellos los que deben implementar las herramientas para el óptimo desarrollo de sus hijos o nietos”.

Cabe destacar, que no se hace mención de la dimensión Conductual.

#### 4.2.2. Familias

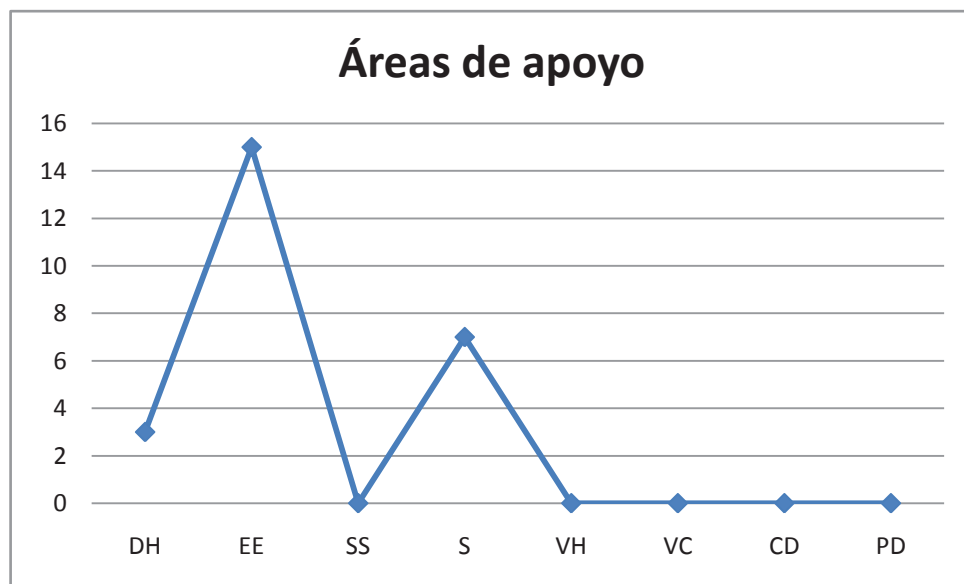
Por su parte las familias que asisten a la sala de estimulación, presentan apoyo en las dimensiones de Desarrollo Humano, Enseñanza y Educación y Social. Por otro lado, se evidencia una mayor frecuencia en la dimensión de Enseñanza y Educación. No obstante, no se mencionan Vida en el Hogar, Conductual, Empleo y ocupación, Salud y seguridad, Protección y defensa y Vida en la Comunidad, de las dimensiones de apoyo propuesto por la AAIDD (2010). (Véase en figura 11).

**Figura 11.** Modelos de Apoyos percibidas por las familias



Con el propósito de analizar la información con mayor profundidad, se realiza un análisis cuantitativo sistematizando la frecuencia de la información de las respuestas obtenidas por las familias, con la cual es posible visualizar que las dimensiones mencionadas con mayor frecuencia aluden a Enseñanza y Educación, Social y Desarrollo Humano. (Véase en figura 12).

**Figura 12.** Frecuencia de mención de los Apoyos percibidas por las familias.



Nota: DH= Desarrollo Humano; EE= Enseñanza y Educación; SS= Salud y Seguridad; S= Social; VH= Vida en el Hogar; VC= Vida en la Comunidad; CD= Conductual; PD= Protección y defensa.

Las familias perciben apoyos en la dimensión de Desarrollo Humano debido a que a través del plan de intervención implementado por el centro, se logra atender a las necesidades y dificultades que presentan los infantes durante su desarrollo, donde a la vez, sus familias también son beneficiadas durante el

proceso, ya que estas se involucran directamente en la entrega de apoyos y logran visualizar los avances que han tenido los niños en el proceso.

En cuanto a la dimensión de Enseñanza y Educación, las familias perciben apoyos en dicha área, debido a que reciben durante las sesiones de intervención, una guía constante por parte de los profesionales del centro, principalmente de la Educadora de Párvulos, ya que esta se encarga de instruirlos de forma clara y les entrega las herramientas pertinentes a las características del niño(a) y su contexto familiar. De esta forma, la familia se siente acompañada durante el proceso de entrega de apoyos y forman un sentimiento de competencia que promueve la entrega de apoyos de forma pertinente y oportuna de parte de las familias a los infantes.

En relación a la dimensión Social, las familias de los infantes perciben apoyos provenientes de las interacciones y relaciones sociales que establecen con las otras familias que pertenecen al centro, tanto dentro como fuera de la sala de estimulación, debido a que los familiares que asisten poseen el interés en común de favorecer el desarrollo de sus hijos e hijas, por lo que mediante sus interacciones manifiestan y comparten sus preocupaciones y experiencias, actuando de esta forma como un factor de contención emocional durante el proceso de intervención.

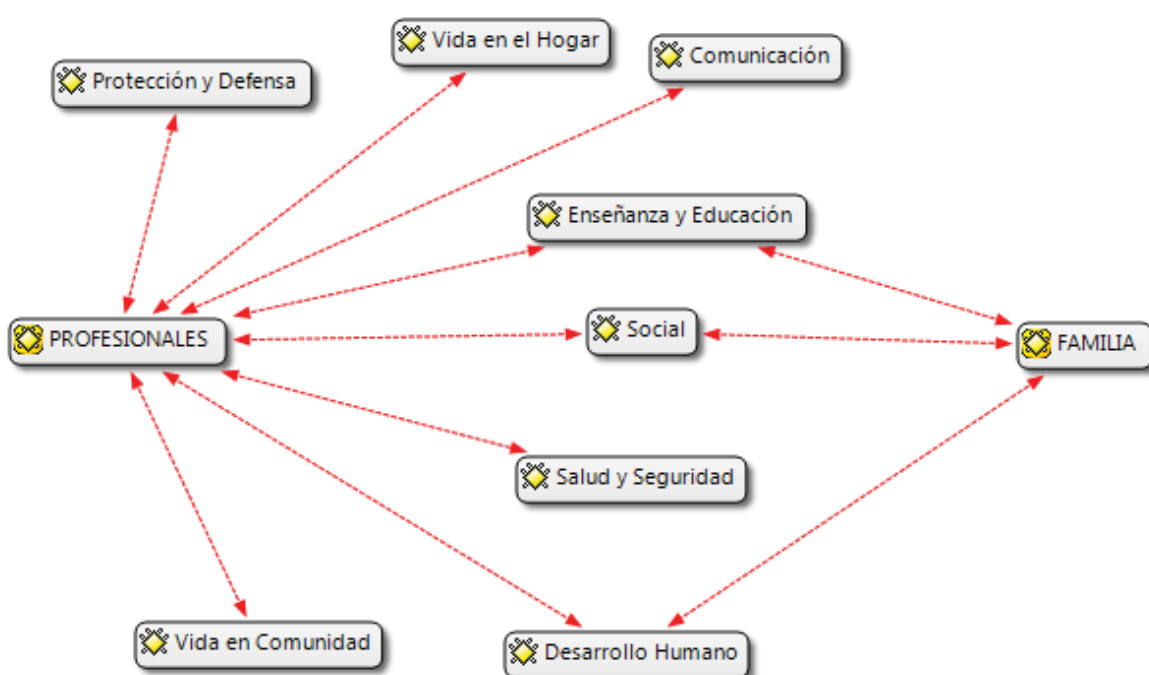
A través de las figuras expuestas anteriormente, se logra apreciar que existen concordancias en las dimensiones manifestadas por las familias y los profesionales. A continuación, se presentan estas congruencias mediante la exposición de fragmentos de las entrevistas realizadas a los actores.



### 4.2.3. Relaciones

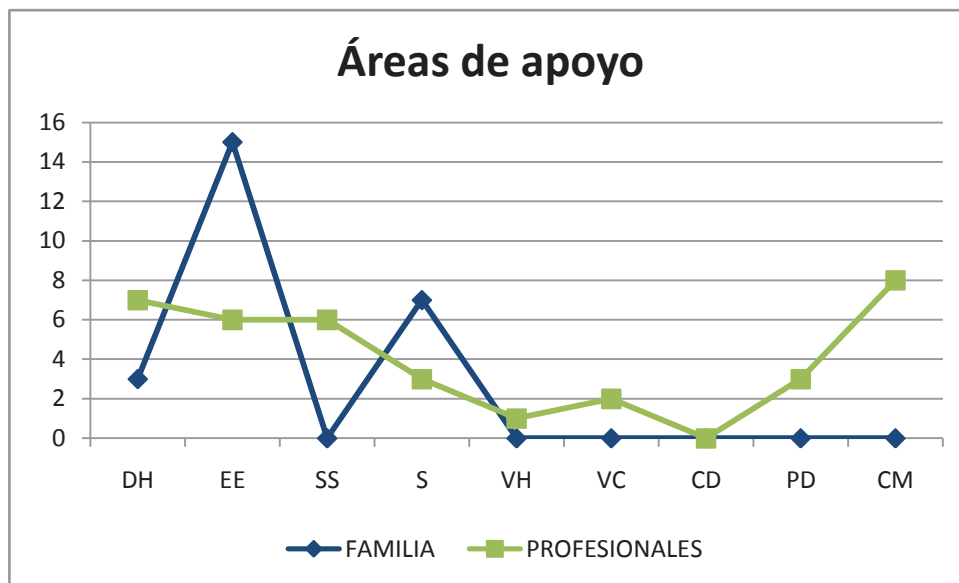
Existen congruencias en los apoyos que expresan las familias y profesionales en las dimensiones de Enseñanza y Educación, Social y Desarrollo Humano. (Véase en figura 13).

**Figura 13.** Modelo de Apoyos percibidos por familias y profesionales



Con el propósito de analizar la información con mayor profundidad, se realiza un análisis cuantitativo sistematizando la frecuencia de la información de las respuestas obtenidas por las familias y profesionales, con la cual es posible visualizar que las dimensiones concordantes entre ambos actores aluden a Enseñanza y Educación, Social y Desarrollo Humano. (Véase en figura 14).

**Figura 14.** Frecuencia de mención de los Apoyos percibidos por familias y profesionales.



Nota: DH= Desarrollo Humano; EE= Enseñanza y Educación; SS= Salud y Seguridad; S= Social; VH= Vida en el Hogar; VC= Vida en Comunidad; CD= Conductual; PD= Protección y defensa; CM= Comunicación.

Con respecto a la primera similitud que se encontró en los apoyos de las familias y profesionales, esta se encuentra en la dimensión de Enseñanza y Educación, debido a que ambos manifiestan la existencia de una guía constante e instrucciones claras por parte de los profesionales a cargo de la AT en la sala de estimulación. Las familias por un lado expresan que “me daban una serie de ejercicios, como hacerla bailar conmigo con la música de Vivaldi, me incorporo poco a poco a sus ejercicios”, y que “ dan asesoría para decirte en qué fallas para ir tu reforzándolo más, que eso es lo importante, porque de repente uno no sabe en lo que fallan” y en “Acá te dicen que tienes que contenerla, si ella llora y tú no sabes por qué, te dicen que la tienes que tomar porque el tema del apego es primordial para su desarrollo, tanto emocional, cognitivo y motor”. Lo que también

es manifestado por los profesionales, diciendo que “le entregamos a los papás una metodología para fortalecer las herramientas desde lo que ya conoces”, ya que para ellos la familia es fundamental, por lo que expresan que “el 90% del trabajo lo tiene que hacer la familia (...) siguiendo las indicaciones que nosotros le damos, entonces eso es fundamental, ¿ya? Eso es súper fundamental” y en “el hecho que la sala funcione con la familia (...) a mí me acredita que esa mamá va a realizar las mismas actividades en el hogar”. Debido a esto, los profesionales manifiestan que utilizan como apoyo las capacitaciones externas a las que puedan asistir, expresando “yo busco todo tipo de capacitación, mi idea es tomarlas”, ya que de esta forma entre ellos también reciben como apoyo guías e instrucciones, lo cual es expresado al decir que “empezamos a trabajar las dos, y bueno, yo aporté hartos conocimientos, y ella me enseñó un montón de cosas a mí”.

En cuanto a la dimensión Social, se encontraron similitudes en la percepción de los apoyos que reciben tanto las familias como los profesionales, ya que por un lado las familias expresan que entre ellos tienen una buena relación, donde conversan sobre la AT que reciben los niños en la sala de estimulación, lo cual se ve evidenciado a partir de las expresiones “si hay apoyo entre padres porque conversan y hablan también de lo que tienen su hijo”, también en “ venir acá igual te ayuda por el hecho de que estay con más mamás po, y de repente te apoyas entre todas, o hay una mamá que tiene unos meses más que tú y te dice no que tienes que arreglar esto acá, ésto allá, y eso igual te ayuda” y en la expresión “nos apoyamos con opiniones, lo que hace ahora y como lo hace”. Por su parte los profesionales también manifiestan que existe una buena relación, tanto entre ellos como con las familias, ya que expresan que “las indicaciones se las damos con cariño y con harta psicología” y también al decir que “es fundamental que el apoyo en la casa, los ejercicios, o sea, lo importante es la comunicación efectiva”.

En cuanto a las similitudes en la dimensión de Desarrollo Humano, ambos aluden a que el centro haciendo estáhaciendo referencia a que ha favorecido el desarrollo cognitivo y motor de los niños, ya que existe un compromiso por parte

de los profesionales encargados de la estimulación, lo que es evidenciado en las siguientes expresiones “Antes por ejemplo no gateaba y le costaba, y ahora sí está gateando”. También mencionan que “La sala ha ayudado mucho, ella llegó por ejemplo, con problemas con la rotación interna, después que tenía un bracito hacia atrás y el otro adelante, luego que no se apoyaba bien en sus antebrazos y así, y ahora está súper bien” y con la expresión “Cuando él llegó acá ni siquiera se movía, gracias a la estimulación de la educadora ha podido tomar y llevar cosas, levantar las piernas, se sienta, gatea y ahora ya se para”. Por su parte, los profesionales manifiestan este apoyo a través de las expresiones, tales como “damos todo de nosotros, porque amamos nuestro trabajo y porque queremos hacerlo mejor”. Además mencionan que “ya no es una relación entre paciente y especialista, sino que es una relación de afecto ya que aquí se involucra mucho sentimiento”, y también dicen que “se llama por teléfono para saber cómo ha estado el chiquitito o la chiquitita”. De igual forma, se evidencia que los profesionales consideran a la familia como un agente relevante, ya que “atendiendo dejamos entrever que la sala es importante y que su rol como papás es importante”, por lo que a su vez, ellos manifiestan que “están entendido que pueden hacer cosas por sus hijos, es maravilloso”. Por consiguiente expresan que “la solución es tener la iniciativa de uno como profesional darle la solución al paciente y moverte, hartó”.

## V. DISCUSIÓN

A partir del análisis de los resultados de las entrevistas semiestructuradas y revisión teórica podemos decir que, tanto las familias como los profesionales pertenecientes al CESFAM de la comuna de Concón, cuyo objetivo es “potenciar al máximo el despliegue de las capacidades de niños(as) en primera infancia que se encuentran en condición de rezago, riesgo, retraso y/o riesgo biopsicosocial en su desarrollo, a través de atenciones directas focalizadas de acuerdo a un plan de intervención individualizado para cada niño(a).” (ChCC, 2012), presentan necesidades de apoyo en las dimensiones Social, Infraestructura, Comunicación, Enseñanza y Educación y Salud y Seguridad. Además surge en esta investigación la importancia que tienen los apoyos que expresan los actores de la AT, que favorecen el proceso de intervención, referidos a las dimensiones de Protección y Defensa, Vida en el Hogar, Comunicación, Enseñanza y Educación, Social, Salud y Seguridad, Desarrollo Humano y Vida en Comunidad.

En relación a las necesidades de apoyo que se detectaron a través de las expresiones de la familia encontramos que en la dimensión Social, se percibe la necesidad de que los niños puedan interactuar más con otros pares pertenecientes a su entorno social, lo cual según las Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, señalan que la calidad de las interacciones impactará positivamente en el desarrollo del niño dando la posibilidad de alcanzar un óptimo desarrollo permitiéndole desplegar todo su potencial (ChCC, 2013). Por otro lado, Betina y Cotini de González (2011) también expresan que la comunidad científica está de acuerdo con que la infancia es un período fundamental para la adquisición de aprendizajes y el desarrollo de las habilidades sociales, repercutiendo así “en el posterior funcionamiento psicológico, académico y social” (p.165). Así mismo, comentan que el desarrollo social e interactivo en los niños es un factor protector en la prevención de trastornos psicopatológicos en la adolescencia y adultez, por lo que las oportunidades para socializar y relacionarse con pares desde la primera infancia puede repercutir de forma positiva, incidiendo en la “autoestima, en la adopción de roles, en la

autorregulación del comportamiento y en rendimiento académico, entre otros aspectos, tanto en la infancia como en la vida adulta” (p. 160 y 161). Es por esto que se hace necesario que las familias o cuidadores responsables integren al niño/niña en actividades sociales dado que por medio de estas interacciones los niños van “aprendiendo a internalizar la conducta de otras personas a través de la imitación” (ChCC, 2012). Aquí la familia presenta un rol fundamental, debido a que es en el entorno más cercano al niño en donde ocurren las primeras experiencias de aprendizajes en cuanto a habilidades y comportamientos sociales, las cuales pueden ser positivas o negativas (Betina y Cotini de González, 2011). Además según Coletto (2009), la familia es un agente socializador que “no sólo es necesario para la supervivencia física de los niños sino que, a través de distintos mecanismos, juega un papel primordial en el desarrollo integral (personal y social) y autónomo de los individuos dentro de la sociedad” (p. 2).

Por otro lado, emerge la dimensión de Infraestructura, la cual surge debido a la necesidad de las familias por contar con un espacio físico que sea más amplio. Esta solicitud se considera relevante, dado que la sala de estimulación no cuenta con las especificaciones técnicas correspondientes, debido a que la sala debe contar “con una superficie de 18 mts. Cuadrados” (ChCC, 2012), además el mismo documento las familias mencionan que no cuentan con equipamiento didáctico (entretenido), y este, según el mismo documento de Chile Crece Contigo señala que debe poder equiparse con materiales como “cojines didácticos, muñecos, palitroques, rompecabezas” (p.219), entre otros. Estos materiales tienen beneficios en el desarrollo del infante, ya que “facilitan los aprendizajes de los niños y consolidan los saberes con mayor eficacia; estimulan la función de los sentidos y los aprendizajes previos para acceder a la información, al desarrollo de capacidades y a la formación de actitudes y valores” (Gómez, 2011 en Manrique y Gallego, 2013). Por otro lado, Contreras, Ruiz y Burgos (2011), manifiesta que la AT requiere de un espacio físico adecuado que contenga condiciones mínimas como, buena ventilación, iluminación y espacio, como para satisfacer las

necesidades de los usuarios, debido a que esto permite entregar seguridad, experiencias positivas, estimulantes y significativas. También estas autoras declaran que si las salas de AT no cuentan con estos requerimientos básicos, es poco probable que se entregue una atención de calidad, puesto que este espacio debe ser accesible para todo tipo de persona y que permita eliminar barreras y obstaculizadores que pueden llegar a perturbar dicha atención.

En relación a las necesidades detectadas por los profesionales se presenta una nueva dimensión emergente dirigida a la Comunicación, en donde manifiestan la ausencia de vínculo desde las redes de apoyo provenientes de los profesionales del área de la salud del consultorio, el cual según los profesionales entrevistados indican que no se llevan a cabo procesos de comunicación efectivos y de retroalimentación, entre los actores del sistema que convergen en la entrega de AT cuando estos son requeridos. Esto resulta relevante, ya que, para poder garantizar la efectividad de las salas de estimulación y de las diversas modalidades de apoyo, los profesionales del equipo deben cumplir con funciones específicas, siendo una de las más relevantes el “ingresar o actualizar información de casos en el SRDM, especialmente en casos que se activen alertas de vulnerabilidad” (ChCC, 2012). Los autores Casserly, Lemus y Rossen (2010), consideran fundamental la intención del trabajo en red de apoyo entre los profesionales involucrados en el área de la AT, pues esto permite desarrollar la capacidad resolutoria, ejerciendo el rol de manera más eficiente y eficaz, teniendo como resultado un intercambio y colaboración entre los agentes. De igual forma los autores mencionan que los agentes que componen la red valoran la heterogeneidad y la diversidad como un elemento positivo que beneficia en su actuar y la capacidad de promover cambios que influyan en las decisiones primordiales para el beneficio de quienes reciben esta atención.

Por lo tanto, el que exista una comunicación efectiva mediante el trabajo en red entre los profesionales que trabajan en la sala de estimulación y el CESFAM va a permitir que ambas partes se responsabilicen tanto de la detección e inicio



del tratamiento, como de la prevención y promoción de habilidades que favorezcan el desarrollo de los niños y niñas. (Pesce, Moraga y Mingo, 2007). En consecuencia se responde a lo establecido en el Programa Chile Crece Contigo el cual es una política estable y que tiene como misión “acompañar, proteger y apoyar de forma integral a los niños y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, focalizando los apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor, según sus necesidades, estableciendo de esta forma, que todos los niños serán integrados al programa desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y serán acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresen al sistema escolar” (Gobierno de Chile, 2011).

Dentro de la dimensión de Enseñanza y Educación, las familias y profesionales que forman parte de la sala de estimulación, perciben la necesidad de ampliar y enriquecer sus conocimientos para perfeccionarse en cuanto a su rol y desempeño dentro de su labor y participación en la AT que reciben los niños en la sala de estimulación, la cual es central para el trabajo colaborativo que se lleva a cabo entre los profesionales y los padres, ya que la sala de estimulación se conforma por “un grupo de apoyo y colaboración en igualdad, centrado en el mejor interés del niño y su familia” (Tamarit, 2009), el mismo autor plantea que las familias y los profesionales a cargo tiene como finalidad el poder asegurar el cumplimiento de planes de desarrollo y planes de apoyo “surgidos del análisis profundo de las necesidades integrales de esa familia en su entorno vital y social; el rol de coordinación y seguimiento de los apoyos que se requieren para el cumplimiento de ese plan es esencial” (p.3), donde ellos deben involucrarse e implicarse en el desarrollo de sus niños para favorecer la AT que estos reciben dentro de la sala de estimulación.

En relación a la dimensión de Salud y Seguridad, las familias y profesionales del centro, tienen la necesidad de que se lleve a cabo los seguimientos en cuanto a los avances del desarrollo de los niños a través de acciones y servicios que

favorezcan la estimulación de los niños/niñas apoyando, de esta manera a las familias que asistan al centro, en relación a esto el documento de orientaciones señala, que dentro de las funciones que deben cumplir los profesionales del equipo es el poder “Elaborar reportes del cumplimiento de los indicadores asociados, informes de avance, estado de casos, etc. y difundirlos en las reuniones de modalidad, equipo de cabecera, red comunal u otra.” (ChCC, 2012) evidenciándose todo esto en las actas de las reuniones.

Considerando que el foco de la investigación se centró en una primera instancia en las necesidades de apoyos que requerían tanto familias como profesionales del CESFAM de Concón. Sin embargo, a medida que se fue realizando el trabajo de campo, ambas partes manifiestan que de forma paralela a las necesidades se presentan apoyos relevantes dentro del proceso en las áreas de Protección y Defensa, Vida en el Hogar, Enseñanza y Educación, Social, Salud y seguridad, Desarrollo Humano, Vida en Comunidad, y la dimensión emergente de Comunicación, los cuales se presentan como un elemento favorecedor que propician y mejoran la atención entregada en la sala de estimulación.

De parte de los profesionales se detecta, en primer lugar la dimensión emergente de Comunicación, se observa que existe un constante intercambio de ideas entre los profesionales de la sala de estimulación, lo cual les permite establecer una comunicación efectiva, una buena relación laboral y por lo tanto llevar a cabo la atención de manera óptima. Esto afecta positivamente su trabajo, pues, Pizarro (1984) afirma que una buena comunicación permite expresar ideas, propósitos, criterios e ideas a otros de forma clara y precisa. Por otro lado, se visualiza que entre profesionales y familia existe un respeto mutuo y valoración, pues manifiestan que para que se produzcan avances en los niños y niñas, se debe trabajar en equipo y considerar al otro al momento de realizar actividades, lo cual se produce en base a una meta común. Esto ocasiona una serie de beneficios, ya que según Arellano y Peralta (2005) “La mutua colaboración entre profesionales y las familias es una herramienta poderosa para satisfacer las

necesidades que requieren las personas que presentan alguna discapacidad” (p.121).

Por otra parte, los profesionales enuncian la existencia de apoyos en la dimensión de Protección y Defensa, referidos a las acciones concretas que estos realizan, al momento de presentarse una situación que requiera la activación de la red interna entre los especialistas del centro, con el objetivo de beneficiar y resguardar a los niños y niñas atendidos en la sala de estimulación ante cualquier problemática que atente contra su bienestar. En relación a lo anterior, Chile Crece Contigo (2012) expresa que los profesionales que trabajan en AT deben realizar actividades concretas para potenciar todas las habilidades de los niños y niñas, tanto “cognitivas, motoras, socio-emocionales y comunicacionales, a través de estrategias que permitan al niño(a) la exploración autónoma de un ambiente enriquecido (física e interaccional), en donde encuentra estímulos apropiados para desplegar y consolidar sus capacidades, de acuerdo a su propio ritmo de desarrollo y sus características individuales”.

En cuanto a los apoyos que se determinan en la dimensión de Vida en Comunidad, los profesionales declaran que el lugar donde se encuentra ubicado el centro permite que sea accesible a la población aledaña, favoreciendo que se de a conocer la sala, logrando que diversas familias conozcan el trabajo que se realiza por fuentes externas a la red de salud, lo cual permite que niños y niñas con diversas situaciones sean integrados. Ante esto, GAT (2005), menciona que una vida en comunidad debe “posibilitar la puesta en marcha de los distintos mecanismos de actuación de los que dispone” (p.16-17). Por otro lado, Bermejo y Mañós (2010) afirma que en la vida en comunidad se debe efectuar un uso adecuado de los recursos y servicios, por lo que se puede atestiguar que la sala de estimulación es un medio que puede ser utilizado por toda la comunidad, en el cual se puede compartir y crear vínculos, satisfaciendo de esta forma las necesidades presentadas por cada uno de los que participan de esta.

En relación a la dimensión de Enseñanza y Educación, se expresa la importancia que posee dentro de la sala de estimulación el apoyo que brinda la retroalimentación que se lleva a cabo entre las familias y los profesionales; y entre pares, la cual permite que los profesionales a cargo entreguen una AT favorable para el niño y sus familias, considerando que los profesionales que trabajan en la sala de estimulación deben “apoyar a las familias: madre, padre y/o adulto responsable, de niños y niñas en primera infancia, para la adecuada atención, cuidado y estimulación de sus hijos e hijas con riesgo y/o rezago en su desarrollo” (MINSAL, 2010), tomando en cuenta que durante todo el proceso es fundamental que todo niño(a) debe atenderse con su madre, padre y/o cuidador, puesto que las intervenciones efectivas requieren del involucramiento activo de/ los adultos significativos para el niño(a) (ChCC, 2012). Además de la importancia de que el equipo de profesionales lleve a cabo acciones que promuevan el desarrollo infantil a través de “actividades que refuercen variados aspectos del desarrollo infantil” (MINSAL, 2010), ya que el plan de intervención “considera a la familia como el principal agente de cambio del niño(a), ya que ellos son el contexto de relaciones en las que el niño(a) se desarrolla” (ChCC, 2012).

En cuanto a la dimensión Social, tanto las familias como los profesionales expresan y describen las interacciones entre ellos como adecuadas y favorables para llevar a cabo la AT, debido a que se crea un ambiente de trabajo basado en el respeto mutuo, y en donde se considera al otro un agente importante y relevante dentro del proceso que se lleva a cabo, ya que las interacciones que los profesionales y las familias llevan entre ellos, promueve una favorable AT, puesto que Pujolás (2009), en Barrera (2014), dice que los trabajos o actividades que involucran a un gran número de personas, deben estar basados en simpatía, atención, cortesía y el respeto entre pares. Considerando que es indispensable que exista una relación y ambiente social que propicie la participación activa de parte de las familias, según GAT (2005) declara que es fundamental que las familias participen en el procedimiento, debido a que es un elemento

indispensable que favorece las interacciones afectivas y emocionales, y a su vez favorece la efectividad del tratamiento que se lleva a cabo. Por lo que de esta forma, se logran llevar a cabo los planes de intervención acordados por los profesionales del centro para apoyar a los niños y sus familias.

Con respecto a la dimensión de Desarrollo Humano, las familias y profesionales manifiestan que existe un apoyo fundamental de parte de los profesionales que trabajan en el centro, el cual es el compromiso que adquieren en cuanto a resguardar y responder a las necesidades que presentan los niños y familias que asisten a la sala de estimulación con la finalidad de cumplir con los requerimientos y el plan de intervención previo, considerando que al momento de trabajar en conjunto con la familia “El profesional / técnico que trabaja en cualquier modalidad de apoyo al desarrollo debe estar consciente que para que se produzca un cambio debe tener las habilidades necesarias para vincularse en forma terapéutica con el niño(a) y su familia.” (ChCC, 2012). Además, este debe promover la participación activa de parte de la familia, tanto en el centro como en el hogar. Tomando en cuenta que el profesional “Contribuya con ellos un acuerdo de trabajo para potenciar el desarrollo del niño(a) y trate de obtener cooperación y compromiso de realizar las actividades en casa diariamente, y ser parte activa de este proceso.” (ChCC, 2012).

Finalmente, es importante destacar que si bien existen distintas necesidades surgidas por las familias y los profesionales, esto no opaca la atención y los apoyos entregados por el centro, siendo estos de vital relevancia para el funcionamiento y para los resultados obtenidos anteriormente, en donde se refleja que éstos son la base del óptimo funcionamiento de la sala.

## **VI. CONCLUSIONES Y PROYECCIONES**

A partir de los resultados y discusión de esta investigación, se presentan las principales conclusiones y proyecciones destinadas a un plan de acción que se debe poner en marcha para apoyar el proceso de AT.

Con respecto al primer objetivo “Describir las necesidades de apoyos de la familia de niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón.” Las familias presentan necesidades de apoyo según el modelo teórico AAIDD (2010), en las dimensiones de Enseñanza y Educación, Social, Desarrollo Humano, Vida en Comunidad, Salud y Seguridad e Infraestructura, en tanto, no se consideran las dimensiones de Protección y Defensa, Vida en el Hogar y Conductual.

En relación con el segundo objetivo: “Describir las necesidades de apoyos de los profesionales que atienden a niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón.”, los profesionales presentan necesidades de apoyo según lo planteado por el modelo teórico AAIDD (2010), en las dimensiones de Enseñanza y Educación, Salud y Seguridad; y Comunicación. No obstante, no se consideran las dimensiones de Vida en el Hogar, Vida en Comunidad, Conductual y Salud y Seguridad.

A partir de ambos objetivos, podemos dar respuesta a nuestro tercer objetivo: “Comparar las necesidades de apoyos que identifican las familias con las que identifican los profesionales que atienden a niños y niñas que reciben Atención Temprana de 3 a 24 meses de edad del centro CESFAM de la comuna de Concón.” En el cual relacionamos lo expresado tanto por las familias como profesionales, dando como conclusión, que ambos presentan necesidades de apoyo en las dimensiones de Enseñanza y Educación; y Salud y Seguridad. Sin embargo, no coinciden en las dimensiones de Desarrollo Humano, Vida en el Hogar, Vida en Comunidad, Protección y Defensa, Conductual, Social, Infraestructura y Comunicación.

Además, al revisar las expresiones emanadas de las entrevistas semiestructuradas realizadas al equipo de AT, conformado por profesionales y familia, coexisten con la misma relevancia apoyos en las dimensiones de Enseñanza y Educación, Desarrollo Humano, Social, Vida en el Hogar, Vida en Comunidad, Salud y Seguridad, Comunicación, y Protección y Defensa. Estos apoyos son de gran importancia, pues son considerados como fortalezas que presenta el centro, por lo que deben ser integrados dentro de sus planes de acción, para beneficiar de esta forma el desarrollo de los niños y niñas.

En cuanto a las proyecciones de la presente investigación, consideramos fundamental, enfocarnos en primer lugar, en las dimensiones emergentes de nuestro análisis realizado, las cuales son Comunicación e Infraestructura, ya que son elementos indispensables para la entrega de una atención de calidad, pues son pertinentes a las necesidades de los profesionales, de los niños(as) y de sus familias. Con respecto a la dimensión emanada de Infraestructura, es fundamental para entregar una adecuada AT dentro de la sala de estimulación, ya que contar con un espacio físico más amplio, permitirá que se ejecuten las actividades con mayor comodidad y libertad en modalidad grupal y que a su vez, se puedan realizar ejercicios personalizados según las necesidades y particularidades de los niños.

Por otra parte, en cuanto a la dimensión de Comunicación, se torna relevante el fortalecimiento de las redes de apoyo que se originan entre los profesionales del ámbito de la salud con los de la sala de estimulación, ya que al generarse una comunicación efectiva entre estos, se producirían mejores resultados, puesto que se podrían articular apoyos más efectivos que consideren las necesidades de los niños(as) y sus familias, a través de instancias de diálogo entre los profesionales mediante reuniones técnicas, donde se exponga los casos y aporten desde la especialidad de las distintas disciplinas, permitiendo de esta manera, que sea un trabajo articulado, validando y reconociendo los aportes realizados por cada uno de los especialistas, lo que permitiría entregar un servicio de calidad



que propicie el desarrollo en etapa infantil por parte de los servicios de apoyo del programa.

De esta forma, al mejorar dichos aspectos, se contribuiría a que el modelo de AT que se implementa, no solo en este centro en particular, sino que en todos los centros existentes a lo largo de todo Chile, proteja y apoye a que los niños y niñas tuvieran un óptimo desarrollo infantil.

Por otro lado, las necesidades manifestadas en la dimensión de Salud y Seguridad, apuntan a que es fundamental que se lleve un registro de los avances que tienen los niños(as) y un seguimientos por parte de los distintos profesionales que los atienden y que contribuyen a la ejecución del plan de intervención, ya que es necesario que se tengan en cuenta durante el proceso de intervenciones los resultados que se obtienen a partir de este, considerando que es importante poder visualizar los factores potenciadores y/u obstaculizadores en el desarrollo del niño, para de esta forma, tanto los profesionales como las familias, tengan en cuenta al momento de entregarles una AT a los niños. Mejorando estos aspectos se podrá mejorar el modelo de AT que se lleva a cabo dentro de los distintos puntos de atención que se entregan con la finalidad de favorecer, proteger y apoyar a los niños y sus familias que acuden a estos servicios para recibir una AT que propicie un óptimo desarrollo

Cabe destacar la necesidad de capacitación y perfeccionamiento, por parte de los profesionales, lo cual creemos que beneficia en el incremento de habilidades y destrezas, y a su vez en la innovación de la metodología y actividades que se realicen dentro de la sala estimulación. Si bien esto se relaciona directamente con la jefatura, quienes son los que destinan los recursos económicos para los profesionales de las distintas áreas, es deber de todos concientizar los beneficios que generan, ya que si se busca una evaluación e intervención adecuada para cada niño y niña, es fundamental promover la actualización de conocimientos y formación integral de todos los profesionales,

tanto de las educadoras como de la kinesióloga, para que así se cumpla el objetivo de la sala de estimulación. En cuanto a las necesidades de apoyo que requieren las familias, plantean que es necesario que se les instruya en actividades para llevarlas a cabo en su hogar. Lo cual beneficia y es de suma importancia que se realice, debido a que se conducirá a un trabajo continuo y colaborativo entre la sala y el hogar.

Si bien se presentan necesidades, también debemos destacar los apoyos que presentan tanto profesionales como familias, las cuales coinciden en las dimensiones de Enseñanza y Educación, Social y Desarrollo Humano. En primer lugar, los profesionales expresan la importancia de adquirir conocimientos de forma autónoma, con el fin de otorgar una atención de calidad, ante lo cual las familias se sienten agradecidos pues reciben un constante asesoramiento y guía dentro del proceso de intervención. En segundo lugar, concuerdan que dentro de la sala se establecen buenas relaciones, ya sean de tipo: familia-familia, profesional-profesional o profesional-familia, lo que les permite trabajar de forma colaborativa y establecer así un ambiente grato. En tercer lugar, manifiestan la importancia de la sala y los beneficios que esta trae a la vida de los niños y niñas, en donde se recalca que, para realizar un trabajo efectivo, se deben considerar importantes a todos aquellos que participen en el proceso de evaluación e intervención, como los especialistas y tutores de los menores. Por consiguiente, creemos que cada uno de estos apoyos mencionados son fortalezas, las cuales pueden ser utilizadas como soporte para superar los obstáculos que se desprenden de las necesidades de apoyo, puesto que la unión entre pares, el mutuo compromiso en pos de una meta común y el respeto propician el desarrollo de un quehacer óptimo, lo cual permite fortalecer los vínculos establecidos dentro de la sala de estimulación y beneficia el posible establecimiento y/o fortalecimiento de apoyos externos.

Por otro lado, es importante mencionar que Chile aún no implementa dentro de sus políticas públicas el concepto de AT, considerando que este concepto a

nivel internacional está generando grandes cambios que promueven y favorecen el desarrollo infantil desde el nacimiento. De esta forma, consideramos que es importante lograr generar este cambio de concepto también dentro de las prácticas profesionales que se llevan a cabo en los servicios de atención a la primera infancia, ya que esto permitirá poder generar los recursos y las instancias que actualmente son consideradas como las más adecuadas según nuestra cultura y la evolución que ha tenido el ser humano. Teniendo en cuenta, que el compromiso que tiene Chile con el país es poder brindarles la protección y el apoyo que requieren los niños(as) que lo necesitan, tanto por presentar dificultades como también de forma preventiva. Por otra parte, debido a esto también es necesario que los profesionales puedan acceder a capacitaciones que le permitan llevar a cabo un modelo de AT acorde a las necesidades de los niños(as) y sus familias.

A partir de nuestra investigación, nos ha surgido una necesidad a nivel personal y profesional, la cual nos involucra desde nuestra formación académica y personal. Por esta razón, creemos y manifestamos que es absolutamente necesario que se cuente con el trabajo y la colaboración de educadoras diferenciales dentro de las salas de estimulación que posee el programa Chile Crece Contigo, ya que confiamos en que si los equipos de intervención profesional contarán con los conocimientos y la experiencia que manejan en distintas áreas de desarrollo, dicha intervención se tornaría en un enfoque integral que considera la multidimensionalidad del sujeto dado que toma en cuenta los diferentes contextos en donde el sujeto se desenvuelve, además de considerar relevante el rol de la familia en todo el proceso. Por otro lado, la formación de la Educadora diferencial le permite tener conocimientos necesarios para trabajar especialmente en los niños que presentan dificultades en su desarrollo o tienen riesgo de ello.

Entregando los apoyos necesarios para optimizar su desarrollo, mejorando de esta forma la AT que entregan a los niños(as) y sus familias.

Finalmente, esperamos que el análisis recabado tanto de necesidades como también de apoyos, y con respecto a familias y profesionales, sirva de enriquecimiento a los programas que se entreguen, considerando las características de los niños y niñas, como también los servicios proporcionados. Además, confiamos en que cada tema investigado y propuesto no sólo perfeccione la sala de estimulación en la cual se enfocó la presente investigación, sino que trascienda y potencie las atenciones que se entregan a lo largo de nuestro país, sirviendo de apoyo para el conocimiento de la atención temprana, su práctica, y las relaciones entre familias y profesionales que se dan.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, C. y San Fabián, J. (2012) La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de Antropología*, 28(1), p. 6.

Arriet, F., Cordero, M., Moraga, C., Torres, A. y Valenzuela, P. (2013). Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la instalación del Sistema de Protección Integral a la infancia. Equipo Nacional de Chile Crece Contigo. Santiago. Chile.

Ardévol, E., Bertrán, M., Callén, B., y Pérez, C. (2003) Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital*. Revista de Pensamiento e Investigación Social en línea. *Athenea Digital*, 3. 72-92. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n3/15788946n3a5.pdf>

Aranda, R. y Andrés, C. (2004). La Organización de la Atención Temprana en la Educación Infantil. *Tendencias Pedagógicas* 9.

Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una Visión Integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, p. 161-164.

Arellano, A. y Peralta, F. (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*. pág. 119-132.

Barrera, M. (2014) Círculos de estudio por medio del trabajo colaborativo. *Estudios de Ciencias Sociales de la Universidad de Celaya*. 4(1) 58-67.

Bermejo, L., y Mañós de Balanzó, Q. (2010). Guía de buenas prácticas en centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad. Madrid, España: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáud'Asturies.

Bedregal, P., Torres, A. y Carvallo, C. (2015). Chile Crece Contigo: el desafío de la protección social a la infancia. En Larragaña, Contreras (Eds). *Las nuevas políticas de protección social en Chile*. Edición ampliada y actualizada. Uqbar editores. Santiago, Chile

Betina, A. Cotini de González, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*. 12(23), p. 159-182. Argentina.

Bustos, A. (08 de Diciembre de 2009). Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado el 21 de Septiembre del 2015, de: <http://www.bcn.cl/de-que-se-habla/chile-derechos-del-nino>

Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*. Vol. II, p. 53-82.

Cassery, P., Lemus, J. y Rossen, M. (2010). Módulo 9: Salud y Redes. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Catalarrá, A. y Mata, G. (2007). Planificación Centrada en la Persona. FEAPS. Caja Madrid, Obra Social.

Carvajal, Y. (2010). Interdisciplinariedad: Desafío para la educación superior y la investigación. Luna Azul. No. 31.

Candel, G. I. (2005), *Elaboración de un programa de atención temprana*, 3 (7), 151-192. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293121928009.pdf>

Cifuentes, A. (2012). EGLES: Diseño de servicios para atención primaria de salud en Chile (memoria de título) recuperado de [http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/Archivo:EGLES\\_Dise%C3%B1o\\_de\\_Servicio\\_para\\_Atenci%C3%B3n\\_Primeria\\_de\\_Salud.pdf#file](http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/Archivo:EGLES_Dise%C3%B1o_de_Servicio_para_Atenci%C3%B3n_Primeria_de_Salud.pdf#file).

Coletto, C. (2009). Principal Agente Educador: La Familia, Mecanismos de Colaboración. Familia y Educación.

Contreras, A., Ruiz, G., Burgos, M. (2011). Modelo de Centro de Atención Temprana. FEAPS-MADRID. Madrid, España.

Costas, C. (2009). Evaluación del Desarrollo en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. Vol. 23 (2)

Consejo Nacional de la Infancia (2016). *Política Nacional de Niñez y Adolescencia Sistema Integral de Garantías de Derechos de la Niñez y Adolescencia 2015-2025*. Santiago, Chile.

Cunill, N., Fernández, M., y Theza, M. (2013). El diseño del Modelo de la Acción Intersectorial en el Sistema Intersectorial de Protección Social. Alcances y Límites. (Proyecto FONDECYT 2013/ 120893) Santiago. Recuperado el 20 de Noviembre del 2015 de: <http://siare.clad.org/fulltext/2236600.pdf>

Cunill, N., Fernández, M., y Thezá, M. (2014). La Cuestión de la Colaboración Intersectorial y de la Integralidad de las Políticas Sociales: Lecciones Derivadas del Caso del Sistema de Protección a la Infancia en Chile. *Revista Polis*, 36. Recuperado el 28 de Noviembre del 2015. de <http://polis.revues.org/9503>

Clavijo, R., González, F., Patiño, M., Rodríguez, L., González, M., y López, S. (2005). Educador/a de Minusvalías y Monitor/a de Centro Ocupacional y Residencia del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava. Volumen II. Sevilla: MAD-Eduforma.

Chile Crece Contigo. (2012). Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales. Chile. <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/Orientaciones-t%C3%A9cnicas-para-las-modalidades-de-apoyo-al-desarrollo-infantil-Marzo-2013.pdf>

Dahlberg, G., Moss, P. y Pence, A. (2005). Más allá de la calidad en educación infantil: perspectivas posmodernas. Barcelona: Graó.

Daigre M.L, Ziliani M.E, y Muñoz C. (2011) Informe Final de Evaluación Programa Apoyo al Recién Nacido (1ra edición). Santiago, Chile: Ministerio de Planificación – Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

DIPRES. (2013). Evaluación de impacto del sistema de protección integral a la infancia (Chile Crece Contigo). Resumen ejecutivo. Recuperado de: [http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119335\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119335_doc_pdf.pdf)

Díaz, L., Torruco, G., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista. Recurso Flexible y Dinámico. Investigación en Educación Médica. 2(7):162-167.

Dilia, M., y Acosta, A. (2011). Calidad de Vida y Derechos de la Infancia: Un Desafío Presente. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. p. 205-217.

Dirección de presupuesto (2011) Asesorías para el desarrollo. Evaluación de Impacto del Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo) Recuperado de: [http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119335\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/594/articles-119335_doc_pdf.pdf)

Estremero, J. y García, X. (2003). *Ciclo Vital - Crisis evolutivas*. Recuperado de <http://www.foroaps.org/files/Ciclo%20Vital%201.pdf>

Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual. Recuperado de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/cuadernos-de-buenas-practicas/123-planificacion-centrada-en-la-persona-.html>

Fernández R., B. (2011). Estimulación Cognitiva en niños de Segundo Ciclo de Infantil. España: Universidad de Cantabria.

Fernández, L., y Riquelme, P. (2006). Sistematización Programa de Estimulación Temprana. Recuperado el 18 de enero de 2016, de [crececontigo.gob.cl: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/14-Programa-de-Estimulacion-Temprana.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/14-Programa-de-Estimulacion-Temprana.pdf).



FEAPS.(2007). Planificación Centrada en la Persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja Para Personas con Discapacidad Intelectual. Madrid, España. Pág. 10-11.

Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de la familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* N°. 35. p. 326-345.

García, F., Escorcía, C., Sánchez, M., Orcajada, N. y Hernández E. (2014). Atención Temprana Centrada En La Familia. *Siglo Cero*. Vol. 45 (3) 6-27.

García, R, M. (2011). Habilidades Sociales en Niños y Niñas con Discapacidad Intelectual. Sevilla: Asociación Por la Innovación Educativa Eduinnova.

Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R., & Balcells, A. (2009). Trabajar con las Familias en Atención Temprana. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 65, (23,2) 95-113. Recuperado de <http://www.plenainclusioncv.org/v2/wp-content/uploads/Trabajar-con-Familias-en-AT.pdf>

Gobierno de Chile. (2011). Instituto Interamericano del Niño la Niña y Adolescentes. Recuperado el 28 de noviembre de 2015, de <http://www.iin.oea.org/IIN2011/newsletter/boletin9/noticia-esp/pdf-1/Chile.pdf>

Gómez, R., Alonso, P., Rivera, I. (2011). Relación Materno Fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación maternal fetal. *INFAD, Revista de Psicología*, 1(1), 425-434.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005). Libro blanco de la atención temprana. Real Patronato Sobre Discapacidad: Madrid.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) Metodología de la investigación (5ta. Ed.). México Edit. McGraw Hill.

Iglesias, I., Astorga, P., Muñoz, B. y Badani, P. (2008). Palabras + Palabras, Aprendemos a Leer. Manual Para la Familia. Ministerio de Educación de Chile. Santiago. Chile.

INE. (2010). Estadísticas del Bicentenario: La familia Chilena en el tiempo. Enfoque Estadístico. Pág. 1-8.

Iturrieta, O. (2001) "Conflictos familiares: ¿Cómo resolverlos?". CED, Universidad Católica del Norte, Chile.

López, M., Marín, A., y De la Parte, J. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Revista Siglo Cero*, 35 (1).

Recuperado de:  
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/Lopezfraguaspcp.pdf>

Llopis, G, R., y Llopis, G, D. (2004). Bienestar Familiar y Relaciones de Amistad. Un Estudio con Adolescentes en Edad Escolar. *Estudios de Educación*. Pág. 59-75.

Maldonado, M. (2007) El trabajo colaborativo en el Aula Universitaria. *Laurus, Revista de Educación*. Pág. 263-278.

Martín, A. (1995). Fundamentación Teórica y uso de las Historias y Relatos de Vida Como Técnicas de Investigación en Pedagogía Social. Pág. 41-60.

Martínez, J. (2011). Métodos de Investigación Cualitativa. *Revista Silogismo de Investigación*. Pág. 1-43.

Merino, M. y Morales, F. (2002). Bases curriculares de la educación parvularia. Participación de la familia. Ministerio de Educación de Chile. Chile.

MINEDUC (2002). Escuela, Familia y Discapacidad. Chile. Extraído el 26 de Octubre de 2015 de:  
[http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201305151330350.Guia\\_familia\\_N1.pdf](http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/doc/201305151330350.Guia_familia_N1.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social (2013). Evaluación de costo-efectividad de modalidades de apoyo al desarrollo infantil del Sistema de Protección a la Infancia. Santiago, Chile.

Moreno, A. (2008). La Estimulación Temprana. *Revista digital ciencia y didáctica*, (2), 79-90. Recuperado de <http://dstfonoaudiologia.blogspot.cl/2011/11/revista-digital-ciencia-y-didactica-n-2.html#>

Morales, F. (2006). ¿Te suena familiar?. Talleres para trabajar con familia. Recuperado de la base de datos de <http://www.unicef.cl/centrodoc/tesuenafamiliar/2007/Cartilla%20N5.pdf>

Muñoz, V. (2011). Importancia de la afectividad en el desarrollo educativo de las personas con Discapacidad Visual (Tesis De Licenciado). Universidad Tecnológica De Pereira Facultad De Bellas Artes Escuela De Música, Colombia.

Muñoz, A. (2011). Impacto de la discapacidad en las familias. *Innovación y experiencias educativas.*, 38, 1-8.

Ochoa, G., Maillard, C. y Solar, X. (Mayo de 2010). Germina: Conocimiento para la acción. Recuperado el 25 de noviembre de 2015, de: [http://www.germina.cl/wp-content/uploads/2011/05/publicacion4\\_infancia\\_politicas\\_publicas\\_germina2010.pdf](http://www.germina.cl/wp-content/uploads/2011/05/publicacion4_infancia_politicas_publicas_germina2010.pdf)

Peralta, F. y Arellano, A. (2010). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* en, 1339-1362.

Pesce, C., Moraga, M. y Mingo, V. (2007). Programa de Estimulación del Desarrollo Infantil “Juguemos con nuestros hijos” (Implementación y Evaluación). UNICEF

Pizarro, R. (1984). La necesidad del trabajo interdisciplinario en las instituciones de seguridad social en Costa Rica. (Tesis de licenciatura) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J., Belda, J., González, T. y Vived, E. (2004). Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana. Observatorio de la Discapacidad. ARTEGRAF.

Ruiz, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. España: Deusto.

Rodríguez, J. (2011) Métodos de investigación cualitativa. *Silogismo*. 1(8), p.30.

Rojas, J. (2007). Los derechos del niño en Chile: una aproximación histórica, 1910-1930. *HISTORIA*. p. 129-164

Sarto, M. (2001). Familia y discapacidad. Trabajo presentado en el III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”, Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruquay2001/5.pdf>.

Salgado, A. (2007). Revista Liberabit. Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del rigor metodológico y retos. Pág. 71-78.

Secretaría Regional Ministerial de Planificación y Coordinación. (2010). Chile Crece contigo y el enfoque de género. Santiago: Gobierno de Chile, recuperado el 28 de noviembre del 2015, de: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/4\\_ChCC\\_Genero.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/4_ChCC_Genero.pdf)

Silva, V. y Molina, H. (Eds.). (2010). Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la instalación del sistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Santiago: Gráfica Puerto Madero. En [http://www.munitel.cl/file\\_admin/archivos\\_munitel/infa/infa9.pdf](http://www.munitel.cl/file_admin/archivos_munitel/infa/infa9.pdf) . Extraído el 21-11 del 2015.

Soriano, V. (1998). Intervención Temprana en Europa: Organización de Servicios y Asistencia a los niños y sus familias. Tendencia en 17 países europeos. European Agency for Development in Special Needs Education.

Soriano, V. (2005). *Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. European Agency for Development in Special Needs Education. Recuperado de: [https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations\\_eci\\_es.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_es.pdf)

Tamarit, J. (2009). Atención temprana. Avanzando hacia un modelo inclusivo orientado a la calidad de vida familiar y al desarrollo de competencias personales significativas tanto en los niños y niñas como en sus familias.

Thompson, J., Bradley, J., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., Snell, M. y Wehmeyer, M. ... Yeager, M. (2010). Conceptualizando los apoyos y las necesidades de apoyo de personas con discapacidad intelectual. *Siglo cero*, 41 (1), 7-22.

UNICEF. (2006). Convención Sobre los Derechos del Niño. Madrid, España. Pág. 6-7.

Urzúa M, A., y Caqueo, U, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Revista Terapia Psicológica*, 61-71.

Uribe, I. (1998). Motricidad infantil y desarrollo humano. *Revista Educación física y Deporte*, 91-95.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Gedisa, S.A.: Barcelona España.

Vallejo, J. (2001). Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad. Recuperado el 12 de enero de 2016, de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/viewFile/3805/3521>

Verdugo, M. (2003). Aportaciones de la definición de retraso mental (AAMR, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad. Ponencia presentada en el Congreso La respuesta a las necesidades educativas especiales en una escuela vasca inclusiva: San Sebastián, del 29 al 31 de octubre de 2003. Recuperado de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO6569/verdugo.pdf>.

Verdugo, M., Ibáñez, A. y Arias, B. (2007). La escala de intensidad de apoyo (sis). Adaptación inicial al contexto español y análisis de sus propiedades psicométricas. *Revista española sobre la Discapacidad Intelectual*. Vol. 38 (2), Núm. 222. Pp 5-16.

Vidal G, A., Duffaut, G., y Ubilla, C. (2007). Calidad de vida en el niño asmático y su cuidador. *Revista Chilena Enfermedades Respiratorias*, 160-166.

Viloria, C. (2011). La atención a la familia en atención temprana. Un estudio desde la perspectiva de los profesionales de los servicios y centros de atención temprana. (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Villar, A, M. (2011) .Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241. Recuperado de la base de datos: <http://www.redalyc.org/>

Villegas, G. C. (2011). *La atención temprana en la etapa de educación infantil*. (Tesis de Maestría). Universidad de Almería, Almería.

## VIII. ANEXOS

## Anexo 1

Códigos	Indicadores
<b>Áreas de Apoyos</b>	
1. Desarrollo Humano	Desarrollo físico, cognitivo, social – emocional
2. Enseñanza y Educación	Interactuar con compañeros, maestros, habilidades funcionales académicas. Solucionar problemas, uso de tecnología.
3. Vida en el Hogar	Uso del servicio, cuidado de la ropa, mantenimiento del hogar, vestirse, asearse, higiene personal
4. Vida en Comunidad	Uso de transporte, ocio en la comunidad, comprar y adquirir bienes, interactuar con miembros de la comunidad
5. Empleo	Aprender habilidades laborales específicas, interactuar con compañeros y supervisores de trabajo, acceder a servicios de apoyo al empleo
6. Salud y Seguridad	Evitar riesgos para la salud, tomar medicamentos, moverse y desplazarse, mantener la salud física, mantener la salud mental y bienestar emocional
7. Actividades Conductuales	Aprender habilidades específicas y a tomar decisiones, tratamientos de salud mental, realizar elecciones y tomar la iniciativa, comportamiento social adecuado, incrementar habilidades adaptativas.
8. Actividades Sociales	Socializarse con la familia, participar en actividades de ocio, hacer amigos, comunicar necesidades, emplear habilidades sociales apropiadas, relaciones amorosas e íntimas
9. Protección y Defensa	Defenderse así mismo, controlar el dinero, protegerse de abusos, realizar elecciones adecuadas, obtener servicios legales.

## Anexo 2

### **PREGUNTAS ENTREVISTA PADRES**

**Fecha:**

**Hora:**

**Lugar:**

**Nombre del entrevistador:**

Datos Personales:

-Nombre completo:

-Edad:

-Género:

-Nombre de su hijo:

-Edad de su hijo:

-Tiempo que lleva en el programa:

**Preguntas:**

1.- ¿Qué opina sobre la atención que entregan los profesionales del centro?

2.- ¿De qué forma usted se involucra en este proceso?

3.- ¿Cómo es la interacción entre usted y los profesionales que trabajan en el centro?

4.- Con respecto a los profesionales, ¿Cree que es necesario contar con otros profesionales?, ¿Cuáles?

5.- Al momento de presentar dudas, ¿Conoce el conducto regular que debe seguir en el centro?

6.- ¿Cómo ingresó al programa del CESFAM?

7.- ¿De qué forma ha influenciado la atención temprana que recibe su hijo/a en el grupo familiar?



- 8.- ¿Qué sugerencias propondría al programa para seguir favoreciendo la atención de su hijo/a?
- 9.-¿Cómo la atención temprana apoya el desarrollo de su hijo/a?
- 10.-¿Qué otros apoyos cree usted requiere su hijo/a para su desarrollo?
- 11.-¿La atención recibida ha ayudado al aprendizaje de su hijo/a? ¿En qué?
- 12.- ¿Cómo es el comportamiento de su hijo/a frente a las actividades que se realizan en el centro?
- 13.-¿Ha influenciado la atención en la interacción del niño/a con sus pares y otros adultos?
- 14.-¿Las actividades realizadas en la sala han aportado al desarrollo de su hijo/a?
- 15.-Las actividades que se desarrollan en el centro de estimulación temprana, ¿Usted puede realizarlas en su hogar? ¿Las realiza?
- 16.-¿Qué otras actividades cree que serían necesarias de aprender/ o que le enseñaran para realizarlas en el hogar?
- 17.-¿Cómo es la interacción con los otros padres que asisten a la sala?
- 18.-Ésta, ¿aporta al desarrollo de su hijo?
- 19.-¿Existen canales de comunicación con los otros padres?
- 20.-¿Existen orientaciones a nivel de salud dentro de la sala?
- 21.-¿Existe un seguimiento en las mejoras que tiene su hijo/a? ¿De qué forma?

### Anexo 3

#### **PREGUNTAS ENTREVISTA PROFESIONALES:**

**Fecha:**

**Hora:**

**Lugar:**

**Nombre del entrevistador:**

Datos personales:

-Nombre completo:

-Edad:

-Antigüedad laboral:

-Tiempo en el centro:

**Preguntas:**

1.- ¿Cuál es su profesión?

2.- ¿Qué labor cumple en esta institución?

3.- ¿Qué apoyos requieren los niños que ustedes atienden?

4.- ¿Cuáles son las necesidades que se presentan con más frecuencia en los niños?

5.- ¿Cómo son atendidas estas necesidades desde tu profesión?

6.- ¿Qué te motivó a trabajar en esta área?

7.- ¿Cree que presenta las herramientas necesarias para atender a los niños que son derivados a atención temprana?

8.- ¿Cuáles son las redes de apoyo crees que existen en el centro?

9.- ¿Cómo es el trabajo con otros profesionales? (describa)

10.- ¿Qué acciones realizaría para continuar mejorando los apoyos profesionales que se entregan?