

# Evaluación Psicológica de las Prácticas de los Servicios de Atención Temprana en Paraguay

## Psychological Evaluation of Early Intervention Services' Practices in Paraguay

Paola Duarte-Rivas<sup>1</sup>, Marta Gràcia<sup>2</sup> y Fàtima Vega<sup>3</sup>

### Resumen

La atención temprana (AT) afronta el reto de transitar de un modelo centrado en el déficit a un Modelo Centrado en la Familia (MCF). En este último la familia forma parte activa de todo el proceso de evaluación psicológica, de la intervención y toma de decisiones. Las profesionales de los Servicios de Atención Temprana (SAT) en Paraguay se han formado en el MCF, sin embargo, no se habían evaluado sus prácticas. Por esta razón, desde un enfoque mixto, se exploró la perspectiva de las profesionales y familias respecto a las prácticas psicoeducativas en AT. Participaron 35 profesionales y 160 familias. A las primeras se les aplicó el cuestionario “FINESSE II” y una entrevista en profundidad, mientras que a las familias se les aplicó el “FINESSE Family”. Los resultados indicaron la existencia de una diferencia significativa entre la práctica habitual y la ideal, lo que indica que no se enmarcan al MCF.

**Palabras claves:** atención temprana, modelo centrado en familia, intervención psicoeducativa, percepciones

### Abstract

Early Intervention (EI) faces the challenge of shifting from a deficit-centered model to a Family-Centered Model (FCM). In the latter, the family plays an active role throughout the process, including the psychological evaluation, intervention and decision-making. In Paraguay, professionals in Early Care Services (SAT) have been trained in the FCM, however, their practices had not been evaluated. To address this, a mixed-methods study explored the perspectives of professionals and families regarding psychoeducational practices in EI. The study included 35 professionals and 160 families. Professionals completed the “FINESSE II” questionnaire and participated in in-depth interviews, while families responded to the “FINESSE Family” questionnaire. Results indicate a significant gap between usual and ideal practices, suggesting that current approaches do not fully align with the FCM.

**Keywords:** early intervention, family-centered model, psychoeducational intervention, perceptions

<sup>1</sup>PhD (C). Universidad de Barcelona, Pg. Vall d’Hebrón, 171. (08035), España. Correo: [jduartri7@alumnes.ub.edu](mailto:jduartri7@alumnes.ub.edu). (Autor de correspondencia)

<sup>2</sup>Profesora Titular. Universidad de Barcelona, Pg. Vall d’Hebrón, 171. (08035), Barcelona, España. Correo: [mgraciag@ub.edu](mailto:mgraciag@ub.edu)

<sup>3</sup>Profesora Ayudante Doctora. Universidad de Barcelona, Pg. Vall d’Hebrón, 171. (08035), Barcelona, España. Correo: [fatima.vega@ub.edu](mailto:fatima.vega@ub.edu)

*Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº75 · Vol.1 · 177-192 · 2025*

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

## Introducción

La familia y los cuidadores principales son los primeros y más estables agentes en el proceso de socialización de los niños. Entre ellos tienen lugar actividades e interacciones que generan una serie de vínculos necesarios para el desarrollo infantil (Bello et al., 2018), lo cual permite afirmar que la familia y los cuidadores son participantes activos del proceso de desarrollo de los niños.

Los servicios de Atención Temprana (AT) favorecen el desarrollo psicológico adecuado de niños con riesgo biológico, socioambiental, discapacidad o con riesgo de padecerlos (Dalmau et al., 2017). A la vez, brindan recursos técnicos a las familias con el fin de favorecer un adecuado progreso en el contexto escolar.

El rol de las madres, padres y otros cuidadores en los servicios de AT ha evolucionado hacia una visión más social, enfatizando la participación en las actividades de las rutinas diarias, en el desarrollo comunitario, y en mejorar la calidad de vida de las familias. También se ha priorizado garantizar la funcionalidad de las intervenciones en base a las necesidades de las familias y de los niños y niñas con alguna condición (García-Grau et al., 2019). Progresivamente, las prácticas de los profesionales como psicólogos y psicopedagogos se han ido orientando a Modelos Centrados en la Familia (MCF), dejando atrás prácticas centradas en el déficit y en la rehabilitación (Escorcía et al., 2018). Con el MCF se busca atender las necesidades e intereses del niño, de la familia y del entorno, partiendo de sus habilidades, competencias y fortalezas, con el fin de potenciarlas (McWilliam, 2016).

En este enfoque, Bruder (2010) señala que la principal fuente de influencia en el aprendizaje y desarrollo de los niños es la familia. Por tanto, es primordial en AT apoyar a las madres, padres y cuidadores con el fin de que proporcionen a los niños experiencias y oportunidades que promuevan el uso y el desarrollo de sus habilidades y competencias (Moore, 2012).

En el MCF, el proceso de evaluación psicológica e intervención se concibe como una estrecha colaboración entre el profesional y la familia. En función de cómo se establezca dicha colaboración, las prácticas tendrán mayor o menor calidad y serán más o menos eficaces (Leal, 2005).

Según Dunst et al. (2007) existen tres componentes del MCF que deben tenerse en cuenta para fomentar una relación colaborativa entre el profesional (psicólogo, psicopedagogo, educador y otros) de AT y las familias. El primer componente tiene que ver con el grado en el que las prácticas se consideran *prácticas relacionales*. Ello supone la inclusión de conductas asociadas a habilidades de escucha activa y empatía, a través de las cuales el profesional favorece que los miembros de la familia adquieran o mejoren competencias y capacidades. El segundo componente se relaciona con el grado en que las prácticas son *participativas*. Ello implica la incorporación de acciones que promueven la colaboración entre la familia y el profesional, que fomentan la participación de la familia en la toma de decisiones, y el uso de habilidades y el desarrollo de otras para obtener los resultados deseados en la intervención. El último componente remite al grado en el que la familia se implica en la *planificación*, así como en la implementación de la intervención.

Los tres componentes revisados, especialmente el segundo y el tercero, suponen que la familia es el eje principal en las intervenciones y un elemento clave en la toma de decisiones. En el MCF, los profesionales dejan de ser “expertos” que dicen a las familias lo que estas deben hacer, y asumen el rol de “colaboradores”, a fin de acompañar a las familias en el desarrollo de sus competencias parentales (Escorcía et al., 2023).

El estudio llevado a cabo en España por Gràcia et al. (2020) señala que el proceso de transición de un modelo de AT tradicional hacia un enfoque centrado en la familia (MCF) plantea retos importantes, tanto para las familias como para los profesionales (psicólogos y psicopedagogos). Después de su participación en un proceso de trabajo colaborativo hacia un MCF, los profesionales que participaron en el estudio manifestaron que el MCF fomenta una mayor interacción y relación más positiva con las familias, una mayor comprensión y evaluación psicológica de las necesidades, intereses y recursos de estas, y permite enriquecer el desarrollo de las intervenciones, ya que involucra a las familias en la toma de decisiones. Por su parte, las familias, durante las reuniones desarrolladas en el estudio, expresaron que hacerles partícipes del proceso de intervención y en la toma de decisiones, las

empoderaba y les ayudaba a ser más conscientes de los recursos y apoyos con que contaban. Sin embargo, como ya apuntaba Giné et al. (2006), tanto profesionales como familias reconocieron que implementar el MCF requería tiempo, compromiso, recursos y acompañamiento. Resultados similares refieren Serrano et al. (2016) en su trabajo, quienes coinciden en que el MCF también representa un desafío para los profesionales, ya que requiere de una formación acorde y continua en relación con este tipo de prácticas, y a la vez de un acompañamiento que les permita establecer redes de apoyo de tipo diverso.

Por otra parte, Garcia-Grau et al. (2019) desarrollaron un estudio con el objetivo de describir las prácticas de 250 profesionales de AT de España durante el proceso de transición de un modelo tradicional a un MCF. Para describir sus prácticas utilizaron el instrumento FINESSE II (McWilliam, 2011), adaptado y traducido por Garcia-Grau (2015), una escala de autoevaluación que permite al profesional una reflexión sobre sus prácticas, para que identifiquen bajo qué modelo psicológico están interviniendo en los Servicios de Atención Temprana (SAT) y a partir de allí si fuese necesario, redireccionar sus prácticas a un MCF. En este estudio se encontró que las prácticas ideales, es decir, aquellas que describen lo que en su opinión se debería llevar a cabo en el SAT, y por tanto cercanas al MCF, tenían una puntuación más elevada que la obtenida para describir las prácticas habituales, es decir, aquellas que describen lo que realmente se hace en el SAT, en todos los ítems. En todos los casos, las familias consideraron que las prácticas que se llevaban a cabo en el SAT estaban alejadas de aquellas que se podrían llevar a cabo para que fuesen más cercanas a un MCF.

En general, los estudios centrados en el paso de modelos tradicionales a MCF ponen de relieve que, a pesar de la mayor concienciación, las familias de muchos países europeos siguen teniendo un papel poco activo durante las intervenciones psicológicas, y las prácticas desarrolladas en los SAT no siguen un MCF (Eurydice, 2010; Garcia-Grau, 2015; Giné et al., 2006). En general, los profesionales se centran en ofrecer a las familias pautas, recomendaciones y orientaciones de cómo trabajar con sus hijos en sus hogares para lograr las metas en su desarrollo psicológico que se han planteado como profesionales y, en muy pocas

ocasiones, trabajan colaborativamente con las familias para definir dichas metas y objetivos de trabajo (García-Sánchez et al., 2014).

McWilliam et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en Paraguay que supuso asesorar y acompañar la implementación del MCF en una institución privada, así como en otras instituciones públicas (McWilliam & Garcia-Grau, 2020). En este contexto, entre 2017 y 2018, el Ministerio de Educación y Ciencias, en alianza con UNICEF, formó a 35 educadoras, una por cada servicio, que conforman la totalidad de los SAT de Paraguay, todos dependientes del Ministerio de Educación (UNICEF, 2018, 2019). Los estudios llevados a cabo en relación con este proceso de desarrollo profesional ponen de relieve que la formación de las 35 profesionales de los SAT de Paraguay en el MCF fue insuficiente y que, para incorporar las prácticas centradas en la familia, se requiere más tiempo, acompañamiento y guía continuada (Garcia-Grau, 2022).

Después de seis años de participación por parte de las profesionales de los SAT de Paraguay en formaciones siguiendo el MCF, se remarca la necesidad de conocer en profundidad cómo son en la actualidad las prácticas en estos SAT, no solo desde la perspectiva de las profesionales, sino también de las familias, y el grado en el que consideran que están implementando prácticas centradas en las familias, con el fin de detectar elementos de mejora.

Este estudio se ha llevado a cabo en los SAT de Paraguay, que fueron creados a fin de responder a tres necesidades detectadas: 1) incorporación tardía al sistema educativo de niños y niñas que encontraban barreras para el acceso, la participación y el aprendizaje, derivadas de una o más condiciones estructurales o funcionales; 2) ausencia de servicios que ofreciesen respuestas a las necesidades detectadas; y 3) cumplimiento de normativas en primera infancia que ratificasen la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay, 2012).

En el año 2012, el Ministerio de Educación y Ciencias, a través de la Dirección General de Educación Inclusiva, vio la necesidad de desarrollar programas de prevención e intervención psicológica que involucrasen a la familia y la comunidad, respondiendo a las necesidades de

Tabla 1. Distribución de los 35 SAT en Paraguay

Localización-Departamento	N.º de SAT (frec.)
Capital	4
Central	6
Paraguarí	3
Cordillera	1
Caazapá	3
Misiones	3
Guairá	1
Caaguazú	2
Itapúa	2
Alto Paraná	2
San Pedro	1
Concepción	3
Ñeembucú	1
Presidente Hayes	1
Boquerón	1
Amambay	1
Zona/área de localización	Distribución (%)
Capital	11.4%
Metropolitana	17.2%
Interior	71.4%
Tipo de gestión	Distribución (%)
Pública	77.1%
Privada Subvencionada	22.8%

Nota. Fuente: elaboración propia.

niños y niñas de 6 meses a 4 años de edad, prematuros, con discapacidad, con trastornos del desarrollo o con riesgo de padecerlos, con el objetivo de lograr la inclusión educativa y social de los mismos.

Ello dio lugar al desarrollo de los SAT, en la mayoría de los casos ubicados en instituciones escolares, y en un caso en un hospital regional, con el fin de estimular todas las áreas del desarrollo infantil, a través de la AT (Ministerio de Educación y Cultura, 2012). Actualmente existen 35 servicios distribuidos en 16 de los 17 departamentos de Paraguay (ver Tabla 1).

A partir de lo expuesto, se plantea desarrollar este estudio con tres objetivos:

1. Analizar la perspectiva de las profesionales respecto a sus prácticas en AT y el grado en el que se acercan al MCF.

2. Explorar la perspectiva de las familias respecto a las prácticas en AT de las profesionales que atienden a sus hijos e hijas, y el grado en el que se acercan al MCF.

3. Detectar aspectos mejorables en las prácticas actuales, para acercarlas al MCF.

## Método

Este estudio presenta un enfoque mixto, con elementos cuantitativos (estadísticos descriptivos,

prueba de Wilcoxon y U de Mann-Whitney) y cualitativos (análisis de contenido por medio de un sistema de categorías), y tiene un diseño transversal.

## Participantes

En la primera fase del estudio (respuesta a un cuestionario *ad hoc*, FINESSE II y FINESSE Family), participaron 35 profesionales, en su totalidad del género femenino, una de cada SAT del país (ver Tabla 1), y 160 familias, entre 4 a 5 familias por SAT. En cuanto a las características prevalentes de los niños de las familias participantes en un 55.7% eran de género masculino y 44.3% de género femenino (ver tabla 2).

En la segunda fase del estudio (entrevista en profundidad) participaron diez de las 35 profesionales. Cinco de las diez seleccionadas fueron las que formaron parte del proyecto inicial de los SAT que se ha descrito en el apartado anterior, con lo que contaban con mayor antigüedad en los servicios, y las otras cinco fueron seleccionadas al azar (Gómez, 2012). Todas las profesionales tenían un año de experiencia, como mínimo, en el SAT, y acreditaban un título de formación en Ciencias de la Salud (psicología, psicopedagogía) o en Educación, con especialización en AT.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las familias y niños (N=160)

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

En cuanto a las familias, se solicitó a la profesional de cada SAT que eligiese a aquellas 4 o 5 familias que acudían al SAT de manera regular y con una antigüedad mínima de un año. En conjunto, se intentó que hubiese diversidad en cuanto a los niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto), edad de la madre (adolescente, joven, adulta y adulta mayor), y estructura familiar (familia monoparental, biparental, hermanos, abuelos, tíos, etc.). (ver Tabla 2).

## Procedimiento

### Fases del diseño/digitalización de los instrumentos y de la recolección de los datos.

#### Fase 1. Diseño y digitalización de instrumentos

*Fase 1.1.* Diseño de los instrumentos. Elaboración de los cuestionarios en base a estudios previos y a la revisión de la literatura, que posteriormente fueron digitalizados para poder ser contestados por las profesionales y familias con mayor facilidad. En ambos casos, previo a este instrumento, se adjuntó el consentimiento informado.

El guion para llevar a cabo las entrevistas se diseñó con el fin de profundizar en la información obtenida a través de los cuestionarios, para cada una de las profesionales entrevistadas. Se plantearon como un espacio para conversar e intercambiar información entre la investigadora y las profesionales (Kvale, 2011).

#### Fase 2. Calendarización del trabajo de campo.

Se contactó con la Dirección General de Educación Inclusiva dependiente del Ministerio de Educación y Ciencias de Paraguay, por medio de una nota, solicitando el permiso correspondiente de realizar la investigación con los SAT. Posteriormente, vía telefónica, se contactó con las 35 profesionales de dichos servicios, se les explicó el objetivo de la investigación, y posteriormente se les orientó acerca de la manera de contestar los cuestionarios. A la vez, se le solicitó a cada una de ellas que remitieran una lista de 10 familias, teniendo en cuenta los criterios de selección mencionados anteriormente.

Se acordó con las profesionales y familias las fechas y los horarios para las reuniones de seguimiento, dudas, y consultas sobre los cuestionarios. Posteriormente, se fijaron las fechas para las entrevistas en profundidad con las

profesionales, las mismas se realizaron de manera virtual.

#### Fase 3. Aplicación/uso de instrumentos

*Fase 3.1.* Envío del enlace del cuestionario y de la prueba (datos de la institución y FINESSE Family) a cada familia.

*Fase 3.2.* Envío del enlace del cuestionario y de la prueba (datos sociodemográficos y FINESSE II) a cada profesional.

Realización de las entrevistas a las profesionales. Tras un primer vaciado y análisis de los cuestionarios contestados por las profesionales, se seleccionaron 10 de ellas (ver apartado de participantes para criterios de selección) para proceder con la entrevista en profundidad, que realizó la investigadora principal de manera virtual, y tuvo una duración de una hora a una hora y media cada una de ellas.

El periodo de recogida de datos se alargó durante 10 meses, desde enero de 2022 a octubre del mismo año.

## Instrumentos

Se emplearon diferentes instrumentos de recogida de datos. A continuación, se detallan los utilizados para obtener información de las familias, así como los aplicados para recoger datos de los profesionales.

### Familias

En el caso de las familias, los datos fueron recogidos por medio de dos instrumentos:

1) Un cuestionario que recogía datos sociodemográficos de las familias elaborado específicamente para este estudio con el fin de caracterizar y describir a los participantes. Pretendía recoger información general del niño/a, de su desarrollo psicológico, de las personas que conviven con el niño/a, y sobre la condición por la que acudían al SAT (ver Tabla 1 y 2).

2) El cuestionario FINESSE Family (McWilliam, 2015) fue traducido y adaptado al español por Fernández y Cañadas (2015). Está formado por 19 ítems y descriptores. En la parte superior de los descriptores se solicita a la familia que indique la experiencia habitual (lo que se lleva a cabo en el SAT) y en la parte inferior, la experiencia ideal (lo que en su opinión debería llevar a cabo en el SAT). La familia participante

**Tabla 3.** Ejemplo de cómo se contestan los valores referidos a la práctica habitual y a la práctica ideal del cuestionario de profesionales

Ítem 12. Visitas domiciliarias						
Práctica habitual						
1	2	3	4	5	6	7
Las visitas consisten principalmente en la intervención con el niño por parte del profesional.	Las visitas consisten principalmente en demostrar las técnicas a familias, que solo observan.		Las visitas consisten principalmente en asesorar a la familia sobre las habilidades funcionales del niño, pero sin centrarse en las necesidades de la familia.		Las visitas consisten principalmente en asesorar a la familia sobre las habilidades funcionales del niño, se centran en satisfacer las necesidades de la familia.	
1	2	3	4	5	6	7
Práctica Ideal						

**Tabla 4.** Descripción de las dimensiones y preguntas del guion de entrevista realizada a profesionales agrupadas por dimensiones

Dimensiones	Preguntas
Primeros encuentros: interacción inicial de la profesional con la familia y descripción del servicio.	¿Cómo describes a las familias las prácticas que brindarás en el SAT?
Planificación de la intervención: cómo se evalúa e identifica las necesidades, prioridades y demandas de la familia a fin de determinar la meta del plan de intervención.	¿Cómo identificas las necesidades del niño y la familia? ¿Cómo realizas la evaluación del niño/a que acude al servicio? ¿Cómo estableces las prioridades del niño y la familia para la intervención? ¿Quién toma las decisiones de las intervenciones que se llevaran a cabo?
La funcionalidad: cómo se establecen los objetivos y en qué medida son coherentes y funcionales a los requerimientos de las familias.	¿Cómo se plantean los objetivos? ¿Quién establece los objetivos a ser trabajados? ¿Qué cambios has notado en el desarrollo del niño a partir de las prácticas brindadas en el servicio? ¿Qué cambios has notado en la rutina familiar a partir del servicio brindado? A partir de los servicios brindados ¿cómo ha sido la inclusión social de los niños que acuden al SAT? El servicio que brindas ¿favorece a la inclusión educativa de los niños que acuden al SAT?
Rol profesional: cómo se desarrolla el servicio, determinando si existe o no colaboración familia-profesional o sólo se centra en las necesidades del niño, quien dirige la intervención y si se desarrollan capacidades en la familia.	Por lo general ¿Cómo trabajas con las familias? ¿Cómo se da la participación de las familias durante las intervenciones? ¿Con qué frecuencia se describen los logros/avances? ¿De qué manera se presentan los avances?

Nota Fuente: elaboración propia.

debe marcar lo que considere oportuno en cada caso (García-Grau et al., 2019) (ver Tabla 3).

### Profesionales (psicólogas, psicopedagogas, pedagogas)

En el caso de las profesionales los datos fueron recogidos a través de tres instrumentos:

1) Cuestionario para recoger datos de la institución tales como nombre, tipo de gestión y ubicación geográfica, elaborado *ad hoc* para esta investigación.

2) Prueba FINESSE II (McWilliam, 2011) adaptada y traducida por García-Grau (2013). Esta prueba está dirigida a profesionales y se compone de 19 ítems y descriptores. El procedimiento para responder sobre la experiencia habitual y la experiencia ideal es el mismo que en el caso de las familias (ver Tabla 3).

3) Guion para realizar una entrevista en profundidad a las profesionales. La base para elaborar el guion fue el cuestionario FINESSE II. Las preguntas se agruparon teniendo en cuenta las 4 dimensiones planteadas por McWilliam (2011): a) primeros encuentros, b) planificación, c) funcionalidad, y d) rol profesional, tal y como ilustra la Tabla 4.

### Análisis de datos

Los datos obtenidos a través de los cuestionarios fueron analizados de manera descriptiva, a través de medias, frecuencias y desviaciones típicas, así como también de manera inferencial (Ñaupás et al., 2014). Con los datos recogidos con la prueba FINESSE para profesionales y para familias se realizó un análisis de comparación de medias entre la Práctica

*Tabla 5. Categorías y códigos agrupados por dimensión para analizar los datos cualitativos (entrevistas realizadas a las profesionales)*

Dimensión	Categoría	Códigos	Ejemplo
Primeros encuentros	Representación/conceptualización de lo que es un SAT.	Servicio de terapia. Terapia a los niños y orientación a las familias.	Después de la evaluación del niño, entonces le decimos como va a ser, si es que va a ser dos veces a la semana teniendo en cuenta la patología que presenta, de acuerdo con la necesidad del niño.
	Instrumento utilizado para la evaluación psicológica del niño.	Evaluación por medio de escalas, test. Evaluación por medio de escalas y acompañada de una entrevista general de historia clínica (anamnesis) con la familia. Evaluación psicológica únicamente por medio de entrevista para conocer participación en rutinas diarias.	Hacemos la entrevista con los padres y posteriormente yo le evalué también a las criaturas, con el transcurrir de las sesiones. Le observo primero al niño y de acuerdo con eso le aplico un test.
Planificación de las intervenciones	Toma de decisiones en las intervenciones	La profesional toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño. La familia toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño y su contexto (familia). Se toman decisiones colaborativas (familia-profesional) de acuerdo con las necesidades y prioridades del niño y familia. Objetivos centrados en el niño. Objetivos centrados en necesidades y prioridades de las familias.	Yo, yo siempre soy la que decido, le digo, mira mami, le hice la evaluación y falta trabajar más esta área. Le explico, y ya empiezo a trabajar, por qué siempre le justifico el porqué, verdad.
	Objetivos de la Intervención	Objetivos centrados en necesidades y prioridades de las familias y el niño. Objetivos centrados en necesidades y prioridades de las familias y la educadora. Se da de manera colaborativa.	Pues yo hago la entrevista con los padres y después trabajamos una sesión y así, para ver si es que realmente la madre ha dicho lo que realmente el niño necesita y después hago mis objetivos.
Funcionalidad	Quién establece los objetivos	La profesional establece los objetivos a trabajar con el niño en función a la evaluación hecha. La profesional establece los objetivos a trabajar con el niño y la familia en función a la evaluación hecha. Profesional y familia establecen de manera colaborativa los objetivos a trabajar en las intervenciones.	Generalmente nosotras somos las que orientamos, verdad, vamos a trabajar primero con esto y vamos a procurar hacer primero de esta manera, le hacemos una serie de metas a desarrollar verdad que nosotros le damos.
	Avances en las familias	Hay logros en la rutina familiar. No hay logros en la rutina familiar.	Este año agradecido estoy porque veo el resultado, muchos padres de repente te dicen, vos sabes que ella o él ya dice tal cosa, ya están dando pasos, porque se van a la fisio también, verdad. Estoy feliz porque puedo ver resultados en el niño, en la familia.
Rol profesional	Avances en los niños	Hay avances en el desarrollo del niño. Hay pocos avances en el desarrollo del niño.	Muchísimo evolucionaron. Verbalmente pues te dicen, mi hijo ha mejorado bastante, por ejemplo, cómo te dije, ya están dando pasos, están caminando, algunos que no saltaba, ya saltan ahora, otros no sabían trepar y ahora ya lo hacen, mejoraron mucho la parte motriz. El lenguaje también muchos lograron mejorar.
	Inclusión	Favorece a la inclusión escolar. Favorece la inclusión social. Aún no se evidencian mejoras en la inclusión social.	Algunos ya se están incorporándose en preescolar, y otros, en la guardería. Yo recomiendo que se lleve a los niños a la guardería y algunas guarderías ya están haciendo inclusión también, y eso es un logro.
Rol profesional	Grado de participación de las familias	La familia no está presente durante la intervención de la psicóloga con el niño. En las intervenciones la familia sólo observa y se le explica lo que debe hacer con el niño. Intervención colaborativa, profesional-familia.	Y yo trato más o menos de demostrarles cómo debería de ser y ellos están observando lo que yo estoy haciendo y después tengo una charla otra vez con los padres.
	Frecuencia con que se describen los logros/avances	Se describe los logros/avances una a dos veces al año. Se describe los logros/avances con frecuencia. No se describen los logros/avances.	Dos veces en el año presentamos los informes individuales a los papás, en el mes de julio y en noviembre nuestro informe final.
Rol profesional	Manera de presentar los avances	Los avances se presentan por medio de una entrevista. Los avances se presentan de manera escrita. Los avances se presentan de manera escrita y acompañada de una entrevista.	En la mayoría de los casos hacemos un informe escrito y va acompañado de una pequeña entrevista.

Habitual y la Práctica Ideal utilizando la prueba de Wilcoxon, y para la comparación de participantes (familias-profesionales) se utilizó la prueba U de Mann Whitney (Murillo y Martínez, 2020). El

análisis estadístico de los datos se realizó por medio del software SPSS (v 27) (Castañeda et al., 2010).

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el

Tabla 6. Resultados del cuestionario FINESSE II (McWilliam, 2011, adaptado y traducido por Garcia-Grau, 2013) contestado por las profesionales

Ítem	Práctica Habitual		Práctica Ideal		Prueba Wilcoxon	
	M	DT	M	DT	P Valor	Tamaño del efecto
1 Presentación del servicio	2.69	.867	3.37	.646	<.001	.71***
2 Acogida	2.77	1.087	3.26	.886	.008	.45**
3 Apoyos	2.20	1.208	3.40	.775	<.001	.74***
4 Evaluación de las necesidades	2.91	.919	3.57	.884	.001	.55***
5 Necesidades de la familia	3.60	.736	3.89	.404	.008	.45**
6 Satisfacción con las rutinas de la casa	2.80	.677	3.54	.701	<.001	.74***
7 Objetivos/resultados individualizados	2.80	1.052	3.60	.553	<.001	.62***
8 Especificidad de los objetivos	2.89	1.183	3.66	.802	<.001	.63***
9 Decisiones del servicio	2.74	1.120	3.49	.781	<.001	.65***
10 Equipo transdisciplinar	3.34	1.056	3.86	.550	.007	.46**
11 Visitas domiciliarias	3.17	1.014	3.60	.736	.007	.45**
12 Planificación de las visitas domiciliarias	2.60	1.006	3.26	.817	<.001	.64***
13 Asesoramiento familiar	3.23	1.140	3.71	.710	.007	.46**
14 Diálogo con la familia	2.86	.733	3.23	.490	.004	.49**
15 Demostraciones a los cuidadores	2.66	.873	3.20	.833	<.001	.57***
16 Visitas a centros educativos	3.20	1.232	3.71	.622	.007	.46**
17 Trabajo con las familias	2.57	1.335	3.11	1.051	.009	.44**
18 Enfoque de la intervención y evaluación del niño	3.17	1.175	3.51	.818	.018	.40*
19 Lugar donde se lleva a cabo las sesiones	1.11	.323	3.31	.471	<.001	.91***

Nota. \* $p < .5$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

software Atlas.Ti (v 9). Se estableció un sistema de categorías que posteriormente permitió segmentar y codificar las entrevistas (Friese, 2012). El sistema de códigos fue validado a través de juicio de expertos con la prueba estadística Alpha de Krippendorff, llegando a una fiabilidad intercodificadores mayor a .818, resultado aceptable (Manterola et al., 2018).

Las categorías y códigos se elaboraron en base a las cuatro dimensiones (ver Tabla 5).

## Resultados

Se presentan los resultados agrupados en base a los objetivos planteados en este estudio. En primer lugar, se presentan aquellos vinculados al contraste entre la práctica habitual y la práctica ideal, diferenciando entre los dos colectivos participantes. En segundo lugar, se presentan resultados vinculados al análisis de las entrevistas a las profesionales.

### Resultados relativos al Finesse II y Finesse Family

Los resultados que se presentan en la Tabla 6 ponen de relieve diferencias significativas con tamaños del efecto en su mayoría medianos y grandes, entre la práctica habitual y la práctica ideal por parte de las profesionales.

En la Tabla 7 se presentan los resultados

relativos a las familias, en los que se también se evidencian diferencias significativas entre ambas prácticas, siendo en este caso el tamaño del efecto grande en la mayoría de los ítems, y solo en algunos con efecto mediano.

En la Tabla 8 se puede observar que, tanto en el caso de las familias como en el de las profesionales, las puntuaciones medias más elevadas se encuentran en los ítems referentes a la práctica ideal (respecto a la habitual), con valores estadísticamente significativos ( $p < .005$ ) y un gran tamaño del efecto en ambos casos, profesionales (.841) y familias (.845).

En la tabla 9 se observa que hay diferencias significativas entre participantes en relación con la práctica habitual, pero no en la práctica ideal. Las familias y profesionales discrepan en valorar la intervención que se hace, la habitual, pero coinciden en lo que consideran que debería ser esta práctica.

### Resultados relativos a las entrevistas en profundidad a las profesionales de los SAT

A continuación, se presentan los resultados de la entrevista en profundidad realizada a las profesionales. Se presentan frecuencias de los códigos, siguiendo el orden en el que fueron apareciendo durante las entrevistas, por dimensiones, y algunos fragmentos de citas textuales para ejemplificarlos.



**Tabla 7.** Resultados del cuestionario FINESSE Family (McWilliam, 2015, adaptado a España por Fernández y Cañadas, 2015)

Ítem	Práctica Habitual		Práctica Ideal		Prueba Wilcoxon	
	M	DT	M	DT	P Valor	Tamaño del efecto
1 Descripción del servicio	2.78	1.142	3.49	.861	<.001	.45***
2 Apoyos/recursos	2.96	1.186	3.71	.565	<.001	.52***
3 Evaluación del niño	3.11	1.149	3.56	.759	<.001	.35***
4 Prioridades de la familia	3.01	1.157	3.77	.552	<.001	.56***
5 Calidad de vida de la familia	2.74	1.117	3.74	.787	<.001	.61***
6 Objetivos suficientes	1.39	.777	2.65	1.017	<.001	.76***
7 Funcionalidad de objetivos	3.42	.935	3.87	.503	<.001	.48***
8 Trabajo en equipo	2.88	1.164	3.78	.444	<.001	.63***
9 Durante la visita	2.71	1.210	3.67	.558	<.001	.59***
10 Cómo trabaja conmigo la educadora	2.66	1.154	3.66	.635	<.001	.64***
11 Las habilidades de mi hijo: cuándo y dónde	2.68	1.085	3.71	.533	<.001	.68***
12 La educadora y la crianza de los hijos	3.13	1.131	3.85	.437	<.001	.57***
13 Visita al aula de educación inicial	2.00	1.234	3.37	.814	<.001	.74***
14 Elección de los objetivos para la intervención	1.68	.900	3.31	.899	<.001	.77***
15 Ubicación del Servicio de Atención Temprana	1.82	1.197	3.57	.949	<.001	.75***
16 Durante las intervenciones	2.40	1.094	3.53	.839	<.001	.65***
17 La educadora trabaja con nosotros	2.79	1.239	3.90	.465	<.001	.63***
18 Seguimiento del proceso	3.09	1.075	3.58	.609	<.001	.38***
19 Las necesidades de mi hijo y la familia	2.44	1.316	3.49	.727	<.001	.60***

Nota. \* $p < .5$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

**Tabla 8.** Resultados de la práctica habitual y la práctica ideal de los cuestionarios FINESSE II (McWilliam, 2011, adaptado y traducido por García-Grau, 2013) y FINESSE Family (McWilliam, 2015, adaptado a España por Fernández y Cañadas, 2015)

	Práctica Habitual		Práctica Ideal		Prueba Wilcoxon	
	M	DT	M	DT	P Valor	Tamaño del efecto
Profesionales (N=35)	2.900	.612	3.498	.448	<.001	.841***
Familias (N=160)	2.615	.673	3.589	.293	<.001	.845***

Nota: \* $p < .5$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

**Tabla 9.** Resultado del contraste entre participantes de los cuestionarios FINESSE II (profesionales) (McWilliam, 2011, adaptado y traducido por García-Grau, 2013) y FINESSE Family (McWilliam, 2015, adaptado a España por Fernández y Cañadas, 2015)

	Profesionales (N=35)		Familias (N=160)		Análisis estadístico U de Mann Whitney	
	M	DT	M	DT	p	Tamaño del efecto
Práctica Habitual	2.90	.612	2.61	.673	.007	.19**
Práctica Ideal	3.49	.448	3.58	.293	.171	.09

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

1. Primeros encuentros. Durante la entrevista las profesionales mencionaron que habitualmente en los primeros encuentros realizaban una entrevista general sobre datos del niño/a en relación con su desarrollo psicológico y de la familia.

Las profesionales explicaron la manera como trabajan en el servicio, y presentaron los SAT como un espacio de estimulación temprana que respondía principalmente a las necesidades del niño, pero que requería de acompañamiento de la familia (Tabla 10).

A continuación, se presenta una cita de la entrevista a una de las profesionales que ilustra los resultados presentados en la Tabla 10.

**Tabla 10.** Frecuencia de aparición de códigos de análisis de las entrevistas en relación con los primeros encuentros

Categoría	Códigos	Frecuencia
Representación/ conceptualización de lo que es el SAT	Servicio de terapia a los niños y orientación a las familias	8
		5

*Lo primero que nosotros hacemos, le citamos primero a los padres y hablamos sobre que es el servicio de estimulación temprana, qué objetivo tiene, cómo se va a trabajar con la familia y después de la evaluación del niño, entonces le decimos cómo va a ser, que la intervención es de acuerdo a la patología que presenta, de acuerdo a la necesidad (E1, PE1.1).*

Tabla 11. Frecuencia de aparición de códigos de análisis de las entrevistas en relación con la Planificación de las Intervenciones

Categoría	Códigos	Frecuencia
Instrumento utilizado para la evaluación del niño.	Evaluación del desarrollo psicológico por medio de escalas, test.	8
	Evaluación del desarrollo psicológico por medio de escalas y acompañada de una entrevista general de historia clínica (anamnesis) con la familia.	12
	Evaluación únicamente por medio de entrevista para conocer participación en rutinas diarias.	1
Toma de decisiones en las intervenciones	La profesional toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño.	7
	La familia toma las decisiones en cuanto a las prioridades de intervención, la manera de trabajar las necesidades del niño y su contexto (familia).	2
	Se toman decisiones colaborativas (familia-profesional de acuerdo con las necesidades y prioridades del niño y familia.	1

2. Planificación de las intervenciones. Posterior a la entrevista, en la fase de planificación de las intervenciones, la mayoría de las profesionales explicaron que evaluaban a los/las niños/as por medio de escalas de desarrollo psicológico, test o matriz de valoración funcional, y establecían objetivos a trabajar durante las intervenciones y la frecuencia de atención. Sólo la profesional 8 menciona utilizar la entrevista basada en rutinas para conocer la participación de la familia en las rutinas diarias (ver Tabla 11). En cuanto a la toma de decisiones, por lo general, eran las profesionales quienes establecían las prioridades de intervención y la manera de trabajarlas.

A continuación, se presentan tres citas de la entrevista a dos de las profesionales que ilustran los resultados presentados en la Tabla 11:

*De acuerdo con los indicadores de la matriz de valoración funcional y yo suelo complementar con la escala abreviada del desarrollo, eso es lo que utilizo para determinar cuáles son las áreas de necesidad del chico y la matriz ya incluye actividades de la vida diaria y demás (E8, PI3.1).*

*Hacemos una entrevista con los padres y posteriormente yo le hago también una evaluación a las criaturas con el transcurrir de las sesiones (E2, PI3.2).*

*Yo, yo siempre soy la que decido, le digo, mira mami, le hice la evaluación y falta trabajar más esta área. Le explico y ya empiezo a trabajar, siempre le justifico el porqué, verdad (E3, PI6.1).*

3. Funcionalidad. La mayoría de las profesionales explicaron que establecían los objetivos de intervención psicoeducativa en función al diagnóstico y/o la evaluación

psicológica hecha al niño/a, y no de acuerdo a la demanda y/o a las necesidades de la familia (ver Tabla 12). Solo la profesional 9 establecía los objetivos conjuntamente con las familias. Excepto este caso, una vez establecida la meta a ser alcanzada, la profesional les comunicaba lo que trabajarían durante las sesiones. En la mayoría de los casos se solicitaba a las familias su participación y acompañamiento en las sesiones de trabajo, así como que repitiesen en sus hogares las tareas observadas durante las intervenciones del SAT.

A continuación, se presentan tres citas de la entrevista a tres de las profesionales que ilustran los resultados presentados en la Tabla 12:

*Los objetivos elaboramos primero observando al niño, para la observación tenemos una matriz de valoración y eso vamos puntuando, después utilizamos algunos test de desarrollo y al tener los resultados vemos con la familia cómo trabajar (E9, F4.1).*

*Nosotros proponemos otra vez un objetivo y le decimos, mira esto vamos a trabajar, esto depende de nosotros, esto depende de los padres y entonces le trazamos en un cuaderno, qué es lo que se va a ir haciendo, y ellos envían el trabajo a través del WhatsApp o el video cuando están trabajando, porque así también nosotros le evaluamos a través de la distancia (E1, F5.2).*

*Y de esos manuales yo saco los objetivos, verdad. Saco más o menos de los manuales, de las áreas específicamente, por ejemplo, si es del lenguaje, si es motor, si es cognitiva o social (E3, F5.1).*

4. Rol profesional. Las profesionales mencionaron durante las entrevistas que eran ellas las que establecían los objetivos a trabajar y la

**Tabla 12.** Frecuencia de aparición de códigos de análisis de las entrevistas en relación con la Funcionalidad de las intervenciones

Categoría	Códigos	Frecuencia
Objetivos de la intervención	Objetivos centrados en el niño.	12
	Objetivos centrados en necesidades y prioridades de las familias.	1
	Objetivos centrados en necesidades y prioridades de las familias y el niño.	3
	Objetivos centrados en necesidades y prioridades de las familias y la profesional. Se da de manera colaborativa.	0
Quién establece los objetivos	La profesional establece los objetivos a trabajar con el niño en función a la evaluación hecha.	13
	La profesional establece los objetivos a trabajar con el niño y la familia en función a la evaluación hecha.	5
	Profesional y familia establecen de manera colaborativa los objetivos a trabajar en las intervenciones.	1
Avances en las familias	Hay logros en la rutina familiar.	17
	No hay logros en la rutina familiar.	0
Avances en los niños	Hay avances en el desarrollo del niño.	22
	Hay pocos avances en el desarrollo del niño.	3
Inclusión	Favorece a la inclusión escolar.	16
	Favorece la inclusión social.	7
	Aún no se evidencian mejoras en la inclusión social.	2

**Tabla 13.** Frecuencia de aparición de códigos de análisis de las entrevistas en relación con al Rol profesional

Categoría	Códigos	Frecuencia
Grado de participación de las familias	La familia no está presente durante la intervención de la educadora con el niño.	7
	En las intervenciones la familia sólo observa y se le explica lo que debe hacer con el niño.	10
	Intervención colaborativa, profesional-familia.	4
Frecuencia con que se describen los logros/avances	Se describe los logros/avances una a dos veces al año.	9
	Se describe los logros/avances con frecuencia.	2
	No se describen los logros/avances.	0
Manera de presentar los avances	Los avances se presentan por medio de una entrevista.	2
	Los avances se presentan de manera escrita.	7
	Los avances se presentan de manera escrita y acompañada de una entrevista.	5

participación que tendrían las familias. En la mayoría de los casos, la familia está presente en la sesión de trabajo, pero ejerce un rol de observadora, mientras que en 7 ocasiones se mencionó que la familia ni está presente en la intervención (Tabla 12). En cuanto a la manera cómo se comunicaban los logros o avances a las familias, las profesionales explicaron que lo realizaban por lo general dos veces al año, al finalizar cada semestre escolar, mediante un informe por escrito (ver Tabla 13).

A continuación, se presentan dos citas de la entrevista a dos de las profesionales que ilustran los resultados presentados en la Tabla 13:

*Primero se trabaja observando la familia, ¿verdad? La familia entra, observa y después, después de tercera o cuarta sesión, ya nosotros acá con la profesora ya le damos para que la familia se adentre con los hijos y que pueda trabajar. Porque siempre le explicamos que dentro del SAT solamente estamos 40-45 minutos con el niño y las 24 horas que están los padres de familia y depende muchísimo de los padres, ellos trabajan con nosotros (E8, RP 8.3).*

*Y yo trato más o menos de demostrarles cómo debería de ser y ellos están observando lo que yo estoy haciendo, y después tengo una charla otra vez con los padres (E2, RP8.2).*

## Discusión

El rol de la familia y la relación que se establece entre familia y profesionales (psicólogos, psicopedagogos...) de los SAT ha ido cambiando a lo largo de los últimos años. El propósito de este estudio era conocer qué tipo de prácticas se llevan a cabo en los SAT de Paraguay y el grado en el que se acercan al MCF. Puesto que dicho modelo implica la participación de las familias a lo largo de todo proceso de intervención, desde la detección y evaluación hasta la decisión de finalizar, incluyendo la toma de decisiones relevantes, lo que también incluye el empoderamiento y el desarrollo de habilidades y capacidades de estas.

Los resultados de las pruebas de las profesionales coinciden con el estudio de Garcia-Grau et al. (2019) en el que se muestran diferencias significativas entre puntuaciones de la Práctica Habitual versus la Práctica Ideal, con tamaños del

efecto en su mayoría medianos y grandes. En todos los casos los valores de las medias obtenidas en la Práctica Ideal son superiores a las de la Práctica Habitual. Ello indica que las prácticas en el SAT distan mucho de una intervención psicológica centrada en la familia, a la vez que evidencian una discrepancia con respecto a lo que establece la normativa de estos servicios, que se comprometen con la necesidad de interactuar, empoderar a la familia y responder a todas sus demandas y necesidades (Ministerio de Educación y Ciencias, 2021). Es importante resaltar, coincidiendo con los resultados de Gràcia et al. (2020), que las profesionales mencionan la necesidad de más formación, acompañamiento y necesidad de recursos, teniendo en cuenta que implementar un nuevo modelo requiere mucho esfuerzo por parte de todos los implicados, también de la administración.

Los resultados del estudio ponen de relieve diferencias significativas en cuanto a lo que las profesionales refieren en las entrevistas con relación a sus prácticas y lo que manifiestan a través de la respuesta al FINESSE II. El análisis de las entrevistas muestra que se presenta el SAT a las familias como un servicio de terapia y/o estimulación temprana dirigida a los niños, y con recomendaciones de trabajo en el hogar a las familias, que es una práctica común incluso en muchos países de Europa (García-Sánchez et al., 2014; Correia Leite y da Silva Pereira, 2020). También pone de manifiesto que las profesionales preguntan poco y tienen poco en cuenta las rutinas diarias para las intervenciones, prevaleciendo de este modo el criterio de las mismas.

Numerosos estudios señalan la importancia del trabajo colaborativo familia-profesional (Cañadas et al., 2016; Gràcia et al., 2020; Hile y Hughes., 2016; Marco et al., 2020) y el hecho de que las profesionales comparten que las intervenciones que siguen un MCF implican llevarlas a cabo, en la medida de lo posible, en el entorno familiar del niño (hogar). Sin embargo, nuestros resultados indican algunos desafíos en el contexto de Paraguay, tales como limitaciones de recursos económicos para desplazarse de un lugar a otro, la distancia y la sobrepoblación de familias y niños que acuden al SAT, dificultando de este modo implementarlo tal como se propone el MCF (McWilliam, 2016), y como se implementa en

países como España o en Portugal de manera progresiva en los últimos años (Correia Leite y da Silva Pereira, 2020; da Silva Pereira y Serrano, 2014; Garcia-Grau et al., 2019).

Los resultados presentados ponen de relieve que en los SAT de Paraguay se mantienen prácticas centradas en el déficit y en las necesidades del niño, se emplean instrumentos estandarizados para la evaluación psicológica de las necesidades, en la mayoría de los casos acompañados de una entrevista a las familias de carácter clínico (anamnesis). Al final de la entrevista la profesional establece los objetivos a ser trabajados en las intervenciones, siendo la participación de las familias poco activa, por lo general. En algunos casos la madre acompaña al niño al servicio y permanece fuera de la sala. En muy pocas ocasiones la sesión se da de manera colaborativa entre familia y profesional. Estos resultados van a la par con lo que refieren otros autores (Dalmau et al., 2017; Eurydice, 2010; Garcia-Grau, 2015; Giné et al., 2006), quienes mencionan que las familias siguen teniendo un papel poco activo durante las intervenciones en muchos países europeos.

También los resultados vinculados a las familias evidencian diferencias significativas entre la práctica habitual y la ideal, lo cual indica que no están satisfechas con las expectativas respecto al funcionamiento de los SAT, y no siempre se ajustan sus necesidades, incluidas las de sus hijos e hijas. Además, no están de acuerdo con la manera de escoger los objetivos en cuanto al desarrollo psicológico, puesto que desearían ser parte activa de este proceso tal como otros autores han puesto de relieve en un estudio llevado a cabo en Ecuador con familias vulnerables (Frugone-Jaramillo y Gràcia, 2023).

Haciendo una comparación entre participantes se observa una diferencia significativa en relación con la Práctica Habitual. Sin embargo, no lo hay en la Práctica Ideal.

Al comparar a los participantes, se observa una diferencia significativa en relación con la Práctica Habitual, pero no en la Práctica Ideal. Sin embargo, este estudio demuestra logros importantes en el desarrollo psicológico de los niños. Considerando el estudio de Hwang et al. (2013), que compararon dos enfoques, una intervención directa por el profesional y otra centrada en la familia, se encontró que ambos grupos mostraron mejoras en

el desarrollo psicológico. No obstante, aquellos niños bajo el MCF mejoraron más en competencia funcional y alcanzaron objetivos relacionados con la rutina familiar.

### Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de este estudio ha sido el número reducido de familias participantes. Si bien se había previsto que fueran 10 por cada SAT, debido a la crisis sanitaria del COVID-19, se redujo a 4-5 por servicio, por lo que los resultados no son generalizables. Por otra parte, la recogida virtual de la información pudo haber alterado respuestas durante las entrevistas, que podrían haber sido distintas de haberse llevado a cabo de manera presencial.

Sin embargo, la fortaleza de este estudio fue la implicación y predisposición de las educadoras y la participación de las familias de los 35 SAT, así como la robustez de los instrumentos utilizados y la sistematicidad en el proceso de recogida y análisis de datos.

### Líneas futuras

Los resultados obtenidos, tanto a partir de las valoraciones de profesionales como de familias, indican la necesidad evidente de diseñar programas de acompañamiento a las profesionales teniendo en cuenta el MCF, que efectivamente les ayuden a entender la base conceptual de este modelo, y que incluya un seguimiento y asesoramiento sistemático para identificar las fortalezas de las profesionales y las familias y propiciar el trabajo colaborativo entre ambos colectivos, tal como numerosos trabajos han puesto de relieve en el campo de la atención temprana en muchos países y especialmente en América Latina (Frugone-Jaramillo y Gràcia, 2022).

### Implicaciones prácticas

Los resultados de la investigación nos sugieren algunas implicaciones prácticas enfocadas a la labor del profesional de la psicología. La primera es en relación con la necesidad del cambio de enfoque bajo el cual intervienen las profesionales. Pasar de un modelo de intervención psicológica centrado en el niño, a uno en el que involucre activamente a las familias, reconocer sus habilidades, destrezas y empoderarlas a fin de que

brinden apoyo eficaz respecto al desarrollo psicológico (cognitivo, lingüístico, social, afectivo...) de sus hijos en las rutinas diarias. El segundo, tiene que ver con los instrumentos de evaluación psicológica empleados para identificar las necesidades del niño y su familia. Concretamente la necesidad de incluir en el proceso de evaluación en los SAT la entrevista basada en rutinas y el ecomapa, con el objetivo de identificar los apoyos con que cuenta la familia para promover el desarrollo psicológico de sus hijos e hijas.

### Conclusiones

Este estudio permitió identificar el tipo de prácticas empleadas actualmente en los SAT en Paraguay, que ponen de relieve que la manera de intervención en la práctica habitual dista mucho de aquello que se espera del MCF, por lo que es necesario un replanteamiento del modelo formativo de las profesionales.

### Referencias

- Bello, M., Valencia, N., Ruíz, J., y Sánchez, D. (2018). Perfil Cognitivo y Psicolingüístico y su Relación con la Lectoescritura en un Preescolar con Síndrome de Down. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 47(2), 125-140. <https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.09>
- Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional Children*, 76(3), 339-355. <https://doi.org/10.1177/0014402910076003>
- Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y., y Vries, De W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. EDIPUCRS.
- Cañadas, M., Escorcía, C., Martínez, G., Alonso, M., Ayuso, V., Domenech, M., Franco, I., Moltó, E., Roca, M. y Santandreu, A. (2016). Atención temprana y prácticas centradas en la familia: A propósito de un caso. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 6(4), 185-194. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2016.07.004>

- Correia Leite, C. S., y da Silva Pereira, A. P. (2020). Family outcomes in early intervention: results from a nationwide study in Portugal. *Early Child Development and Care*, 190(15), 2484-2492. <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1585348>
- Dalmau, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., Farré, V., y Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en la intervención temprana. *Anales de Psicología*, 33(3), 641-651. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.263611>
- Da Silva Pereira, A. P., y Serrano, A. M. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professionals, Perceptions. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 263-282. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1359581>
- Dunst, C., Tivette, C., y Hamby, D. (2007). Meta-analysis of family-centred helping practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 13, 370-380. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20176>
- Escorcía, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en el sureste de España: Perspectiva de profesionales y familias. *Anales de Psicología*, 34(3), 500-509. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.311221>
- Escorcía, C., Rodríguez, L., y García, F. (2023). *Guía de intervención logopédica en Atención Temprana centrada en la Familia*. Síntesis.
- Eurydice. (2010). Hojas de resumen nacionales sobre los sistemas educativos en Europa y las reformas en curso: Turquía. <https://www.voced.edu.au/content/ngv%3A13783>
- Friese, S. (2012). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. SAGE.
- Frugone-Jaramillo, M. y Gràcia, M. (2022). *Hacia la adopción de Prácticas Centradas en la Familia en América Latina. Primeras experiencias y aprendizajes*. Universidad Casa Grande.
- Frugone-Jaramillo, M. y Gràcia, M. (2023). Family-centered approach in Early Childhood Intervention of a vulnerable population from an Ecuadorian rural context. *Frontiers in Psychology*, 1(14). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1272293>
- García-Grau, P., Morales-Murillo, C., Martínez-Rico, G., Cañadas, M., y Escorcía, C. (2022). Enfoques, prácticas recomendadas, modelos y procedimientos en atención temprana centrados en la familia. Ediciones Universidad de Salamanca/CC BY-NC-ND. *Siglo Cero*, 53(4), 131-148. <https://doi.org/10.14201/scero2022534131148>
- García-Grau, P., Martínez, G., McWilliam, R., y Cañadas, M. (2019). Typical and Ideal Practices in Early Intervention in Spain During a Transformation Process of Professional Practices. *Journal of Early Intervention*, 42(1), 3-19. <https://doi.org/10.1177/1053815119859046>
- García-Grau, P., Martínez-Rico, G., McWilliam, R. A., y Grau-Sevilla, D. (2019). Early Intervention and Family-Centeredness in Spain: Description and Profile of Professional Practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 41(2), 160-172. <https://doi.org/10.1177/0271121419846332>
- García-Grau, P. (2015). *Atención Temprana: Modelo de intervención en entornos naturales y calidad de vida familiar (Tesis doctoral)*. Universidad Católica de Valencia, Valencia, España.
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C., Sánchez-López, M., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(3), 6-27.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., y García-Dié, MT. (2006). Repensar la atención temprana: Propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 279-313. <http://doi.org/10.1174/021037006778147935>
- Gómez, S. (2012). *Metodología de la Investigación*. Red Tercer Milenio.
- Gràcia, M., Simón, C., Salvador-Beltran, F., Adam, A., Mas, J., Giné, C., y Dalmau, M. (2020). The transition process from center-based programmes to family-centered practices in Spain: A multiple case study. *Early Child Development and Care*, 190(14), 2192-2204. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1564916>

- Hile, K., Santos, R., y Hughes, M. (2016). Preparing early interventionists to implement family-centered practices. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 37(4), 314-330. <https://doi.org/10.1080/10901027.2016.1241964>
- Hwang, A., Chao, M. Y., y Liu, S. W. (2013). A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3112-3123. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.037>
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata.
- Leal, F. (2005). Un instrumento para la evaluación desarrollo infantil con participación de los padres. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*. 19(1), 55-78.
- Manterola, C., Grande, L., Otzen, T., García, N., Salazar, P., y Quiroz, G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproductibilidad de las mediciones. Métodos de valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista chilena de infectología*, 35(6), 680- 688. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182018000600680>
- Marco Arenas, M., García-Sánchez, F. A., y Sánchez-López, C. (2020). Inteligencia emocional y prácticas participativas con la familia en atención temprana. *RELIEVE – Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 26(1), Artículo 1. <https://doi.org/10.7203/relieve.26.1.13168>
- McWilliam, R. (2011). *Families in natural environments scale of service evaluation (II), (FINESSE II)*. Siskin Center for Child and Family Research.
- McWilliam, R. (2011). *FINESSE II. Evaluación de la intervención con las familias y en entornos naturales* (P. García, Trad., 2013).
- McWilliam, R. (2015). *Family FINESSE/ FINESSE Family. Intervención con Familias en Entornos Naturales. Escala de Evaluación de Servicios* (R. Fernández y M. Cañadas, Adap. a España, 2015).
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153.
- McWilliam, R. y Garcia-Grau, P. (2020). Towards Implementation of an Early Intervention Model by a Paraguayan Organization. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Revista Educação*, 43(1), Artículo e35700. <http://doi:10.15448/1981-2582.2020.1.35700>
- Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay. (2012). *Modelo de Gestión de los Servicios de Atención Temprana del Paraguay*. Servicios Gráficos Tenondete.
- Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay. (2012). *Manual de Organización y Funcionamiento*. Servicios Gráficos Tenondete.
- Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay. (2012). *Normativa*. Servicios Gráficos Tenondete.
- Ministerio de Educación y Ciencias. (2021). *Normativa. Servicio de Atención Temprana*. CRONOS.
- Moore, T. G. (2012). Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice. *Murdoch Childrens. Research Institute*.
- Murillo, J. y Martínez, C. (2020). *Análisis de datos cuantitativos con SPSS en investigación socioeducativa*. UAM ediciones.
- Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa E., y Villagómez, A. (2014). *Metodología de la investigación. Cuantitativa-Cualitativa y Redacción de la Tesis*. Ediciones de la U.
- Resolución 014 de 2012 [Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay]. Por la cual se habilitan los Servicios de Atención Temprana, del Ministerio de Educación y Cultura y en Hospitales dependientes del Ministerio de Salud y Bienestar Social. 28 de setiembre de 2012.
- Serrano, A. M., Mas, J., y Cañadas, M. (2016). Family systems and family-centred intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention. En H. Sukkar, C. Dunts, y J. Kirkby, *Early Childhood Intervention. Working with Families of Young Children with Special Needs*. (pp. 193-212). Routledge.

- UNICEF. (2018). *Cuidado para el Desarrollo Infantil. Sistematización*. Arandurá
- UNICEF. (2019). *Cuidado para el desarrollo infantil. Estudio de caso. La experiencia de Paraguay*. Editorial UNICEF.