



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

Máster en Psicopedagogía

Evaluación de la calidad del servicio de Atención Temprana en la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de Valladolid

Autora: Kyara Azurmendi Fulgencio

Tutor: David Jimeno De la Calle

Curso 2024 - 2025

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Máster expone el papel esencial que desempeña la Atención Temprana en la vida de las familias usuarias, enfocándose en cómo su experiencia constituye un pilar fundamental para la mejora continua del servicio. La investigación se centra en explorar la percepción de las familias sobre la calidad del servicio prestado por la Unidad de Valoración y Atención con Personas con Discapacidad de Valladolid.

Esta idea surge del interés por conocer cómo viven las familias el proceso de intervención en Atención Temprana y en qué medida este contribuye a su bienestar y calidad de vida. Para ello, se ha empleado un método mixto de investigación mediante el diseño y aplicación de un cuestionario dirigido a las familias. Este instrumento ha permitido conocer su percepción sobre la calidad del servicio recibido, identificando tanto sus fortalezas como las áreas susceptibles de mejora para posteriormente poder elaborar propuestas de mejora que favorezcan la optimización del mismo en base a las necesidades reales de las familias. Los resultados obtenidos han permitido identificar tendencias significativas que motivaron a un análisis más exhaustivo, contribuyendo a la fiabilidad y validez del instrumento.

Palabras clave: Atención Temprana, Familia, Calidad.

Agradecimientos:

A mi madre, por su apoyo incondicional y por animarme siempre a seguir adelante.

A Guille, por acompañarme en todo este largo proceso.

A David Jimeno por su guía y atención prestada, que han sido fundamentales para el logro de este trabajo.

A los profesionales de la Unidades de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de Valladolid, por su disposición y colaboración en la distribución de las encuestas a las familias.

A Mónica Mangas por sus valiosos consejos y apoyo.

Y, por último, a las familias por su colaboración en esta investigación.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	9
 2.1. RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) 11	
 2.2. EN FUNCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER.....	13
 2.3. OBJETIVOS	14
3. MARCO TEÓRICO.....	15
 3.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	15
 3.2. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS RECTORES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA	18
 3.3. LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA	22
 3.3.1. Modelo centrado en la familia	24
 3.4. CONCEPTO DE CALIDAD	28
 3.5. CONCEPTO DE SATISFACCIÓN	31
 3.6. CALIDAD Y SATISFACCIÓN	32
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
 4.1. METODOLOGÍA.....	38
 4.1.1. Instrumento.....	41
 4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	43
 4.2.1. Análisis de la muestra	44
 4.2.2. Análisis de las respuestas	46
 4.2.2.1. Análisis cuantitativo	46
 4.2.2.1.1. Validez del contenido	46
 4.2.2.1.2. Análisis descriptivos preliminares.....	47
 4.2.2.1.3. Fiabilidad del cuestionario.....	50
 4.2.2.1.4. Validez del constructo.....	51

4.2.2.2.	Análisis cualitativo.....	63
5.	CONCLUSIONES	67
5.1.	PROPUESTAS DE MEJORA	68
5.2.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	71
5.3.	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	72
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
7.	ANEXOS	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos obtenidos de las variables sociodemográficas	45
Tabla 2 Análisis comparativo del rango intercuartílico por dimensiones del cuestionario	49
Tabla 3 Análisis de Fiabilidad. Estadísticas de Fiabilidad de Escala.....	51
Tabla 4 Medida de Idoneidad del Muestreo KMO	52
Tabla 5 Test de esfericidad de Bartlett	53
Tabla 6 Matriz de Correlación Policórica de la subescala 1	55
Tabla 7 Matriz de Correlación Policórica de la subescala 2	55
Tabla 8 Matriz de Correlación Policórica de la subescala 3	55
Tabla 9 Matriz de Correlación Policórica de la subescala 4	56
Tabla 10 Matriz de Correlación Policórica de la subescala 4	56
Tabla 11 Matriz de Correlación Policórica de la subescala 5	56
Tabla 12 Estadísticas de Fiabilidad de Escala	57

1. INTRODUCCIÓN

Si agita hoy, con su aleteo, el aire de Pekín, una mariposa puede modificar los sistemas climáticos de Nueva York el mes que viene.

J. Gleick (1987)

Con el trascurso del tiempo, la Atención Temprana ha experimentado una notable trasformación, pasando de ser un enfoque centrado exclusivamente en el tratamiento de la patología del niño hacia un modelo centrado en la familia, que contempla tanto el desarrollo del menor como el bienestar familiar. Este cambio de paradigma sucede debido a una comprensión más profunda sobre los beneficios de intervenir en la primera infancia, así como el reconocimiento del papel primordial que ejerce la familia en el desarrollo del menor, no solo durante la intervención sino también una vez finalizada la misma.

La Atención Temprana fortalece el funcionamiento familiar y facilita al menor oportunidades de aprendizaje en su entorno natural, aprovechando las rutinas diarias como espacios de desarrollo y estimulación (García, 2017). Además, permite a las familias adquirir numerosos conocimientos y aprendizajes significativos que les ayudan a comprender mejor las necesidades de sus hijos, participar de forma activa en el proceso de intervención y afrontar con mayor seguridad los retos que conlleva la crianza de un niño con trastorno del desarrollo o en riesgo de padecerlo.

Muchas familias acuden al servicio en un momento vital de sus vidas donde las emociones se intensifican y la necesidad de orientación se vuelve esencial, especialmente cuando no conocen con certeza qué está ocurriendo ni cómo deben actuar ante la situación a la que se enfrentan. En este contexto, el papel del servicio resulta fundamental, no solo en ofrecer una intervención personalizada y adaptada a las necesidades individuales del menor y de la familia, sino también en proporcionar un apoyo emocional constante que facilite la aceptación y afrontamiento de la situación, promoviendo un entorno seguro de desahogo emocional.

Por estos motivos, conocer la calidad de los servicios de Atención Temprana adquieren una relevancia esencial ya que, al desempeñar una labor fundamental en la vida de numerosas familias, resulta necesario evaluar en qué medida están cumpliendo con sus funciones, si se ajustan a los objetivos y principios que rigen el modelo de intervención y si el servicio contribuye efectivamente a la mejora de la calidad de vida y el bienestar familiar.

Sin embargo, para averiguar realmente si la Atención Temprana está ofreciendo un servicio de calidad, es imprescindible conocer la percepción de las familias usuarias ya que son quienes experimentan de primera mano la intervención, el funcionamiento y la organización del mismo. Además, su vivencia directa permite valorar hasta qué punto el equipo profesional está respondiendo a sus necesidades y circunstancias particulares, convirtiéndose de este modo en una fuente clave para el análisis y mejora continua de la Atención Temprana.

El presente Trabajo de Fin de Máster tiene como finalidad profundizar en el papel de las familias dentro del servicio de Atención Temprana, prestando especial atención a su percepción sobre la calidad del mismo. La investigación se centra en analizar las fortalezas y áreas de mejora desde la experiencia de quienes hacen uso del él, ya que como se mencionó anteriormente, las familias son quienes vivencian en primera persona los efectos de la intervención y el impacto que esta genera en su bienestar y en el desarrollo del menor.

A lo largo de este estudio, se abordarán enfoques teóricos y normativos sobre la Atención Temprana, el papel de la familia dentro de este ámbito y con especial atención al modelo de intervención centrado en la familia, el cual reconoce a los progenitores como agentes activos y fundamentales en el proceso de intervención. También, se tratarán los conceptos de calidad y satisfacción, profundizando en sus principales diferencias, dado que se tratan de constructos estrechamente relacionados, pero ligeramente distintos. Todo ello con la intención de ofrecer un marco contextualizado para entender el objetivo de la investigación.

Tras esta información, se abordará el diseño de la investigación donde se tratarán aspectos como los beneficios de conocer la percepción de las familias como parte fundamental en la evaluación y mejora del servicio, así como la relevancia y las implicaciones que este estudio conlleva. Asimismo, se presentarán los datos estadísticos obtenidos a través de los cuestionarios aplicados a las familias y se expondrá el análisis exhaustivo llevado a cabo tras detectar un posible efecto techo, con la intención de proporcionar una interpretación más precisa y fiable de los resultados.

Finalmente, se expondrá las conclusiones del trabajo a partir de los resultados obtenidos juntos con las propuestas de mejora fundamentadas en base al análisis cuantitativo, las limitaciones y posibles futuras líneas de investigación.

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, está ampliamente reconocido que los primeros años de vida constituyen una etapa crucial para el buen desarrollo biológico, psicológico y social del ser humano (San Salvador, 1998 como se cita en Robles - Bello y Sánchez - Teruel, 2013). Numerosas investigaciones respaldan la importancia que tiene el desarrollo integral en la primera infancia como base para el bienestar y el funcionamiento óptimo a lo largo del ciclo vital. En este sentido, autores como Santi - León (2019) y la Organización Mundial de la Salud (2013) coinciden en que una intervención adecuada en la primera infancia resulta determinante para el desarrollo de capacidades, habilidades, competencias, aprendizajes, adaptación, entre otros. Esto se debe a que dicha etapa constituye el período donde se sientan las bases del desarrollo posterior y se adquieren las habilidades personales y sociales que influirán de manera determinante en el futuro del individuo (Gutierrez y Ruiz, 2012).

Además, durante la primera infancia el sistema nervioso se encuentra en una etapa de maduración e intensa plasticidad. Esta condición lo hace especialmente vulnerable a factores adversos del entorno, ya que cualquier alteración en la adquisición de los hitos evolutivos puede comprometer el desarrollo armónico posterior. No obstante, dicha plasticidad, aunque disminuye significativamente con el tiempo, también confiere una notable capacidad de reorganización y recuperación funcional. Por ende, intervenir en esta etapa resulta clave para prevenir o minimizar posibles secuelas en el desarrollo global del niño o niña (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005).

La efectividad de los programas de Atención Temprana radica fundamentalmente en la intervención precoz ya que el diagnóstico temprano de posibles alteraciones en el desarrollo, permite iniciar una intervención donde el cerebro infantil presenta una alta capacidad para asimilar e integrar nuevas experiencias gracias a su plasticidad neuronal, lo que potencia de manera significativa la efectividad de la intervención (Pérez y Brito, 2004, como se cita en Robles - Bello y Sánchez - Teruel, 2013).

Por este motivo, la Atención Temprana ejerce un papel fundamental en el desarrollo integral de los niños que presentan trastornos en su desarrollo o que se encuentran en situación de riesgo de padecerlos. Según la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005), se entiende por Atención

Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a su familia y a su entorno, con el objetivo de dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que puedan surgir. Estas intervenciones están orientadas a prevenir posibles alteraciones en el desarrollo y a maximizar las capacidades del niño, promoviendo su autonomía personal y su inclusión plena en los entornos familiar, escolar y social (Servicios Sociales de Castilla y León, s.f.).

Además, en los últimos años la Atención Temprana ha experimentado una transformación significativa al adoptar un *Modelo Centrado en la Familia*, lo que ha supuesto un cambio profundo en la forma de entender y desarrollar las intervenciones (Del Toro y Sánchez, 2020). Este modelo reconoce a la familia como un agente activo y esencial en el proceso terapéutico, valorando sus capacidades, conocimientos y vínculo afectivo con el menor como elementos clave para favorecer su desarrollo. Autores como García (2017) y Bruixola y Librero (2021) destacan la importancia de adoptar un enfoque colaborativo en el que las familias no sean meros receptores de atención, sino agentes activos en el proceso de intervención. Según estos estudios, la implicación de los cuidadores favorece un desarrollo más integral del menor y fortalece las competencias parentales, generando un impacto positivo tanto en el entorno familiar como en el éxito de las intervenciones terapéuticas. Además, resaltan la necesidad de dotar a las familias de estrategias prácticas y personalizadas que les permitan afrontar con mayor seguridad las diferentes etapas del desarrollo infantil.

En el contexto de Castilla y León, los servicios de Atención Temprana llevan años reconociendo, entre sus principios fundamentales de calidad, la importancia de integrar activamente a la familia en todo el proceso de intervención. Se parte de la premisa de que una intervención eficaz no puede limitarse al trabajo individualizado con el niño en un entorno clínico, sino que debe orientarse hacia la familia como unidad central, teniendo en cuenta sus necesidades, valores, creencias y expectativas, así como su participación en los entornos cotidianos en los que se desarrolla la vida del menor (Pérez et al., 2019).

Sin embargo, a pesar del reconocimiento generalizado de la importancia de los servicios de Atención Temprana y el modelo centrado en la familia, la literatura existente revela que son escasas las investigaciones que abordan directamente las percepciones, expectativas y niveles de satisfacción de las familias con respecto a los servicios que reciben en Atención Temprana. En este sentido, Jemes et al. (2019) en su revisión sistemática sobre la evaluación de la calidad del servicio de Atención Temprana, señala

que la producción científica continúa siendo limitada, especialmente cuando se trata de la perspectiva de las familias. Los autores subrayan que esta carencia representa una debilidad significativa ya que impide disponer de una base sólida sobre la cual sustenta los procesos de mejora continua. Por ello, enfatizan la importancia de incorporar la valoración del servicio desde la perspectiva de las familias como elemento clave para optimizar la calidad de los centros de Atención Temprana y promover tanto el bienestar como la satisfacción de los usuarios.

En esta misma línea, Romero et al. (2019) destacan que evaluar la calidad de los servicios de Atención Temprana desde la perspectiva de las familias, favorece una adecuada alineación entre las expectativas de los usuarios y los objetivos institucionales. En palabras de los autores, este enfoque proporciona a los profesionales y gerentes «datos fiables sobre sus fortalezas y debilidades sobre los que sustentar un plan de mejora continua» (p.16).

En conclusión, la relevancia de esta investigación radica en el papel central que desempeñan las familias dentro del servicio de Atención Temprana, no solo como beneficiarias, sino como agentes activos cuya participación resulta clave para garantizar la eficacia y calidad de las intervenciones. Dado que las familias forman parte del eje central de la intervención y del propio servicio, resulta imprescindible analizar su experiencia, percepción y niveles de satisfacción para identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejora. Como señalan Jemes et al. (2019) es fundamental conocer la percepción de los padres sobre el servicio que están recibiendo ya que su valoración determina en gran medida la calidad del mismo.

Por ende, el presente Trabajo de Fin de Máster tiene como objetivo principal analizar la calidad percibida de las familias usuarias de la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad (UVAPD) de Valladolid, un centro clave en el sistema de Atención Temprana de la comunidad de Castilla y León. A través de esta investigación se pretende identificar las fortalezas del servicio, así como las áreas susceptibles de mejora con el fin de diseñar propuestas fundamentales, que contribuyan tanto a la calidad del servicio como a ofrecer una atención más ajustada a las demandas y expectativas reales de las familias.

2.1. RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) publicados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, pretenden marcar la hoja de ruta de la comunidad internacional para conseguir equilibrar «el crecimiento económico, la justicia social y la protección del medio ambiente en un mundo en el que la pobreza, la desigualdad y la degradación ecológica siguen siendo una realidad cotidiana para millones de personas» (Gómez, 2022, p.193). La Agenda 2030 es una agenda transformadora, que sitúa la igualdad y dignifica de las personas en el centro y llama para modificar nuestro estilo de desarrollo, respetando el medio ambiente. No obstante, para el cumplimiento de sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, es necesario la participación de todos los sectores de la sociedad y del Estado para su implementación (Bárcena et al., 2018).

En este sentido, el presente Trabajo de Fin de Máster está vinculado directamente con los ODS 3 y 4, que promueven la salud y el bienestar, y una educación de calidad para todas las personas. Esta investigación se centra en mejorar el servicio de AT desde la perspectiva de las familias ya que son las principales beneficiarias y partícipes en este proceso. A través de la recogida de sus opiniones, experiencias y valoraciones de las familias usuarias, el estudio busca aportar información relevante que permita identificar tanto los puntos fuertes del servicio como aquellas áreas susceptibles de mejora. De este modo, se contribuye a garantizar una atención de mayor calidad, en consonancia con las normativas y principios rectores que sustentan la AT. Este enfoque promueve la implicación de las familias en el proceso, reconociéndolas como agentes fundamentales y reforzando la premisa de que su bienestar constituye una de las prioridades esenciales del servicio.

Sin embargo, resulta esencial que esta visión no se limite únicamente al presente estudio, sino que sirva como referente para que otros centros de Atención Temprana adopten prácticas similares. Es fundamental que estas identidades incorporen mecanismos sistemáticos de escucha activa a las familias, reconociendo su papel como agentes clave en el proceso de intervención y mejora continua de la calidad del servicio. La sociedad debe velar por garantizar una atención de calidad e inclusiva, caracterizada por el respeto a la diversidad, la equidad en el acceso y la participación activa todos los agentes implicados, cuya voz es imprescindible para avanzar hacia una Atención Temprana más eficaz y centrada en las necesidades reales de la infancia.

2.2. EN FUNCIÓN DE LAS COMPETENCIAS DEL MÁSTER

La elaboración del presente Trabajo de Fin de Máster ha contribuido de manera significativa a la adquisición y aplicación práctica de algunas competencias claves vinculadas al Máster en Psicopedagogía. Esta investigación resulta fundamental para avanzar en la mejora continua de los servicios de Atención Temprana dirigidos a menores con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos, así como a sus familias. Asimismo, a través de este análisis de la calidad se promueve la implementación de prácticas más eficaces, inclusivas y centradas en el contexto familiar, contribuyendo a una atención más ajustadas a sus necesidades reales.

Este trabajo evidencia la aplicación y desarrollo de competencias vinculadas con el ámbito psicopedagógico, especialmente en lo que respecta a la evaluación socioeducativa, la interpretación de datos, manejo de herramientas estadísticas como Excel, Jamovi o RStudio para la organización, análisis y presentación de datos estadísticos, así como el diseño de propuestas orientadas a la optimización del servicio desde la perspectiva familiar. Estas acciones han requerido la integración de diversas competencias generales y específicas (Facultad de Educación y Trabajo Social, s.f) propias del máster que se detallara a continuación.

En primer lugar, la competencia G1 ha estado muy presente a lo largo de todo el proceso de investigación, ya que se ha trabajado en un ámbito poco explorado, en el que apenas existe evidencias científicas sobre la percepción de las familias en cuanto a la calidad de los centros de Atención Temprana. Además, el análisis de los resultados supuso un auténtico desafío al presenciar datos atípicos que exigían un conocimiento más profundo de las metodologías de análisis, junto con su interpretación adecuada. Para ello, fue necesario indagar en numerosos estudios académicos que permitieran tanto profundizar en el conocimiento de métodos estadísticos como fundamentar adecuadamente el proceso aplicado.

En segundo lugar, la competencia G2 se ha aplicado desde las fases iniciales del trabajo, especialmente en la elección y diseño del cuestionario y la toma de decisiones metodológicas. Ambas han requerido un análisis reflexivo, valorando diversas alternativas para asegurar la adecuación y pertinencia de la investigación.

Asimismo, en cuanto a la competencia G3, en todo el trabajo se ha procurado utilizar un lenguaje claro y accesible, sin perder el rigor académico, para que tanto

profesionales del ámbito como personas ajenas al campo puedan comprender la investigación desarrolla. Del mismo modo, se ha tratado de ofrecer una descripción y justificación exhaustiva de cada una de las fases del proceso, especialmente en lo relativo al análisis cuantitativo, con el fin de garantizar la compresión de los procedimientos aplicados y lores resultado obtenidos.

En lo que respecta a la competencia G6, esta ha sido fundamental para el tratamiento de los datos recogido ya que su utilización ha permitido organizar la información, realizar análisis estadísticos precisos y presentar los resultados de forma clara. Además, estas herramientas estadísticas tales como Excel, Jamovi y RStudio ha supuesto una actualización significativa, dado que dos de estas se desconocían previamente.

Finalmente, esta investigación dirigida a las familias usuarias de Atención Temprana ha favorecido el desarrollo de la competencia específica E1, al posibilitar la identificación de las fortalezas y áreas de mejora en el servicio a partir de sus necesidades y demandas expresadas por las propias familias. Además, para el diseño de las propuestas de mejora siempre se tuvo en cuenta la aplicación de un enfoque realista, contextualizado y adaptado a las particularidades del entorno.

2.3. OBJETIVOS

Los objetivos expuestos a continuación, tienen como finalidad mostrar las metas que se pretenden alcanzar a través del presente Trabajo de Fin de Máster. Estos se sustentan por la Resolución de 13 de febrero de 2025, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 31 de enero de 2025, por el que se establece el «*Consenso Estatal para la Mejora de la Atención Temprana. Despliegue de la Hoja de Ruta: objetivos, medidas y estándares generales de calidad*».

Este documento se configura como un marco normativo de referencia en calidad, que integra objetivos, medidas, estándares e indicadores comunes orientados a la mejora continua de los sistemas de temprana de las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas. En este contexto, la evaluación de la calidad percibida de las familias usuarias se presenta como un elemento esencial, ya que permite identificar fortalezas,

detectar áreas de mejora y generar propuestas de acción que contribuyan al fortalecimiento del servicio.

Objetivo principal

Analizar la calidad percibida de las familias usuarias del servicio de Atención Temprana ofrecido por la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de Valladolid, con el fin de identificar posibles áreas de mejora y elaborar propuestas que contribuyan a optimizar la calidad del servicio.

Objetivos específicos

- Conocer la opinión de las familias sobre el primer contacto con el servicio en términos de cercanía, orientación y accesibilidad.
- Valorar si las intervenciones se ajustan al modelo centrado en la familia.
- Identificar si el servicio proporciona la información necesaria para favorecer a las familias la toma de decisiones informadas.
- Analizar la percepción que tienen las familias sobre el personal especializado.
- Identificar el nivel de coordinación entre los distintos profesionales y recursos implicados.
- Descubrir si la atención recibida ha mejorado la calidad de vida familiar.
- Conocer las áreas susceptibles de mejora a partir de las aportaciones de las familias usuarias.
- Diseñar propuestas de mejora fundamentadas en los resultados cuantitativos obtenidos en el cuestionario.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

La Atención Temprana ha experimentado una evolución significativa en las últimas décadas, tanto en sus bases científicas como en su praxis y modelos profesionales de actuación. Desde los años 70 del siglo XX, se han ido asentando los principios teóricos y conceptuales, inicialmente influenciados por enfoques rehabilitadores, hasta conformar un corpus científico propio, sustentado en los avances actuales del neurodesarrollo. Las primeras iniciativas, de carácter aislado e impulsadas de forma individual, fueron

gradualmente sustituidas por propuestas más estructuradas desarrolladas por equipos profesionales con orientación multidisciplinar, lo que propició la creación y consolidación de los actuales Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) (Millá, 2019).

Según Juan y Pérez (2009) los primeros planteamientos de intervención en el ámbito de la Atención Temprana se caracterizaban por un enfoque exclusivamente rehabilitador. Estas intervenciones, comúnmente denominadas “estimulación precoz”, se dirigían al tratamiento del niño con patologías desde una perspectiva centrada en la corrección del déficit. Además, su carácter era principalmente correctivo y se basaba en el entrenamiento sensoriomotor y utilizaba criterios conductuales para enseñar al niño habilidades concretas. El objetivo principal era potenciar al máximo las capacidades del niño mediante actividades sistemáticas orientadas a favorecer su desarrollo madurativo en las distintas áreas del funcionamiento evolutivo (Perpiñán, 2009).

Este tipo de intervención se basaba en el modelo médico tradicional o modelo terapeuta experto, el cual entendía el desarrollo infantil desde un enfoque clínico. Bajo esta perspectiva, el profesional era considerado la figura experta y asumía el control total del proceso de intervención, relegando a las familias a un papel pasivo, limitándose estas a observar o seguir indicaciones sin una participación activa (Turnbull, Turbiville y Turnbull, 2000, citados en Puerto, 2020).

No obstante, a partir de mediados de los años ochenta, comenzó a producirse un cambio significativo en el enfoque de la Atención Temprana. Los planteamientos tradicionales fueron sustituidos progresivamente por nuevas perspectivas centradas en la detección, la prevención, la intervención en entornos naturales y el trabajo en equipos interdisciplinares coordinados (Juan y Pérez, 2009). Según Millá (2019) este cambio de paradigma fue impulsado por los avances científicos, el compromiso de asociaciones especializadas, la creciente sensibilidad institucional y las evidencias sobre los beneficios que proporcionaban estas intervenciones tempranas al niño y a su familia. Todo ello favoreció la expansión de los servicios y centro de Atención Temprana en todo el territorio nacional, configurando una red de recursos que se fue integrando de forma progresiva en los sistemas de salud, educación y servicios sociales.

Asimismo, no tardó en ser evidente que dejar al margen a la familia era una mala praxis, sobre todo cuando es el principal componente para el desarrollo del niño en todas

sus facetas (García - Sánchez et al., 2014). Este enfoque supuso un cambio sustancial en la relación entre profesionales y familias, avanzando hacia un modelo colaborativo donde las decisiones se toman de forma conjunta. Según Bruixola y Librero (2021), este modelo reconoce a la familia como un agente activo y esencial en el proceso de intervención, orientando la actuación profesional hacia la identificación y potenciación de las fortalezas del niño y su entorno. De esta manera, se promueven las capacidades existentes, se refuerza la confianza familiar y se favorece la mejora de la calidad de vida, alejándose de una visión centrada en los déficits y patologías.

Todas estas circunstancias generaron un contexto favorable para superar el término de «estimulación precoz» y adoptar el concepto de Atención Temprana (Millá, 2019). La consolidación de esta evolución conceptual se materializó con la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana en el año 2000, un documento impulsado por el Real Patronato sobre Discapacidad y fruto del consenso alcanzado por el Grupo de Atención Temprana (GAT). Por primera vez en España, se logró un acuerdo científico e interdisciplinar que integró las aportaciones de expertos de diversas especialidades y de todas las Comunidades Autónomas. Esta obra supuso un punto de inflexión al establecer los principios, criterios organizativos y líneas de actuación fundamentales para la atención a la infancia en situación de riesgo o discapacidad, impulsando la creación de planes autonómicos, la coordinación intersectorial y el desarrollo de recursos y servicios especializados en el ámbito de la Atención Temprana.

Esta obra, define la Atención Temprana como:

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 (Libro Blanco de la Atención Temprana, GAT, 2005, p.12).

No obstante, en el marco actual y ante la necesidad de dar respuesta a los nuevos retos sociales, el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2005) deja de ser el

principal marco de referencia, siendo sustituido por la Resolución de 13 de febrero de 2025, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 31 de enero de 2025, por el que se establece el «Consenso Estatal para la Mejora de la Atención Temprana. Despliegue de la Hoja de Ruta: objetivos, medidas y estándares generales de calidad» (en adelante, Resolución de 13 de febrero de 2025).

Esta Resolución de 13 de febrero de 2025, define la atención temprana como:

La atención temprana es el conjunto de actuaciones preventivas y de promoción del desarrollo holístico infantil dirigidas a la población menor de 6 años, su familia y sus entornos, que garantizan una respuesta ágil, integral y coordinada por equipos de profesionales, preferentemente en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, ante factores de riesgo o alteraciones, posibles o detectadas, para el desarrollo del niño o la niña. La atención temprana considera al niño y la niña en su globalidad, desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a sus necesidades, la de su familia y entorno, para conseguir el propio ritmo de desarrollo del niño o niña, con el objetivo de mejorar su calidad de vida e inclusión social y promover sus capacidades y potencialidades, su autonomía y el libre desarrollo de su personalidad con el pleno disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones (p. 26291).

3.2. OBJETIVOS Y PRINCIPIOS RECTORES DE LA ATENCIÓN TEMPRANA

En el contexto actual, la Atención Temprana se configura como un derecho subjetivo, universal, público y gratuito, dirigido a todos los niños menores de 6 años, su familia y sus entornos. Así lo recoge la Resolución de 13 de febrero de 2025 la cual establece que el objetivo principal de la Atención Temprana es mejorar la calidad de vida y fomentar la inclusión social de aquellos niños que presentan factores de riesgo o alteraciones, posibles o detectadas, que puedan afectar a su desarrollo. Además, busca

potenciar sus capacidades y potencialidades, favorecer el desarrollo de su autonomía y garantizar el libre desarrollo de su personalidad con el pleno disfrute de todos sus derechos en igualdad de condiciones.

En este marco, la familia y los cuidadores principales son reconocidos como agentes esenciales en el desarrollo infantil ya que constituyen el entorno más inmediato e influyente durante los primeros años de vida. Por este motivo, la Atención Temprana debe centrarse en fortalecer sus capacidades, competencias y sensibilidad para facilitar una respuesta adecuada a las necesidades, demandas y ritmos evolutivos de cada niño o niña.

Según la Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad (en adelante, Resolución de 28 de junio de 2023), el objetivo principal es fortalecer el rol activo de las familias en el proceso de desarrollo, proporcionando los apoyos y recursos que les permitan afrontar posibles dificultades. Para ello, es fundamental atender sus fortalezas y necesidades, coordinar las intervenciones de manera conjunta y garantizar su participación en la valoración, intervención y toma de decisiones.

Por otro lado, el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2005) establece como objetivo principal garantizar que los niños con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos reciban una intervención integral. Esta intervención debe seguir un enfoque biopsicosocial, que abarque tanto los aspectos preventivos como los asistenciales, con el fin de potenciar su desarrollo y bienestar, favoreciendo así su integración plena en los ámbitos familiar, escolar y social. En virtud de este enfoque, se derivan los siguientes objetivos esenciales de la Atención Temprana:

1. Disminuir el impacto que una alteración o deficiencia pueda generar en el desarrollo global del niño.
2. Favorecer, en la medida de lo posible, el desarrollo evolutivo del menor.
3. Establecer mecanismos que permitan compensar las dificultades, eliminar barreras y adaptar los entornos a las necesidades específicas del niño.

4. Prevenir o mitigar la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Proporcionar una respuesta adecuada a las necesidades y demandas tanto de la familia como del entorno inmediato del niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

No obstante, el marco normativo actual ha introducido nuevos enfoques y objetivos para la atención temprana, ampliando y actualizando los objetivos del Libro Blanco de la Atención Temprana (2000). Mientras que el libro original se centraba en ofrecer una atención integral al niño con un enfoque preventivo y compensador, dirigido a minimizar las alteraciones en su desarrollo y prevenir déficits secundarios, la Resolución de 28 de junio de 2023, aporta una visión más amplia y acorde con el modelo centrado en la familia. Esta nueva normativa destaca el papel activo de las familias y cuidadores, promueve la inclusión social y la equidad, y subraya la necesidad de mejorar las condiciones de vida y crianza. Partiendo de esta visión integral y actualizada, la Resolución de 28 de junio de 2023 establece los siguientes objetivos fundamentales en el ámbito de la Atención Temprana:

1. Favorecer el desarrollo global del niño y la niña en todas sus áreas.
2. Prevenir riesgos y problemas en el desarrollo con una intervención coordinada.
3. Fortalecer las capacidades y competencias de las familias y cuidadores para atender mejor a los niños y niñas.
4. Mejorar las condiciones de vida y crianza del menor.
5. Garantizar la autonomía, la inclusión social y los derechos de los niños y niñas, adaptando los entornos y eliminando barreras.

En relación con los principios de actuación, la Resolución de 28 de junio de 2023 establece las bases sobre las que debe fundamentarse la Atención Temprana, definiendo los pilares esenciales para la organización y prestación de estos servicios. Sin embargo, aunque el documento recoge un total de quince principios rectores, en el presente trabajo se tendrán en cuenta únicamente aquellos que poseen una relación directa con la temática y los objetivos de la presente investigación.

1. *La igualdad y no discriminación:* Se debe garantizar el acceso a la Atención Temprana en igualdad de condiciones, eliminando barreras y priorizando la atención a niños y niñas en situación de vulnerabilidad.
2. *La vida, supervivencia y desarrollo del niño y la niña:* Es fundamental asegurar una atención personalizada que promueva el desarrollo integral, la autonomía y la plena inclusión de cada niño o niña, teniendo en cuenta las diferentes condiciones o circunstancias en las que se encuentre.
3. *La accesibilidad universal:* Se debe garantizar el acceso sin barreras físicas, sociales o económicas a los servicios de atención temprana, adaptando las condiciones para que todos los niños puedan beneficiarse.
4. *La responsabilidad pública:* Es responsabilidad del sector público garantizar la igualdad en el acceso gratuito a la atención temprana para todos los niños o niñas.
5. *Calidad:* Se deben establecer protocolos adaptados a cada comunidad autónoma, que incluyan una planificación adecuada de los equipos y servicios según la población, y asegurar la estabilidad de los profesionales para mantener una vinculación efectiva con los niños y sus familias.
6. *Agilidad:* La atención temprana debe ofrecer acceso inmediato, evitando demoras que puedan perjudicar o afectar el desarrollo del niño o niña.
7. *Integralidad y globalidad:* La atención debe ser personalizada e integral, considerando todas las áreas de desarrollo del niño o niña, incluyendo sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
8. *La colaboración y participación activa de las familias:* La familia debe ser parte activa en todas las decisiones y procesos de intervención, recibiendo apoyo y formación para su implicación.
9. *La especialización profesional:* Los profesionales deben tener formación especializada en atención temprana con una capacitación continua y trasversal en desarrollo infantil y trabajo con familias.
10. *El trabajo en equipos interdisciplinares y/o transdisciplinares:* La atención debe ser coordinada en equipos multidisciplinarios, con un profesional de referencia que guíe todo el proceso de intervención.
11. *La coordinación y colaboración de los sistemas de salud, servicios sociales y educación:* Es esencial la cooperación entre los distintos sistemas para garantizar una atención integral, con protocolos claros de coordinación.

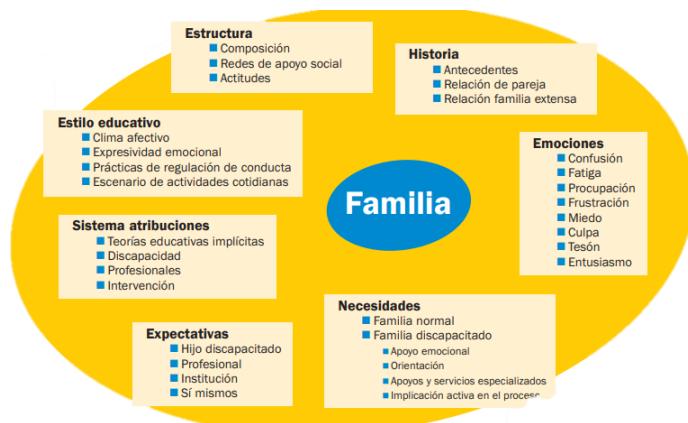
3.3. LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA

Según Perpiñán (s.f) la familia es un conjunto de personas que comparten un mismo espacio de convivencia e interactúan de manera continua formando un sistema complejo. Es la unidad básica de socialización del ser humano, la responsable principal de velar por el desarrollo del recién nacido hasta alcanzar la madurez. Desde esta perspectiva, resulta imprescindible reconocer que cada familia es única y que su funcionamiento está determinado por una serie de variables dinámicas (Figura 1) que influyen directamente en la forma en que afrontan las situaciones vitales, especialmente aquellas que derivadas de la presencia de dificultades en el desarrollo infantil.

Desde esta perspectiva, la autora subraya que toda intervención en Atención Temprana debe reconocer la singularidad de cada familia. Por ello, es necesario adaptar las estrategias a las características, necesidades, expectativas y recursos propios de cada familia, buscando una intervención flexible, personalizada y respetuosa.

Figura 1

Sistema familiar



Nota. Tomado de *Capítulo 4. La intervención con familias en los programas de AT* por S. Perpiñán, s.f.

En las últimas décadas las prácticas profesionales se han orientado hacia todos los miembros de la familia ya que la evidencia científica ha demostrado que tiene un impacto positivo en el niño, el entorno y la propia familia. Este impacto no solo mejora la evolución del niño y contribuye a su desarrollo y aprendizaje, sino que también repercute directamente en la calidad de vida y bienestar familiar (García - Grau et al., 2022).

Sin embargo, este reconocimiento de la familia como sistema activo en el desarrollo infantil no siempre ha formado parte del enfoque de la Atención Temprana. Según Candel (s.f.) este cambio de paradigma centrado en la familia se fundamenta en la incorporación de diferentes enfoques teóricos que han enriquecido la comprensión del desarrollo infantil e impulsado estas nuevas prácticas de intervención en Atención Temprana. Principalmente, la influencia proviene la teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979), el modelo transaccional de Sameroff y Chandler (1975), y la teoría de la modificabilidad cognitiva estructural propuesta por Feuerstein (1989) (Bagur y Verger, 2020 y Perera, 2011). Estas perspectivas subrayan la importancia de considerar no solo las características individuales del niño, sino también el papel fundamental que desempeña su entorno familiar, social y comunitario en su proceso de desarrollo.

Según Candel (s.f.) cada uno de estas teorías o modelos se caracteriza de la siguiente manera:

- *Teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979)*: sugiere que el desarrollo del niño se ve influenciado por múltiples contextos interrelacionadas, desde el entorno más inmediato, como la familia y la escuela (microsistema), hasta estructuras más amplias como la comunidad, la cultura y las políticas públicas (exosistema y macrosistema). Cada uno de estos niveles pueden afectar de manera directa o indirecta al niño ya que no actúan de forma aisladas, sino que se encuentran en constante interacción. Por tanto, cualquier cambio en uno de estos sistemas puede repercutir en el desarrollo infantil.
- *Modelo transaccional de Sameroff y Chandler (1975)*: plantea que el desarrollo es fruto de la intención continua y bidireccional entre el niño y su entorno. Este modelo reconoce al niño como un agente activo que influye y es influido por las experiencias que le rodean. Además, subraya la importancia de las relaciones familiares y sociales en los primeros años de vida, destacando la necesidad de intervenir desde una perspectiva que contempla tanto al niño como a su ambiente de forma integrada.
- *Teoría de la modificabilidad cognitiva estructural de Feuerstein y colaboradores (1980)*: sostiene que la capacidad cognitiva del individuo no es fija, sino que puede ser modificable y susceptible de desarrollo si se cuenta con una buena mediación. Esta defiende la importancia de la interacción social y la mediación de adultos para promover el aprendizaje y el desarrollo cognitivo adaptado a las

necesidades del niño. Sin embargo, es necesario crear un entorno activo y enriquecido que genere estímulos diversos, desafíos controlados, refuerzos positivos, etc.

Asimismo, la incorporación de estas prácticas centradas en la familia también se vio impulsada a partir de la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2005) donde se reconoce de manera explícita el papel crucial de la familia y del entorno en el desarrollo y el aprendizaje del niño (García - Grau et al., 2022). Este documento supuso un punto de inflexión en la concepción de la Atención Temprana, al consolidar un modelo de intervención que sitúa en a la familia como agente activo y protagonista del proceso.

Antes, planteábamos preguntas de investigación relacionadas con la mejora de los niños y los efectos directos de nuestra intervención, mientras que ahora, coherentemente con la actual episteme, analizamos y estudiamos cómo los niños mejoran a través de nuestros apoyos (efectos indirectos de nuestro apoyo) (García - Grau et al., 2022, p. 138).

Actualmente, se considera imprescindible contar con la implicación de las familias en todo el proceso de Atención Temprana. Martínez y Calet (2015) afirman que no es posible ofrecer una intervención de calidad sin la colaboración directa de la familia ya que es ella quien mejor conoce las necesidades, características y dinámicas del niño en su vida cotidiana. La familia siempre va a permanecer con el niño y lo va a acompañar en su desarrollo más allá de la Atención Temprana. Por ende, resulta fundamental que asuman un papel activo en el proceso y adquieran las competencias necesarias para garantizar el adecuado desarrollo y bienestar del menor (García, 2017).

3.3.1. Modelo centrado en la familia

Según Dunst et al., (2007) citados en Puerto (2020) la intervención centrada en la familia hace referencia a las prácticas profesionales que reconocen a la familia como elemento fundamental en todo el proceso de intervención. Este enfoque abarca desde la identificación y valoración de las fortalezas y debilidades, hasta la planificación y toma

de decisiones, con el objetivo de capacitar a la familia atendiendo y respetando sus singularidades, resaltando sus fortalezas y confiando en sus decisiones.

Esta práctica no solo se considera una estrategia o un método de interacción con las familias. Se trata de una filosofía general donde los profesionales ayudan a las familias a desarrollar sus fortalezas y aumentar su sentimiento de capacidad (Leal, 2016). Por ejemplo, una práctica centrada en la familia para esta autora es:

1. Concebir a la familia como un sistema de apoyo.
2. Reconocer la importancia del contexto de vida familiar en el desarrollo de los individuos.
3. Creer que las familias pueden desarrollar sus fortalezas y aumentar sus sentimientos de capacidad.
4. Implicar a los miembros de la familia como participantes activos en cualquier proceso.
5. Invitar a la familia a reuniones para que puedan compartir información.
6. Capacitar a la familia para que pueda funcionar de manera eficaz en su entorno.

El propósito principal de este modelo consiste en dar autoridad y capacitar a las familias para que puedan actuar de forma efectiva dentro de sus contextos ambientales. Por tanto, cuanto mayor sea el grado de participación e implicación de la familia, mayores serán las oportunidades para favorecer su autonomía, fortalecer su capacidad de tomar decisiones informadas y facilitar el alcance de sus propios objetivos (Leal, 2016).

Asimismo, en este trabajo es importante considerar a la familia como un sistema, partiendo de sus necesidades, preocupaciones, deseos y expectativas, trabajando en sus entornos naturales de convivencia y desarrollo, evitando reducir la intervención a un enfoque exclusivamente centrado en el trabajo individual con el niño en una sala (Del Toro y Sánchez, 2020).

En la misma línea, Giné et al., (2009) sostiene que para trabajar de manera efectiva con la familia es imprescindible conocer sus demandas crecientes y comprender sus estilos de enfrentamiento, con el fin de proporcionarles el apoyo necesario para responder adecuadamente a las situaciones que enfrentan. Además, resulta imprescindible establecer una relación de colaboración basada en la confianza, caracterizada por la transparencia en la comunicación, la sensibilidad hacia las distintas realidades familiares y la flexibilidad para adaptarse a sus necesidades y circunstancias particulares.

Por otro lado, una de las principales tareas de los profesionales, es conocer las necesidades de la familia y plantear qué tipo de intervención o intervenciones pueden ser más eficaces para dar una respuesta adecuada. La intervención debe tener como finalidad «ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño» (Libro Blanco de la Atención Temprana, GAT, 2005, p.26).

García (2017) señala que el profesional asume el rol de experto en desarrollo evolutivo y discapacidad, actuando como orientador de la familia y facilitador de entornos competentes que favorezcan el bienestar y el desarrollo integral del niño. Mientras que la familia adopta un papel activo y es reconocida como experta en identificar las necesidades del niño y su familia en el entorno natural.

Este modelo de intervención se desarrolla a través de equipos de trabajo interdisciplinarios y transdisciplinarios que garantizan una atención integral y coordinada entre los distintos profesionales implicados en el proceso. Estos equipos suelen estar conformados por especialistas del desarrollo infantil y atención temprana procedentes de los ámbitos sanitarios, social y educativo. Entre los perfiles profesionales más habituales se encuentran médicos rehabilitadores, psicólogos, pedagogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicomotricistas, estimuladores y logopedas (Junta de Castilla y León, s.f.). En el caso de los equipos interdisciplinarios, los profesionales son de diferentes disciplinas que colaboran de manera estructurada, compartiendo información y tomando decisiones de forma conjunta. Mientras tanto, el *equipo transdisciplinario* se caracteriza porque sus miembros, además de aportar la perspectiva de su especialidad, adquieren conocimientos y competencias de otras disciplinas relacionadas, integrándolos en su práctica profesional (Cabrerizo et al., 2008).

La implementación de este modelo de trabajo responde a la necesidad de superar algunas limitaciones detectadas en modelos anteriores de Atención Temprana los cuales según McWillian (2010) citado en Del Toro y Sánchez (2020) son las siguientes:

- La excesiva super especialización de los profesionales provoca una gran parcelación de los servicios, cuando lo positivo es el trabajo más general integrando todo el desarrollo.

- La creencia errónea de que “más es mejor”. Existe la evidencia que más sesiones y más profesionales trabajando con el niño no nos llevan a un mejor resultado.
- La búsqueda de una máxima profesionalidad que hace que se den prioridad a los objetivos de los profesionales, dejando de lado los objetivos de las familias.
- La intervención, en cualquiera de los contextos, se centra en el niño, dejando de lado las necesidades de las familias.

En definitiva, la adopción de este modelo ha transformado profundamente la práctica en Atención Temprana, superando el modelo tradicional centrado en la corrección del déficit para avanzar hacia un enfoque que sitúa a la familia como eje central del proceso de intervención. Este enfoque permite que las familias, a lo largo del proceso, identifiquen oportunidades de aprendizaje significativas para su hijo en los contextos cotidianos, facilitándoles la comprensión de cómo abordar de manera adecuada y natural las situaciones del día a día en base a las características y necesidades individuales de su hijo. Además, tal y como destacan Trivette y Dunst (2000) citados en Espe - Sherwindt (2008), las prácticas centradas en la familia proporcionan los recursos y apoyos necesarios para que las familias cuenten con el tiempo, la energía, el conocimiento y las habilidades suficientes para generar experiencias de aprendizaje enriquecedoras que favorezcan el desarrollo integral del niño.

Asimismo, múltiples investigaciones corroboran que este modelo produce efectos positivos tanto en el desarrollo del niño como en el funcionamiento de la familia. Espe - Sherwindt (2008) destaca que 47 estudios procedentes de siete países, evidenciaron que la aplicación de prácticas centradas en la familia se asocia con un incremento significativo en la satisfacción de las familias respecto a los servicios recibidos, así como con un fortalecimiento notable de las creencias de autoeficacia y el sentido de control percibido por los progenitores. También, Del Toro y Sánchez (2008) afirman que son muchos los autores que exponen los beneficios de modelo centrado en la familia, por ejemplo:

- Trivette y Dunst (2010) evidencian que estos programas aumentan el sentido de confianza y competencia de las familias respecto al desarrollo de su hijo.
- Espe - Sherwindt (2008) reconoce que, aunque el cambio a este modelo de intervención no es fácil y requiere de un tiempo de preparación e implantación, la experiencia demuestra que: la práctica centrada en la familia genera numerosos beneficios al niño y a su familia, y el grado de satisfacción de las familias aumenta

cuando participan en este modelo, comparándolo con otros modelos de intervención.

3.4. CONCEPTO DE CALIDAD

Actualmente, la sociedad demanda una mayor transparencia en la gestión y justificación de los recursos públicos, lo que ha generado la necesidad de disponer de datos e indicadores que permitan evaluar de manera objetiva la calidad de los servicios prestados y fundamentar las decisiones sobre su eficacia y pertinencia. Esta tarea de evaluación adquiere una especial complejidad en ámbitos como el de los servicios sociales, donde los procesos y resultados no siempre son cuantificables (Red de consultoría social, 2010 citado en Ponte, 2017).

Según la Real Academia Española (RAE) el término *calidad* hace referencia a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor. Asimismo, también encontramos otras definiciones como:

- Según Juran (1990) citado en Duque (2005) la calidad es el conjunto de características de un producto o servicio que responden a las necesidades del cliente, generando así su satisfacción.
- «La calidad puede tener dos significados: primero, las características de un producto o servicio que tienen que ver con su capacidad de satisfacer necesidades declaradas o implícitas y segundo un producto o un servicio libre de deficiencias» (Torres y Vásquez, 2010, p. 26).
- La calidad es un tópico que despierta curiosidad e interés en los directivos que buscan mejorar el rendimiento de la industria y alcanzar niveles altos de productividad y competitividad (Díaz y Salazar, 2021).

El concepto de calidad ha experimentado una evolución significativa a lo largo del tiempo. Según Lizarzaburu (2016) citado en Díaz y Salazar (2021) esta evolución ha permitido redefinir y perfeccionar sus objetivos, orientándolos hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario. En este proceso, la calidad deja de entenderse únicamente como el cumplimiento de estándares técnicos, para convertirse en una meta alcanzable por las organizaciones a través de prácticas centradas en la mejora continua y en la atención efectiva de las demandas de quienes reciben el servicio.

Diversos estudios teóricos y aplicados han profundizado en el significado del término de calidad, contando con aportaciones relevantes de autores ampliamente reconocidos en el ámbito internacional, denominados por la comunidad científica como los filósofos o “gurúes” de la calidad (Torres y Vásquez, 2010). Estos expertos han contribuido de forma significativa a clarificar y adaptar el concepto a los distintos conceptos organizativos. Tal como señalan Camisón et al., (2007) en la literatura y en la práctica profesional se han identificado seis enfoques principales desde los cuales se entiende la calidad:

1. *Calidad como excelencia*: búsqueda de la excelencia absoluta, donde el producto o servicio debe alcanzar la perfección en todas sus características, estableciendo un estándar superior frente a lo común o mediocre.
2. *Calidad como conformidad con especificaciones*: el grado en que un producto o servicio cumple con los requisitos técnicos establecidos. Cualquier desviación se considera una falta de calidad.
3. *Calidad como uniformidad*: capacidad de un producto o servicio para mantener características uniformes y estables con baja variabilidad. No solo implica cumplir especificaciones, sino hacerlo de manera consistente en todas las unidades, lo cual es fundamental para evitar defectos, aumentar la fiabilidad y reducir costes.
4. *Calidad como adecuación al uso*: competencia de un producto o servicio para satisfacer las necesidades, expectativas y funciones que el cliente demanda. La calidad no se mide únicamente por el cumplimiento de especificaciones técnicas, sino por el valor real y la utilidad que el producto ofrece al usuario final
5. *Calidad como satisfacción de las expectativas del cliente*: se basa en la capacidad de un producto o servicio para cumplir o superar la percepción subjetiva del usuario. No depende solo de aspectos técnicos, sino de la experiencia, necesidades y expectativas individuales.

Del mismo modo, Garvin (1988) citado en Torres et al., (2012) también llevó a cabo una recopilación de diversas definiciones de calidad formuladas por distintos autores de las cuales logró clasificar en 5 grupos de definiciones:

1. *Definiciones transcendentales*: calidad entendida como calidad absoluta e inmutable, reconocida de manera intuitiva y vinculada con obras excepcionales, generalmente artesanales, que superan el estándar común. En este sentido, no

puede definirse con precisión, sino que se identifica a través de la experiencia directa.

2. *Definiciones basadas en el producto:* la calidad se entiende como una característica cuantificable que permite ordenar los productos según la cantidad del tributo deseado, siempre que exista un criterio común para los consumidores. Sin embargo, esta visión originada en la economía, resulta limitada ya que la calidad también depende de las preferencias individuales y puede variar entre distintos productos.
3. *Definiciones basadas en el usuario:* calidad entendida desde la perspectiva del consumidor, donde un producto se valora según su capacidad para satisfacer necesidades y preferencias individuales. Esto implica que la calidad sea subjetiva y que puede variar entre diferentes usuarios.
4. *Definiciones basadas en la producción:* la calidad se define como el grado en que un producto o servicio cumple con las especificaciones y tolerancias establecida, donde cualquier desviación fuera de estos límites se considera una falla o reducción de calidad. Este enfoque se centra en el proceso interno del producto y no en las percepciones del cliente.
5. *Definiciones basadas en el valor:* calidad entendida como la relación entre el grado de satisfacción de las necesidades y el coste del producto, valorando como mayor calidad aquel que ofrece mejores prestaciones al menor precio posible.

Por tanto, como se puede observar el término de *calidad* es amplio y complejo, abarcando múltiples dimensiones según el contexto en que se utilice. En esta línea Sangüesa et al., (2006) advierten que el uso del término no es estandarizado ni uniforme como suele asumirse. De hecho, suele emplearse en muchísimas ocasiones, pero en muy pocas con el mismo significado. En el lenguaje cotidiano, suele asociarse con productos de lujo o con excelencia, mientras que, en otras disciplinas como el marketing, la economía o la filosofía, adquiere connotaciones diferentes. Esto da lugar a que el uso del término esté impregnado de ambigüedad, debido a la variedad de significados que se le atribuyen según el contexto en que se utilice.

Asimismo, diversos autores corroboran la ambigüedad del término al afirmar que no existe un consenso sobre una definición precisa de calidad ya que se trata de un término subjetivo, cuya interpretación depende del punto de vida de cada persona o del sector en el que se utilice (ASQ, 2009 citado en Torres y Vásquez, 2010).

En conclusión, la evolución del término a lo largo del tiempo evidencia que, a pesar de los avances conceptuales y las diversas aportaciones de expertos en el ámbito de la calidad, no existe una definición única ni universal aceptada. Por el contrario, la calidad se interpreta desde múltiples enfoques, lo que hace inapropiado establecer un concepto absoluto. Este término puede ser analizado desde distintas perspectivas por lo que resulta fundamental adoptar la definición que mejor se adapte a los objetivos de la organización, con el fin de facilitar la mejora continua y el logro de resultados óptimos (Torres et al., 2012).

3.5. CONCEPTO DE SATISFACCIÓN

Según Padilla (2019) el estudio de la satisfacción de los servicios se inició a principios de la década de los años 70 del siglo pasado en Estados Unidos y Europa debido a la necesidad de disponer de conocimientos sobre la satisfacción de los usuarios. Inicialmente, se empleó como una herramienta competitiva en el sector minorista, para luego extenderse a las empresas de servicios y al ámbito de la salud pública, especialmente de la atención temprana.

A medida que se han ido desarrollando estudios sobre la satisfacción, el concepto ha sufrido numerosas modificaciones y ha sido abordado desde diversas perspectivas a lo largo del tiempo. En los años 70 del pasado siglo, el interés por el estudio de la satisfacción era tal que se habían elaborado y publicado más de 500 estudios que abarcaban este tema (Hunt, 1982 citado en Boza, 2017).

Actualmente, la satisfacción del usuario se considera un indicador clave de calidad, ampliamente utilizado para evaluar la eficacia y excelencia en la prestación de servicios en diversos ámbitos. Este indicador se fundamenta en la percepción de las personas usuarias respecto a diversos aspectos de su experiencia, incluyendo la calidad del trato recibido, la claridad en la comunicación, los tiempos de respuesta, la accesibilidad a los recursos, la adecuación de los espacios y otros factores que influyen en su valoración global del servicio (Febres Ramos y Mercado Rey, 2020 citados en Roldan et al., 2024).

En la misma línea, Mora - Contreras (2011) citado en Sagbay - Llivichuzhca (2020) destaca que la satisfacción constituye un componente esencial ya que engloba la percepción del cliente y refleja las experiencias, opiniones y estados emocionales de los

usuarios, aspectos clave que influyen en la forma en que se evalúan los servicios recibidos.

Asimismo, diversos autores como Clemente et al., (2000) y Yu y Dean (2001) citados en Alonso (2016) coinciden en que la satisfacción puede entenderse como una respuesta emocional que se origina a partir de una valoración cognitiva personal, es decir, la persona evalúa racionalmente su experiencia en función de sus experiencias y a partir de ese juicio genera una emoción que da lugar a la satisfacción o insatisfacción con el servicio recibido.

En definitiva, aunque actualmente no existe un consenso sobre su definición o naturaleza, se pueden identificar varios aspectos clave que caracterizan la satisfacción:

1. *Indicador clave de calidad*: la satisfacción se considera un elemento fundamental para evaluar la eficacia y excelencia en la prestación de servicios.
2. *Basada en la percepción del usuario*: se fundamenta en la valoración subjetiva que realiza la persona usuaria sobre distintos aspectos de su experiencia.
3. *Dinámica y cambiante en el tiempo*: las expectativas y valoraciones de los usuarios varían según sus circunstancias, necesidades y experiencias previas.
4. *Multidimensionalidad*: la satisfacción integra factores técnicos, emocionales, relaciones y contextuales, que en conjunto influyen en la valoración global del servicio recibido.

3.6. CALIDAD Y SATISFACCIÓN

Según Romero - Galisteo (2011) en muchas ocasiones se utilizan como sinónimos los conceptos de *calidad del servicio* y *satisfacción del cliente*, cayendo en una confusión conceptual que dificulta la comprensión de ambos términos. La literatura existente establece que la calidad del servicio hace referencia a una valoración más estructural, general y a largo plazo, vinculada a las percepciones que el usuario forma de manera acumulativa sobre el conjunto del servicio. En cambio, la satisfacción del cliente se entiende como una respuesta emocional inmediata y específica, que surge tras una experiencia concreta del servicio recibido.

La mayoría de las corrientes consideraban que la satisfacción tiene un carácter predominantemente afectivo y transitorio ya que surge como una reacción emocional inmediata ante una experiencia concreta. No obstante, la calidad percibida se entiende

como una actitud más duradera y global, constituida a partir de múltiples interacciones con el servicio y que influye directamente en la generación de satisfacción (Bitner y Hubber, 1994; Bigné, Moliner y Sánchez, 2003 citados en Arias - Ramos, Serrano - Gómez y García - García, 2016). Por otro lado, Alén y Fraiz (2006) señalan que ambos conceptos se refieren a un proceso de evaluación en el que el usuario compara la experiencia del servicio con determinadas expectativas previas, es decir, ambas tienen en común la consideración del punto de vista del cliente como elemento central.

Actualmente, dada la similitud conceptual entre ambos constructos, no es sorprendente que estén altamente correlacionados. Autores como Carman (1990) y Oliver (1980) citados en Alén y Fraiz (2006), reconocen que la calidad del servicio y la satisfacción son conceptos claramente diferenciados. No obstante, Jemes et al. (2019) señalan que, aunque la calidad y satisfacción son conceptos distintos, en la práctica estos conceptos están estrechamente vinculados y se influyen mutuamente.

En este sentido, Patterson y Johnson (1993) citados en Alén y Fraiz (2006) elaboran una comparación detallada entre los dos constructos exponiendo las principales diferencias y similitudes:

1. La satisfacción se considera una respuesta específica y emocional frente a una experiencia particular, mientras que la calidad del servicio se entiende como un juicio más global, estable y evaluado a lo largo del tiempo.
2. La satisfacción es un fenómeno transitorio y variable, susceptible a cambiar tras cada interacción, mientras que la calidad del servicio refleja una actitud duradera y consolidada.
3. La satisfacción integra tanto aspectos afectivos como cognitivos, en cambio, la calidad del servicio está principalmente vinculada a percepciones cognitivas y evaluaciones racionales (eficacia, puntualidad, profesionalidad).
4. La satisfacción surge directamente de la experiencia vivida por el usuario, mientras que la calidad del servicio no está basada necesariamente en la experiencia.
5. Aunque son constructos diferenciados, la calidad percibida influye en la generación de satisfacción, actuando como antecedente de esta.

Asimismo, Velandia et al., (2007) aportan una definición complementaria que refuerza la distinción entre satisfacción y calidad del servicio. Según, estos autores, la

satisfacción se origina a partir del procesamiento cognitivo y emocional de la experiencia de consumo, siendo el resultado de procesos psicosociales tanto cognitivos como afectivos. Por otro lado, la calidad del servicio se entiende como la valoración de la utilidad del producto o servicio, en función del cumplimiento de sus objetivos y de la capacidad para generar sensaciones placenteras.

La mayoría de los expertos coinciden en que la satisfacción del cliente es una medida específica de la transacción a corto plazo, mientras que la calidad del servicio es una actitud formada por una evaluación general a largo plazo de un rendimiento (Mejías et al., 2018, p. 4).

El concepto de “calidad percibida” en los Servicios Sociales es de vital importancia ya que permite evaluar la satisfacción de las personas usuarias y al mismo tiempo, identificar áreas susceptibles de mejora en la prestación del servicio. Se entiende como la evaluación subjetiva que los propios usuarios hacen sobre los servicios que reciben, teniendo en cuenta sus experiencias, expectativas y necesidades individuales (Dueñas et al., 2024).

Finalmente, Jemes (2022) en su investigación, concluyó que la calidad del servicio percibida por las familias se configura como un factor determinante en su nivel de satisfacción con respecto al servicio de Atención Temprana. Esta conclusión resulta especialmente pertinente para el presente Trabajo Fin de Máster ya que se refuerza la idea de que una evaluación sistemática de dicha calidad no solo permite identificar áreas de mejora, sino que también incide directamente en el nivel de satisfacción de las familias usuarias. Por tanto, los resultados obtenidos de esta investigación podrán servir como base para diseñar propuestas de mejora fundamentadas, orientadas a optimizar la calidad del servicio de Atención Temprana ofrecido por la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de Valladolid, y con ello, favorecer una mayor satisfacción y bienestar en las familias beneficiarias.

4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se concibe como un proceso sistemático orientado a descubrir, perfeccionar métodos y analizar resultados, con la finalidad de ampliar el conocimiento en una disciplina específica o bien, enriquecer teorías y conceptos ya establecidos. La metodología de investigación comprende el conjunto ordenado de procedimientos y técnicas que permiten la obtención de este conocimiento, facilitando tanto la comprensión del resultado final como del proceso en sí, que abarca desde la definición del problema de estudio, el diseño metodológico, hasta la presentación y análisis de los hallazgos (Ortega, 2023).

Antes de comenzar una investigación es fundamental definir con precisión el tema de estudio, la población a investigar y, sobre todo, establecer claramente qué se desea responder. Para ello, Anduiza et al., (2011) citados en Ortega (2023) señalan que nuestra pregunta de investigación debe cumplir con una serie de características esenciales:

- La pregunta debe ser clara, precisa y no demasiado general ni específica.
- Debe poder ser respondida mediante la investigación.
- Es necesario justificar la importancia del tema desde una perspectiva teórica y práctica, más allá de motivaciones personales.
- La pregunta debe aportar originalidad; repetir estudios previos con las mismas conclusiones no aporta valor.
- No se debe mencionar el caso de estudio en la formulación del problema.

No obstante, antes de formular la pregunta de investigación, es necesario tener en cuenta que esta debe estar estrechamente alineada con los objetivos del estudio. En este caso, se busca analizar la percepción que tienen las familias sobre la calidad del servicio de Atención Temprana que reciben, con la finalidad de detectar áreas susceptibles de mejora y proponer recomendaciones fundamentadas en datos estadísticos. Esta línea de análisis permite conocer la percepción de las familias sobre la calidad del servicio y comprender qué dimensiones del servicio son mejor valoradas y cuáles requieren de intervención. Tal y como señala Ortega (2023):

«La selección del problema de investigación es siempre una cuestión complicada a la que se enfrenta cualquier persona desarrollando una investigación, ya sea novel o

experimentada. Es importante exponerlo de forma clara, dado que facilitará la investigación» (p. 129).

Por tanto, teniendo estos aspectos en cuenta, la pregunta de investigación que guía el presente Trabajo de Fin de Máster es:

¿Cómo es la valoración que tienen las familias usuarias sobre la calidad del servicio de Atención Temprana y cuáles son las dimensiones que presentan oportunidades de mejora?

Esta cuestión cobra especial relevancia en el contexto actual ya que como señala Ponte (2017) la búsqueda de indicadores y datos que permitan medir de forma objetiva si los servicios de Atención Temprana cumplen adecuadamente su misión asistencial ha experimentado un notable aumento en su importancia.

En esta misma línea, Ponte et al. (2008) destacan que, aunque el concepto de calidad proviene del ámbito empresarial y aún existe escasa cultura sobre su aplicación en los servicios sociales y en los recursos humanos que trabajan directamente con personas, es fundamental avanzar en este aspecto. Los autores subrayan que los indicadores de calidad han de ser instrumentos de medida que permitan valorar, tanto cuantitativa o cualitativamente, aspectos clave de la atención directa al niño y a su familia, así como de la organización interna y la gestión del servicio. Esta valoración integral permitiría no solo detectar deficiencias o áreas de mejora, sino también implementar las modificaciones oportunas en el proceso de intervención, con el fin último de garantizar una mejora continua en la calidad del servicio prestado en Atención Temprana.

La evaluación de la calidad en este ámbito no solo es pertinente sino también muy valiosa ya que según García - Sánchez (2002) la investigación en Atención Temprana cumple múltiples funciones esenciales, entre las que destacan:

1. Contribuye a afianzar y reelaborar el conocimiento que tenemos sobre él.
2. Contribuye a proporcionar unos conocimientos sobre la realidad en la que tenemos que actuar, facilitando la toma de decisiones, incluso para el siempre difícil reparto de los habitualmente escasos recursos económicos y materiales disponibles.

3. Contribuye directamente a la mejora de la práctica de la intervención, especialmente si la investigación se dirige a demostrar la eficacia y rentabilidad de distintas estrategias de intervención.
4. Contribuye a motivar al profesional porque lo prestigia al ser apoyado por datos estadísticos que corroboran su quehacer diario.

No obstante, para llevar a cabo una evaluación rigurosa y significativa de los servicios de Atención Temprana, resulta imprescindible incorporar la perspectiva de las familias usuarias ya que constituyen uno de los principales destinatarios de la intervención. Por tanto, su percepción es fundamental para identificar con mayor precisión tanto las fortalezas del sistema como aquellas áreas susceptibles de mejora, dado que son quienes experimentan de forma directa los efectos del servicio en el desarrollo y bienestar del niño, así como en la dinámica familiar.

En este sentido, Marco et al. (s.f.) corroboran la importancia de evaluar la percepción de las familias como un elemento clave para la mejora continua del servicio, señalando que resulta necesario recoger sus necesidades como usuarias y tener en cuenta sus aportaciones como parte integrante del proceso de intervención. Asimismo, resulta fundamental atender a la percepción que las familias tienen sobre el servicio recibido, dado el papel central que desempeñan en este ámbito, ya que serán ellos los que determinen la calidad del mismo (Jemes et al., 2019).

Por otro lado, una cuestión imprescindible que toda investigación debe plantearse, tal como señalan Anduiza et al., (2011) citados en Ortega (2023), es la identificación de las posibles implicaciones que pueden derivarse del estudio.

En primer lugar, esta investigación puede contribuir a un conocimiento más profundo y contextualizado sobre las expectativas, necesidades y experiencias de las familias usuarias sobre el servicio de Atención Temprana. En segundo lugar, los resultados obtenidos pueden proporcionar evidencias empíricas que permitan identificar tanto fortalezas como áreas susceptibles de mejora. Asimismo, esta información puede constituir una valiosa herramienta de autorreflexión para los profesionales implicados, al ofrecer datos relevantes sobre aspectos fundamentales de su labor como, la preparación técnica, el nivel de cercanía y empatía demostrada, la calidad de la comunicación establecida con las familias, entre otros. Finalmente, este trabajo podría sentar las bases para futuras líneas de investigación orientada a realizar evaluaciones periódicas, por

ejemplo, cada cierto periodo, que permitan conocer de manera sistemática la perspectiva tanto de las familias usuarias como incluso de los propios profesionales involucrados.

En conclusión, cuando las personas involucradas en el servicio, ya sean familias, profesionales o cualquier agente implicado, no se sienten plenamente satisfechas o detectan necesidad que el servicio no cubre, puede afectar significativamente a la dinámica de las intervenciones como al compromiso y colaboración de todas las partes involucradas. Pilligua y Arteaga (2019) subrayan que, independientemente del sector al que pertenezca una organización, de su tamaño, del tipo de actividad que desarrolle o de su estructura interna, es imprescindible garantizar un clima laboral positivo. Un entorno laboral adecuado incide de forma directa en los resultados, en la productividad, en la colaboración entre empleados, etc.

Por ende, el uso de instrumentos de evaluación como los cuestionarios adquieren especial relevancia ya que permite recopilar información significativa que puede fundamentar el diseño de propuestas de mejora ajustadas a las necesidades detectadas. La eficacia de estos recursos ha sido evidencia en diversas experiencias de buenas prácticas promovidas por FEAPAS, así como en otros espacios especializados (Fernández del Pozo y Galván, 2003; Ruiz, Hernando, García, Ribera, Lorente, Clariana y Rivera, 2000 citados en García et al., 2008).

4.1. METODOLOGÍA

La investigación científica representa una herramienta fundamental para el ser humano ya que permite conocer, explicar, interpretar y transformar la realidad. Su aplicación resulta esencial no solo para la comprensión profunda de fenómenos complejos, sino también para la búsqueda rigurosa de soluciones ante los desafíos que emergen en los distintos ámbitos de la práctica social. Asimismo, constituyen un medio eficaz para la generación de nuevos conocimientos que contribuyan al progreso disciplinar y al fortalecimiento de la intervención profesional basada en la evidencia (Monje, 2011).

Según Haro et al. (2024) la clasificación y tipología de las investigaciones constituyen un componente esencial en el diseño de cualquier estudio, ya que permiten delimitar el enfoque metodológico más adecuado en función de los objetivos planteados. En términos generales, las investigaciones pueden clasificarse atendiendo diferentes criterios como, por ejemplo:

1. Propósito de la investigación (Básica o fundamental, aplicada, exploratoria, descriptiva y correlacional).
2. Naturaleza de los datos (Investigación cualitativa, investigación cuantitativa e investigación mixta).
3. Método de análisis (Investigación experimental, observacional, de encuestas, documental y de revisión).

El presente Trabajo de Fin de Máster se enmarca dentro de una metodología mixta la cual se caracteriza por combinar la rigurosidad de los métodos cuantitativos con la profundidad de los métodos cualitativos, con la intención de obtener una comprensión más profunda y enriquecedora de los fenómenos estudiados (Medina et al., 2023). En cuanto a los tipos de diseños mixtos, existen tres procedimientos principales para la integración y combinación de los datos. En esta investigación se ha optado por el diseño concurrente que se caracteriza por la recogida simultánea de datos cuantitativos y cualitativos, que posteriormente son analizados de forma independiente y comparados de manera integrada (Creswell, 2021 citado en Ortega, 2023).

Asimismo, en función de los objetivos planteados y del contexto en el que se desarrolla la presente investigación, se ha optado por la utilización de un cuestionario como instrumento de recogida de datos (ver Anexo 1). Según Crespo (2016) citado en Ortega (2023) los datos constituyen los elementos de información que se recogen del caso de estudio y que permite «tomar decisiones más razonables, averiguar qué sucede más allá de nuestros ojos y tratar de predecir el futuro» (p. 128).

En la actualidad, se disponen de diversos tipos de encuestas, por lo que resulta fundamental seleccionar aquella modalidad que se ajuste de manera más adecuada a las características específicas del estudio y al contexto en el que se lleva cabo (Ortega, 2023). En este caso, tras analizar la temática y los objetivos de la investigación se optó por emplear una encuesta autoadministrada ya que según De Leeuw (2004), citado también por Ortega (2023) este tipo de encuestas se envían al participante por una vía indirecta de contacto, permitiéndose responder a las preguntas de manera autónoma, siguiendo únicamente las instrucciones incluidas en el propio cuestionario y devolviéndolo una vez cumplimentado.

Díaz (2012) señala que este tipo de instrumento presenta una serie de ventajas significativa que contribuyen a la mejora de calidad y eficacia del proceso de recolección de datos:

- Permite al participante reflexionar y responder a su propio ritmo, empleando el tiempo que considere necesario.
- La ausencia de un entrevistador presencial reduce los posibles sesgos derivados de su influencia directa.
- Facilita la inclusión de un mayor número de participantes en un tiempo reducido.
- Supone un menor costo y una logística más sencilla en comparación con otros métodos de recogida de datos.

No obstante, con el fin de incrementar la tasa de respuesta y siguiendo las recomendaciones de la directora del centro, así como de la coordinadora y tutora de prácticas, la recogida de los datos no se realizó estrictamente mediante una encuesta autoadministrada ya que la entrega de los cuestionarios no se efectuó por vía indirecta ni se contó con todas las ventajas de este formato. En cambio, se decidió que fuera una encuesta autoadministrada en formato papel donde los propios profesionales de cada área (psicomotricistas, logopedas, fisioterapeuta y psicóloga) fueran los responsables de entregar personalmente la encuesta impresa a las familias, seleccionado el momento de la sesión que considerasen más oportuno. Esta estrategia fue recomendada debido a la baja participación registrada en estudios previos realizados en la unidad, así como por la necesidad de obtener una muestra más amplia en un periodo de tiempo limitado de dos semanas y media para la recopilación de datos.

Asimismo, cabe señalar que la presente investigación se basa en una encuesta por muestreo no probabilístico, concretamente de tipo voluntaria, en el que las familias usuarias del servicio decidieron participar de forma libre en la investigación. Esta modalidad no garantiza la representatividad estadística del total de la población, pero sí permite contar con una muestra amplia y válida para llevar a cabo el análisis, representando aproximadamente un 24% del total de usuarios. En este caso, se seleccionó a las familias usuarias y no a otros colectivos como los trabajadores del servicio, con el propósito de conocer sus actitudes y percepciones respecto al tema o tema objeto de estudio (Fases de una Encuesta por Muestreo, s.f.).

4.1.1. Instrumento

Para llevar a cabo esta investigación, fue necesario realizar previamente una solicitud formal ante la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de Valladolid. Esta gestión tenía como finalidad obtener la autorización oficial imprescindible para desarrollar el estudio dentro de un marco legal adecuado.

Una vez obtenida la autorización de la investigación, que tuvo una duración aproximada de 1 semana, se pasó al diseño del cuestionario. Para su elaboración, se tomaron como referencia los principios rectores de la Atención Temprana establecidos en la Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Estos principios también están reflejados en el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2005), así como en el marco normativo específico de la comunidad de Castilla y León, concretamente en la Ley 1/2024, de 8 de febrero, de apoyo al proyecto de vida de las personas con discapacidad en Castilla y León y en el Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León.

Una vez finalizado el diseño del cuestionario, se mantuvieron dos reuniones de revisión con la directora y la coordinadora de la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad, con el fin de analizar en detalle las dimensiones e ítems incluidos y asegurar la adecuación, pertinencia y claridad del instrumento. Durante la primera reunión se revisó la estrategia de difusión del cuestionario, decidiendo modificarla tras valorar las posibles limitaciones que podría implicar el uso de un código QR en la participación de las familias. Por ello, se decidió que cada profesional entregara personalmente la encuesta a las familias durante las sesiones, con el fin de asegurar un mayor número de respuestas. En la segunda reunión, se dedicó a ajustar y perfeccionar los ítems para mejorar su claridad y adecuación al contexto de la Atención Temprana.

El cuestionario está dividido en 3 secciones claramente diferenciadas. En primer lugar, se presenta una breve presentación de la investigación, en la que se explica el objetivo y la finalidad del estudio, así como aspectos relacionados con la confidencialidad de los datos con el fin de que los participantes cuenten con la información necesaria para tomar una decisión informada sobre su participación.

En segundo lugar, se incluyen 5 ítems destinados a recoger información sociodemográfica específica sobre la persona que responde al cuestionario. Entre los

datos solicitados se incluyen, por ejemplo, el perfil de la persona que responde al cuestionario, la edad de ingreso del menor al servicio de Atención Temprana, el tiempo transcurrido desde el inicio de la intervención, la edad del participante y su nivel académico. Aspectos que proporcionan información fundamental para profundizar en el conocimiento del perfil de los participantes y generar un análisis más exhaustivo y contextualizado.

Por último, el cuestionario se compone de 27 ítems distribuidos en cinco dimensiones, diseñadas para abordar de manera integral los principales aspectos que configuran el proceso de Atención Temprana y sobre todo para obtener una visión precisa sobre la calidad del servicio percibida por las familias usuarias, entendida como la capacidad del sistema para ofrecer una respuesta eficaz, accesible y coordinada a las necesidades del menor y su familia. Además, implica intervenciones adaptadas, profesionales capacitados, información clara y participación activa de las familias, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del menor y de su entorno.

A continuación, se detallan las dimensiones seleccionadas:

1. *Acogida*: esta dimensión se centra en evaluar la calidad del primer contacto que el servicio ofrece a las familias, incluyendo la accesibilidad, la claridad de la información inicial, así como el trato respetuoso y empático. El objetivo es determinar si el proceso de acogida facilita la integración de las familias, generando un ambiente que contribuya a un comienzo adecuado y positivo.
2. *Intervención*: esta se refiere a la adecuación y personalización de las acciones que se llevan a cabo durante el proceso de atención a la familia, considerando aspectos como, la participación activa de la familia, el respeto hacia sus valores y cultura, la adecuada adaptación de las intervenciones a las necesidades del menor y de su familia. La intención es determinar si las intervenciones están cumpliendo con el modelo centrado en la familia y los principios rectores como, por ejemplo, el respeto, la atención personalizada y la participación activa.
3. *Información*: trata de conocer si el servicio está proporcionando a las familias orientación e información de forma clara, comprensible y adaptada a sus necesidades. Con la intención de garantizar una comunicación accesible que permita a las familias disponer de la información suficiente para comprender el proceso de intervención, participar activamente y tomar decisiones informadas.

4. *Personal especializado y coordinación*: evalúa la percepción de las familias sobre la competencia del personal, su accesibilidad y calidad del trato recibido. Así como, la eficacia de la coordinación interna entre los distintos especialistas como la coordinación externa con los otros servicios implicados. Esta dimensión es esencial para conocer si realmente se está ofreciendo una atención de calidad a las familias siguiendo los principios de especialización personal, el trabajo interdisciplinar y la coordinación entre sistemas.
5. *Valoración general*: trata de valorar la percepción global que poseen las familias con respecto al servicio recibido, incluyendo aspectos como el impacto percibido en la calidad de vida familiar, el cumplimiento de las expectativas y la disposición a recomendar el servicio. Esto permite obtener una visión general y significativa sobre la eficacia y la calidad del servicio desde la experiencia directa de los usuarios.

Las preguntas se presentaron en formato de opción múltiple con una única respuesta, en la que los participantes debían indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación o ítem (Matas, 2018) mediante una escala Likert, que incluían las siguientes opciones: 1 “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Neutro”, 4 “De acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. Además, al final del cuestionario se incorporaron dos preguntas abiertas para que las familias tuvieran la oportunidad de expresar libremente sus opiniones acerca de los aspectos más valorados del servicio y las áreas susceptibles de mejora.

En cuanto a la redacción de los ítems, se procuró en todo momento que las formulaciones fuesen comprensibles y claras para todas las familias participantes sin tecnicismo o términos complejos que pudieran dificultar su correcta interpretación ya que facilita la participación y garantiza la fiabilidad de las respuestas, asegurando que los datos recogidos reflejan de manera precisa las percepciones y experiencias de las familias.

4.2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este apartado se describe y analiza la información obtenida del cuestionario cumplimentado por una muestra total de 84 familias usuarias del servicio de Atención Temprana de la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de la ciudad de Valladolid. El tratamiento de los datos se ha realizado mediante el programa Microsoft Excel, herramienta que facilita la organización y representación gráfica de la

información, permitiendo así una interpretación precisa, clara y sistemática de los resultados.

Además, este análisis permitirá contrastar el conjunto de hipótesis formuladas a partir de los objetivos de la investigación, que se detallan a continuación:

1. Las familias manifiestan una valoración muy positiva respecto a la calidad de todas las dimensiones del servicio.

SOLO HIPÓTESIS 1

4.2.1. Análisis de la muestra

Los datos obtenidos, tal y como se observa en la tabla 1, permiten describir el perfil sociodemográfico de las familias participantes en la investigación. En primer lugar, se observa que la mayoría de los cuestionarios fueron respondidos por madres (72%) mientras que en el 28% de los casos fueron los padres quienes lo completaron. No se registraron respuestas de otros miembros de la familia, lo que sugiere que son fundamentalmente las figuras parentales quienes asumen el papel activo del proceso de intervención.

En lo que respecta a la edad de ingreso de los menores en el servicio de Atención temprana, casi la mitad de las familias (48%) señala que el acceso se produjo antes del primer año de vida, lo que refleja una actuación precoz en un número significativo de casos. Un 35% indica que el ingreso tuvo lugar entre el primer y segundo año, mientras que el 12% lo sitúa entre los dos y tres años. Solo un 6% accedió entre los tres y cuatro años, y no se registraron ingresos posteriores a esa edad.

En relación con el tiempo de permanencia en el servicio, más de la mitad de las familias (56%) señalan que el menor lleva menos de un año recibiendo atención por parte del servicio. El 30% indica un periodo de entre uno y dos años, el 10% entre dos y tres años, y el 4% entre tres y cuatro años. Únicamente el 1% señala una permanencia superior a los cuatro años, lo que sugiere que la mayoría de las intervenciones son relativamente recientes.

En cuanto a la edad de las personas que respondieron al cuestionario, el grupo mayoritario corresponde al tramo detiene entre 31 y 40 años (51%), seguido por quienes superan los 40 años (32%) y el 18% restante se sitúa entre los 21 y 30 años, sin participación de personas menores de 20 años.

Por último, en lo que respecta al nivel educativo, se destaca que un 38% de los participantes cuentan con formación universitaria, mientras que un 29% posee formación profesional. El resto se distribuye entre los siguientes niveles educativos, siendo un 19% las familias que han completado la Educación Secundaria Obligatoria y un 7% aquellas que únicamente han finalizado la Educación Primaria. No se registraron casos de personas sin estudios.

Tabla 1
Datos obtenidos de las variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	
1. Persona que contesta al cuestionario	
Madre	63 (72%)
Padre	24 (28%)
Otro familiar	0 (0%)
2. Edad de ingreso del menor en el servicio de Atención Temprana	
Menos de 1 año	40 (48%)
Entre 1 y 2 años	29 (35%)
Entre 2 y 3 años	10 (12%)
Entre 3 y 4 años	5 (6%)
Más de 4 años	0 (0%)
3. Tiempo transcurrido desde que el menor comenzó en el servicio de Atención Temprana.	
Menos de 1 año	47 (56%)
Entre 1 y 2 años	25 (30%)
Entre 2 y 3 años	8 (10%)
Entre 3 y 4 años	3 (4%)
Más de 4 años	1 (1%)
4. Edad de la persona que contesta el cuestionario.	
Menos de 20 años	0 (0%)
De 21 a 30 años	15 (18%)
De 31 a 40 años	43 (51%)
Más de 40 años	27 (32%)
5. Niveles de estudio de la persona que contesta el cuestionario.	
Sin estudios	0 (0%)

Educación Primaria	6 (7%)
Educación Secundaria Obligatoria	16 (19%)
Formación profesional	25 (29%)
Estudios universitarios	32 (38%)
Postgrado	6 (7%)

4.2.2. Análisis de las respuestas

4.2.2.1. Análisis cuantitativo

4.2.2.1.1. Validez del contenido

Antes de comenzar con el análisis cuantitativo, es imprescindible establecer la validez de contenido del instrumento diseñado ya que se considera una condición necesaria para interpretar de manera adecuada las puntuaciones obtenidas en los test (Pedrosa et al., 2014). Con este propósito, se aplicó el *Índice de Validez de Contenido de Lawshe*, un procedimiento que se basa en la valoración de un grupo de expertos quienes, a partir del conocimiento de las dimensiones del instrumento, emiten un juicio informado sobre la congruencia y utilidad de cada uno de los ítems incluidos en el cuestionario, con el objetivo de determinar en qué medida estos son adecuados para la medición del constructo que se pretende evaluar. (Arregui et al., s.f.).

Para ello, se elaboró una tabla (ver Anexo 2) con la intención de que un número de expertos tanto del ámbito de la Atención Temprana como alumnos del Máster en Psicopedagogía pudieran cumplimentarla en base a su propio criterio, valorando cada ítem en función de su relevancia, claridad y pertinencia mediante una escala del 1 al 4 donde 1 equivale a “Nada”, 2 “Poco”, 3 “Bastante”, 4 “Totalmente”.

Una vez cumplimentada cada una de las valoraciones por 5 expertos del ámbito, se analizó el grado de consenso entre los jueces a través de la Razón de Validez de Contenido (CVR) que permite cuantificar el nivel de acuerdo entre los expertos. En este método, un ítem se considera válido si más del 50% de los evaluadores coinciden en calificarlo como esencial (Tristán - López, 2008) cuyo valor mínimo aceptable es un CVR de .490 (Medina, 2020), mientras que el valor máximo es un CVR de 0.99 cuando se solicita a 7 expertos o menos (Medina, 2020 citado en Yepes et al., 2023).

En este caso, los 27 ítems que conforman el cuestionario obtuvieron una puntuación de 1 en las tres dimensiones, salvo el ítem 26 “El servicio ha respondido a sus

expectativas iniciales” cuyo valor fue de 0,6 en las dimensiones de relevancia y pertinencia y un valor de 1 en la dimensión de claridad. Sin embargo, cuando se cuentan con pocos penalistas, Tristán modifica el modelo del cálculo de los valores mínimo de aceptación para los ítems, planteando una nueva ecuación, cuyo valor mínimo aceptable es de un CVR’ de 0,582. (Yepes et al., 2023). Por tanto, teniendo en cuenta esta modificación, todos los ítems obtuvieron la misma puntuación salvo el ítem 26 cuyo valor aumentó al 0,8 en ambas dimensiones (ver Anexo 3).

4.2.2.1.2. Análisis descriptivos preliminares

Una vez verificada la validez de contenido, se procedió al análisis de los estadísticos descriptivos con la intención de analizar el comportamiento general de los datos obtenidos a través del cuestionario y conocer la percepción que poseen las familias usuarias con respecto al servicio de Atención Temprana.

En primer lugar, los valores en el promedio son notablemente elevados en todos los ítems en conforma el instrumento, oscilando entre el 4,42 y 4,92 sobre un máximo de 5, lo que confirma una tendencia general hacia valoraciones muy positivas por parte de las familias. En segundo lugar, la desviación típica refleja valores relativamente bajos comprendidos entre 0,39 y 1,09 esto indica que las respuestas se concentran en torno a la media, lo que demuestra una elevada homogeneidad de los datos.

En relación a la curtosis, la mayoría de los ítems presentan cifras considerablemente elevadas ya que 19 de 27 ítems registraron valores comprendidos entre 8,62 a 40,41. Estos resultados son característicos de una distribución leptocúrtica, que sucede cuando la mayoría de los datos se concentran en torno a los valores centrales de la distribución (Universidad del País Vasco, s.f.). En cuanto a la asimetría, se aprecia que todos los ítems presentan valores negativos, un total de 15 ítems presentaron valores superiores a -3, lo cual implica que la mayoría de las puntuaciones se concentran en el extremo superior derecho de la escala, es decir, hacia las puntuaciones más elevadas.

Asimismo, al realizar una valoración global del cuestionario, se observa un promedio total de 127,40 lo que indica una puntuación general muy elevada por parte de los usuarios, mostrando una percepción muy positiva del servicio. La desviación estándar de 11,90 muestra que existe poca dispersión entre las respuestas totales, lo cual muestra un alto nivel de homogeneidad en las valoraciones. Por otro lado, la curtosis total es de 15,02 lo que sugiere también una distribución leptocúrtica y por último la asimetría total

negativa de -3,19 muestra que la distribución está sesgada hacia la derecha, confirmando que la mayoría de las familias manifiestan calificaciones muy positivas al servicio evaluado.

No obstante, a partir de los estadísticos descriptivos obtenidos, puede afirmarse que los datos no se ajustan a una distribución normal ya que presenta una elevada curtosis, asimetría negativa pronunciada y una fuerte concentración de respuestas en los valores más altos de la escala. Esta situación evidencia la posible presencia de un efecto techo, un fenómeno que se refiere a la concentración excesiva de respuestas en los valores más altos de la escala que restan capacidad discriminativa a la escala. (Lizarbe - Chocarro et al., 2016).

Por ende, en estos casos se recomienda la utilización de medidas no paramétricas dado que no requieren el cumplimiento del supuesto de normalidad en la distribución de los datos (Hernández et al., 2014) y resultan especialmente adecuadas ya que se adaptan a la naturaleza ordinal de los datos propios de las escalas Likert. Además, el uso de estas técnicas permite realizar un análisis riguroso y coherente con las características de las respuestas para descubrir la tendencia central y la dispersión de los datos, minimizando el riesgo de obtener interpretaciones erróneas. (Norman, 2010; Jamieson, 2004 y Boone y Boone, 2012).

Asimismo, cabe mencionar que durante la exploración de los datos estadísticos se detectó la presencia de una posible bala perdida que fue identificada mediante el cálculo del z - score realizado a través de Microsoft Excel. Esta obtuvo un valor de -6,00 lo que significa que se encuentra a más de seis desviaciones típicas por debajo del promedio del conjunto de datos (Gráfico 1). No obstante, a pesar de esta observación atípica se decidió mantener ya que no compromete los resultados. Esta decisión se fundamenta en que dicha respuesta no refleja un sesgo aleatorio o error, sino que realmente se corresponde con una experiencia negativa expresada por la familia, tal y como se puede apreciar en las respuestas cualitativas donde se manifiesta un claro descontento con el servicio.

En este sentido, se han empleado como medidas descriptivas no paramétricas la mediana, la moda y el rango intercuartílico (RIC). El análisis de los 27 ítems que componen el cuestionario muestra que tanto la mediana como la moda alcanzan el valor máximo de 5, lo que indica que al menos el 50% de las respuestas se sitúan en la categoría “Totalmente de acuerdo”, siendo esta además la opción más seleccionada por la mayoría

de las familias. Esta coincidencia entre ambas medidas refuerza la consistencia interna de las respuestas y pone de manifiesto una clara tendencia hacia valoraciones muy positivas, lo cual puede interpretarse como un indicador favorable de la calidad percibida del servicio.

Por otro lado, el análisis del rango intercuartílico (RIC) ha permitido profundizar en la interpretación de los datos, ofreciendo una visión más detallada sobre la dispersión de las respuestas emitidas por las familias participantes. En este estudio, 20 de los 27 ítems presentan un RIC igual a 0, señalando que la mitad de las respuestas se concentran en una misma categoría, lo cual confirma la baja variabilidad y homogeneidad de las valoraciones en la mayoría de los ítems. Por el contrario, los 7 ítems restantes presentan un RIC que oscila entre 0,75 y 1, lo que refleja una mayor dispersión de las respuestas y muestra cierta diversidad en la percepción de las familias con respecto a dichos ítems (Tabla 2).

Tabla 2

Análisis comparativo del rango intercuartílico por dimensiones del cuestionario

Subescala	Nº ítems	Ítems con RIC = 0	Ítems con RIC > 0	Homogeneidad
1. Acogida	5	5	0	Alta
2. Intervención	7	4	3	Baja
3. Información	4	2	2	Baja
4. Personal especializado y coordinación	6	4	2	Baja
5. Valoración general	5	5	0	Alta

Este análisis de las medidas no paramétricas, confirman la presencia del efecto techo ya que la coincidencia entre la mediana y la moda en el valor máximo, junto con la elevada cantidad de ítems con un rango intercuartílico igual a cero, muestran una notable concentración de respuestas en la categoría más alta de la escala. De manera general, estos resultados permiten comprobar que la mayoría de las familias poseen una visión muy positiva sobre la calidad del servicio de la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad de Valladolid.

4.2.2.1.3. Fiabilidad del cuestionario

Según Rodríguez - Rodríguez y Reguant - Álvarez (2020), es imprescindible que todo equipo de investigación verifique que los cuestionarios o test empleados cumplen con los criterios de fiabilidad aceptados por la comunicación científica, tanto para el ámbito de investigación como en la práctica aplicada. En la misma línea, Frías - Navarro (2022) destacan la importancia de demostrar la consistencia o correlación interna entre los ítems que conforman un cuestionario, como paso previo indispensable para confirmar que todos ellos están efectivamente midiendo un mismo constructo de manera coherente.

Por tanto, para garantizar la fiabilidad del instrumento empleado en esta investigación, se recurrió al cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, un indicador estadístico de fiabilidad. Esta medida es una de las más utilizadas y reconocidas hasta la fecha, especialmente en aquellos instrumentos compuestos por múltiples ítems (Schmitt, 1996 citado en Toro et al, 2022).

El Coeficiente Alfa de Cronbach es una medida ampliamente utilizada para evaluar la fiabilidad de un instrumento a partir de una única aplicación. Sus valores se sitúan entre 0 y 1, siendo 0,7 el umbral mínimo aceptado para considerar que existe una adecuada consistencia interna entre los ítems. Cuanto mayor es este coeficiente, más estrecha es la relación entre las preguntas del cuestionario. En este sentido, correlaciones comprendidas entre 0,8 y 1 indican niveles elevados de fiabilidad, lo que respalda la solidez del instrumento empleado (Taupanta et al., 2017). Una vez calculado el Alfa de Cronbach con su respectiva fórmula, se obtuvo un valor de 0,95 lo que determina que el cuestionario utilizado en esta investigación presenta un elevado nivel de fiabilidad, indicando una fuerte correlación entre los ítems y una adecuada consistencia interna del instrumento (ver Anexo 4).

No obstante, en contextos donde se evidencia la presencia del efecto techo, el cálculo del coeficiente Omega (ω) de McDonald resulta ser más adecuado ya que presenta una mayor sensibilidad en comparación con otros sistemas. Además, según Ventura - León (2018) el coeficiente ω muestra una notable resistencia ante muestreos en poblaciones heterogéneas y reduce el riesgo de sobreestimación de la fiabilidad, es decir, tiene menos probabilidad de dar una falsa fiabilidad. Asimismo, varios autores (Roco - Videla et al., 2024 y Ventura - León y Caycho - Rodríguez, 2017) destacan que posee numerosas ventajas como, por ejemplo, el valor no se ve afectado directamente por la

cantidad de ítems y no requiere el cumplimiento de tau - equivalencia, en otras palabras, no es necesario que todos los ítems tengan la misma puntuación o carga factorial para estimar de manera precisa la fiabilidad del instrumento (Frías - Navarro, 2022).

Para calcular el coeficiente Omega (ω) se empleó el software estadístico llamado Jamovi en el cual se adjuntaron los datos obtenidos en el cuestionario y seguidamente en el apartado de análisis de fiabilidad se seleccionaron los 27 ítems para analizar el coeficiente. A partir de este proceso, se obtuvo un valor de 0.958 de fiabilidad (Tabla 3), lo que indica que el instrumento realmente es capaz de medir aquello para lo que ha sido concebido (Romero - Galisteo, 2011).

Tabla 3
Análisis de Fiabilidad. Estadísticas de Fiabilidad de Escala

ω de McDonald	
Global	0.958
Subescala 1	0.812
Subescala 2	0.843
Subescala 3	0.809
Subescala 4	0.813
Subescala 5	0.956

4.2.2.1.4. Validez del constructo

Para continuar con el proceso de validez del cuestionario, se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio (AFE) una de las técnicas estadística más empleadas en la investigación social (Frías - Navarro y Pascual, 2012) y que tiene como objetivo “comprobar hasta qué punto estos instrumentos o los ítems que los conforman representan adecuadamente los constructos latentes de interés o diferentes dimensiones del mismo constructo” (Mavrou, 2015, p. 71). Este método lo suelen emplear los investigadores para determinar el número de factores comunes que tienen una variable, para así poder tener una idea de cuántas dimensiones latentes tendrá el instrumento (Peña et al., 2024).

Antes de comenzar el análisis es imprescindible realizar una serie pruebas o criterios estadísticos para comprobar que la estructura de los datos es adecuada para ser

analizada factorialmente (Pizarro y Martínez, 2020 y López - Aguado y Gutiérrez - Provecho, 2018), es decir, si los ítems poseen la suficiente correlación para llevar a cabo el análisis factorial (Domínguez, 2014). Estas pruebas se denominan medidas de adecuación muestral y son las siguientes:

- Medida de Idoneidad del Muestreo (KMO)
- Test de Esfericidad de Bartlett

En primer lugar, para verificar el grado de relación conjunta entre las variables es importante calcular la KMO ya que permite estimar el grado en que cada una de las variables es predecible a partir de las demás. Esta medida se valora entre el 0 y 1, y cuanto más cercano a 1, más relacionadas están las variables entre sí (López - Aguado y Gutiérrez - Provecho, 2018). Por tanto, en base al análisis realizado mediante el software Jamovi, el cuestionario alcanzó un valor global de KMO de 0.807, lo que indica una buena adecuación muestral y sugiere que los datos son adecuados para un análisis factorial (Tabla 4).

Tabla 4
Medida de Idoneidad del Muestreo KMO

	MSA
Global	0.807
Subescala 1	0.715
Subescala 2	0.747
Subescala 3	0.773
Subescala 4	0.734
Subescala 5	0.855

En segundo lugar, el test de esfericidad de Bartlett según Garmendia (2007) pone a prueba la hipótesis nula de que las variables no están correlacionadas, es decir, “evalúa si la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad, aquella en la que no existe relación entre las variables” (p. 60). Los resultados deben cumplir un parámetro de nivel de significancia $p < .05$ ya que esto indica que existe suficiente correlación entre las variables. Tras el análisis se obtuvo un valor de $p < .001$ lo que indica que existe una

correlación significativa entre el total de los ítems y justifica la posibilidad de aplicar el AFE (Tabla 5).

Tabla 5
Test de esfericidad de Bartlett

	p
Global	<.001
Subescala 1	<.001
Subescala 2	<.001
Subescala 3	<.001
Subescala 4	<.001
Subescala 5	<.001

Asimismo, como paso previo para la aplicación del Análisis Factorial Exploratorio es esencial obtener la matriz de correlaciones de las variables ya que esta constituye el insumo principal del análisis (Ramos y Plata, 2015). En este estudio, al trabajar con variables ordinales se optó por utilizar la matriz de correlaciones policóricas ya que estas son las se utilizan «generalmente en los casos en que los ítems presentan un formato de repuestas tipo Likert» (Reich et al., 2016, p. 621). Este tipo de correlación es metodológicamente más adecuado que la correlación de Pearson ya que esta se emplea principalmente con variables continuas y resulta inadecuada para los datos ordinales (Domínguez, 2014) porque no cumplen con los supuestos necesarios para su aplicación y «pueden surgir errores en la estimación de los factores y sus cargas» (Ramos y Plata, 2015, p. 40).

Asimismo, aunque se recomienda no emplear muestras por debajo de 200 - 300 participantes para poder usar la matriz de correlaciones policóricas, autores como Lloret - Segura et al., (2014) señalan que el tamaño muestral no es sencillo de determinar ya que depende de varios aspectos como, las características psicométricas de los ítems, del tipo de matriz de asociación y de la interacción entre ambos factores. Por ende, en base a las características de la presente investigación se ha considerado adecuado su análisis debido a la solidez de los indicadores de adecuación muestral y fiabilidad del instrumento.

La matriz de correlación policórica permite determinar si existen altas o bajas correlaciones entre los ítems (Pizarro y Martínez, 2020). Por ello, para esta investigación se utilizó el software estadístico llamado RStudio porque permite observar con mayor precisión la relación entre las variables ordinales del cuestionario (Martínez - Abad y Rodríguez - Conde, 2017; Jordán, 2011 y Gadermann et al., 2012).

Tras su análisis, los resultados mostraron que la mayoría de los ítems presentaban correlaciones positivas superiores a 0.30, lo que indica que existe una relación adecuada entre los ítems. Sin embargo, el ítem 20 reflejaba numerosas correlaciones negativas con respecto al resto, lo que sugiere que dicho ítem podría no ajustarse adecuadamente al constructo que se pretende evaluar, afectando a la consistencia interna y a la validez del instrumento (ver Anexo 5).

Por este motivo, se decidió realizar nuevamente el análisis eliminando el ítem 20 con la intervención de comprobar si su exclusión mejoraba la cohesión interna y calidad psicométrica del cuestionario. Tras su eliminación, la matriz de correlación policórica mostró una mejora en las relaciones ítems ya que desaparecieron las correlaciones negativas (ver Anexo 6). Esto significa que, una vez retirados el ítem problemático, la homogeneidad del instrumento se ha incrementado, mejorando la consistencia interna de los ítems, y la capacidad del cuestionario para medir el constructo del estudio es más precisa.

Este procedimiento se llevó a cabo para cada una de las subescalas del cuestionario con el objetivo de conocer en detalle la coherencia interna de cada una de ellas y determinar si los ítems que las componen se encuentran relacionados entre sí.

En la *subescala 1* las correlaciones policóricas oscilan entre los valores 0.13 y 0.82. lo que indica que los ítems comparten un constructo común, pero se detecta un ítem con menor vinculación que podría requerir cierta revisión. Esto sucede con el ítem 1, que presenta una correlación especialmente baja con el ítem 4 lo que sugiere una débil relación entre ambos dentro de la subescala (Tabla 6).

Esta situación también se puede apreciar en la matriz global del instrumento por lo que sería recomendable considerar su posible eliminación o reformulación. Las correlaciones bajas con la mayoría de los ítems pueden deberse a que es el único que evalúa las instalaciones del servicio de Atención Temprana. Por este motivo, sería

recomendable desarrollar nuevos ítems que miden este aspecto para añadir una subescala al instrumento y mejorar así la validez del mismo.

Sin embargo, a pesar de su pertinencia temática, para realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se tomo la decisión de eliminar el ítem 1 por sus correlaciones tan bajas ya que esto afectaría a la validez del instrumento y dificultará el análisis factorial adecuado.

Tabla 6
Matriz de Correlación Policórica de la subescala 1

	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5
ITEM 1	1.0000000	0.3995125	0.3881093	0.1331180	0.4233218
ITEM 2	0.3995125	1.0000000	0.7486938	0.5891316	0.6285150
ITEM 3	0.3881093	0.7486938	1.0000000	0.8049919	0.8282555
ITEM 4	0.1331180	0.5891316	0.8049919	10.000.000	0.8253756
ITEM 5	0.4233218	0.6285150	0.8282555	0.8253756	1.0000000

La *subescala 2* presenta correlaciones moderadas y altas con valores que oscilan entre 0.31 y 0.74. La mayoría de estos valores se sitúa por encima de 0.45, reflejando una buena cohesión interna y homogeneidad entre los ítems (Tabla 7).

Tabla 7
Matriz de Correlación Policórica de la subescala 2

	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12
ITEM 6	1.0000000	0.6653130	0.4837498	0.6249247	0.6056972	0.6718904	0.5833857
ITEM 7	0.6653130	1.0000000	0.5750865	0.7353393	0.4497339	0.4660547	0.6075258
ITEM 8	0.4837498	0.5750865	1.0000000	0.6047494	0.3910731	0.3110337	0.4484772
ITEM 9	0.6249247	0.7353393	0.6047494	1.0000000	0.6749360	0.5605146	0.6764498
ITEM 10	0.6056972	0.4497339	0.3910731	0.6749360	1.0000000	0.7444268	0.4074847
ITEM 11	0.6718904	0.4660547	0.3110337	0.5605146	0.7444268	1.0000000	0.5889193
ITEM 12	0.5833857	0.6075258	0.4484772	0.6764498	0.4074847	0.5889193	1.0000000

La *subescala 3* muestra correlaciones elevadas, todas superiores a 0.53 lo que indica una fuerte relación entre los ítems que la componen, así como su capacidad para medir el mismo constructo (Tabla 8).

Tabla 8
Matriz de Correlación Policórica de la subescala 3

	ITEM 13	ITEM 14	ITEM 15	ITEM 16
ITEM 13	1.0000000	0.5398350	0.6383854	0.6872838
ITEM 14	0.5398350	1.0000000	0.5787258	0.6933361
ITEM 15	0.6383854	0.5787258	10.000.000	0.6632754
ITEM 16	0.6872838	0.6933361	0.6632754	1.0000000

En la *subescala 4* se puede apreciar que la mayoría de las correlaciones se sitúan entre 0.63 y 0.85 indicando una fuerte cohesión y relación entre los ítems (Tabla 9). Sin embargo, se observan correlaciones negativas entre los ítems 20 y 22, así como correlaciones reducidas que presenta el ítem 20 con otros ítems de la subescala, como el ítem 17 y el ítem 21. Este problema con el ítem 20 también fue detectado en el análisis nivel global del cuestionario, lo que sugiere que dicho ítem podría no estar aportando una medición coherente del constructo (Tabla 10).

Tabla 9

Matriz de Correlación Policórica de la subescala 4

	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 20	ITEM 21	ITEM 22
ITEM 17	1.0000000	0.6385965	0.6798423	0.172063597	0.4869764	0.333683034
ITEM 18	0.6385965	1.0000000	0.8239263	0.265607640	0.8452750	0.628425720
ITEM 19	0.6798423	0.8239263	1.00000000	0.321514058	0.7574237	0.586026897
ITEM 20	0.1720636	0.2656076	0.3215141	1.000000000	0.2858186	-0.003473314
ITEM 21	0.4869764	0.8452750	0.7574237	0.285818594	1.0000000	0.726761719
ITEM 22	0.3336830	0.6284257	0.5860269	-0.003473314	0.7267617	1.000000000

Tabla 10

Matriz de Correlación Policórica de la subescala 4

	ITEM 17	ITEM 18	ITEM 19	ITEM 21	ITEM 22
ITEM 17	10.000.000	0.6385965	0.6798423	0.4869764	0.3336830
ITEM 18	0.6385965	10.000.000	0.8239263	0.8452750	0.6284257
ITEM 19	0.6798423	0.8239263	10.000.000	0.7574237	0.5860269
ITEM 21	0.4869764	0.8452750	0.7574237	10.000.000	0.7267617
ITEM 22	0.3336830	0.6284257	0.5860269	0.7267617	10.000.000

Nota. Matriz de Correlación Policórica sin el ítem 20.

La *subescala 5* presenta correlaciones policóricas muy elevadas, con valores que oscilan entre 0.80 y 0.94. Estos niveles indican que los ítems poseen una cohesión muy buena y que miden de manera homogénea un mismo constructo (Tabla 11).

Tabla 11

Matriz de Correlación Policórica de la subescala 5

	ITEM 23	ITEM 24	ITEM 25	ITEM 26	ITEM 27
ITEM 23	1.0000000	0.8202445	0.8654708	0.8400887	0.8037623
ITEM 24	0.8202445	1.0000000	0.8325625	0.8476468	0.8816659
ITEM 25	0.8654708	0.8325625	1.0000000	0.9401660	0.8347072
ITEM 26	0.8400887	0.8476468	0.9401660	1.0000000	0.8053149
ITEM 27	0.8037623	0.8816659	0.8347072	0.8053149	1.0000000

Finalmente, con el objetivo de verificar si el instrumento mantendría adecuados niveles de fiabilidad tras la eliminación de los ítems 1 y 20 por la baja consistencia interna y por las correlaciones negativas, se procedió al análisis del coeficiente Omega (ω) de McDonald. Este análisis se realizó con el mismo software empleado previamente llamado Jamovi, pero excluyendo los ítems mencionados. El valor obtenido fue de 0.961 lo que indica un excelente nivel de fiabilidad y, además, sugiere que la eliminación de dichos ítems no compromete la consistencia interna del cuestionario, sino que más bien, contribuye a su mejora (Tabla 12).

Tabla 12
Estadísticas de Fiabilidad de Escala

Alfa de Cronbach ω de McDonald	
Global	0.953 0.961

Tras este análisis exhaustivo, se confirmó la existencia de condiciones adecuadas para llevar a cabo el Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Para ello, se empleó Jamovi cuyo método de extracción fue Residuos Mínimos o ULS ya que es el más empleado cuando los ítems son de tipo ordinal y se viola el supuesto de normalidad (Ximénez & García, 2005 citado en Reich et al., 2016). Además, este método «ha mostrado buenos resultados en la factorización de ítems ordinales cuando se analiza la matriz de correlaciones policóricas» (Forero et al., 2009; Lee et al., 2012 citado en Lloret - Segura et al., 2014). En cuanto al método de rotación, se seleccionó Obimin ya que los factores están relacionados entre sí y es la más adecuada para el AFE (Morata - Ramírez et al., 2015 y Peña et al., 2024).

En un primer momento se realizó el AFE con cinco factores con la intención de evaluar si la estructura principal propuesta para el cuestionario, compuesta por 5 dimensiones y 27 ítems, se confirmaba. Los resultados indicaron que los factores 1 y 2

eran los únicos que mostraban una agrupación clara con cargas factoriales elevadas de entre 0.409 a 1.023 Sin embargo, el resto de los factores manifestaron una menor consistencia ya que los ítems mostraron cargas bajas y unicidades elevadas, sugiriendo que estas escalas no están suficientemente representadas. Además, al seleccionar en la plataforma que se ocultasen los pesos menores a 0.40 se pudo apreciar que el ítem 2 no aparece ningún valor ya que no tiene ninguna carga significativa porque no se relaciona significadamente con ningún factor.

Por ende, para determinar el número óptimo de factores se seleccionó el método basado en análisis paralelo el cual está integrado por defecto en el módulo de Análisis Factorial Exploratorio de Jamovi. Este método compara los valores propios (eigenvalues) obtenidos de los datos reales, con los valores propios que se originaría aleatoriamente si no existiera ninguna relación entre los ítems (Lloret - Segura et al., 2014).

Los resultados mostraron un total de 3 factores. El primer factor concentró la mayoría de los ítems con cargas factoriales elevadas que oscilaban entre 0.440 y 0.947 lo que indica una alta consistencia interna y una alta representatividad de esta dimensión. El segundo factor estaba conformado por un conjunto más reducido de ítems, cuyas con cargas factoriales se situaron entre 0.527 y 0.721, mostrando presentan una relación parcial entre los ítems y el factor. En cambio, el tercer factor presentaba una menor consistencia ya que estaba compuesto únicamente por tres ítems, de los cuales uno posee cargas factoriales bajas y unicidades relativamente elevadas, lo que indicaba una menor estabilidad y representatividad de la dimensión.

Además, en este caso el ítem 17 no mostraba ninguna carga significativa en ninguno de los factores y presentaba una unicidad elevada del 0.718 lo cual indicaba que no pertenece de forma clara a ninguna dimensión extraída del análisis. También, los ítems 9 y 19 evidenciaron cargas cruzadas en dos factores, presentando cierta ambigüedad ya que es posible que dichos ítems puedan estar midiendo más de un constructo a la vez.

Por tanto, con el objetivo de obtener un modelo factorial estable y ajustado se consideró que lo más adecuado sería utilizar dos factores. Una vez establecido el número fijo de 2 factores para el Análisis Factorial Exploratorio, estos mostraron una estructura factorial sólida con cargas significativas y unicidades bajas. Esto indica que los ítems se agrupan de forma coherente en torno a dos constructos latentes. Según Pérez y Medrano

(2010) este método permite unir los ítems que correlacionan fuertemente entre sí y de este modo, reducir una gran cantidad de ítems a un número pequeño de factores o dimensiones.

Los resultados obtenidos tras esta decisión mostraron una mejora, evidenciando cargas más consistentes y unicidades más bajas, indicando un modelo más estable y coherente donde los factores representan de forma clara los constructos. Sin embargo, se decidió la exclusión del ítem 10 ya que no presenta una carga significativa para ser incluida en algunos de los dos factores.

Tras la eliminación de los ítems que no presentaban cargas factoriales (ítems 2, 17 y 10), y aquellos que manifestaron cargas cruzadas (ítems 9 y 19), se obtuvo el resultado definitivo del Análisis Factorial Exploratorio (Tabla 13). Este análisis mostró la presencia de dos factores, el primer factor formado por un total de 14 ítems y el segundo factor por 6 ítems. Posteriormente, se procedió a la denominación de cada uno en base a los aspectos comunes que reflejaban cada uno de los ítems:

- Factor 1 “Intervención centrada en la familia y calidad del vínculo profesional”.
- Factor 2 “Intervención contextualizada y acompañamiento informativo”.

En Factor 1 recoge aspectos de carácter relacional, emocional y humano, relacionados con el trato, el respeto y la calidad del vínculo con el equipo profesional. En cambio, el Factor 2 se enfoca en componente más técnicos y estructurales, como la adaptación de la intervención en los entornos naturales del niño/a, la claridad de la información proporcionada y la accesibilidad de los recursos.

Tabla 13
Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

	Factor		Unicidad
	1	2	
ÍTEM 25	1.008		0.140
ÍTEM 24	0.936		0.190
ÍTEM 23	0.917		0.203

ÍTEM 27	0.884	0.259
ÍTEM 26	0.875	0.289
ÍTEM 21	0.837	0.273
ÍTEM 4	0.831	0.323
ÍTEM 18	0.741	0.286
ÍTEM 7	0.700	0.341
ÍTEM 6	0.667	0.349
ÍTEM 13	0.663	0.185
ÍTEM 5	0.646	0.375
ÍTEM 3	0.600	0.339
ÍTEM 22	0.429	0.479
ÍTEM 12	0.709	0.487
ÍTEM 14	0.696	0.555
ÍTEM 15	0.689	0.426
ÍTEM 16	0.636	0.519
ÍTEM 8	0.534	0.750
ÍTEM 11	0.407	0.743

Aunque el cuestionario inicial fue diseñado para evaluar cinco dimensiones, este análisis factorial exploratorio (AFE) evidenció una estructura empírica compuesta por dos factores. Esto sugiere que, las dimensiones teóricas propuestas inicialmente no se presentan como entidades diferenciadas, sino que tienden a agruparse en dos constructos más amplios que reflejan de manera más precisa la organización interna del instrumento desde una perspectiva estadística.

Tras la obtención de dichos factores, se pudo observar que la mayoría de los ítems presentaban communalidades elevadas (superiores a 0.60) y unicidades bajas, lo que indica

una elevada validez convergente. Según Acuña et al., (2017) esto implica que los ítems están relacionados entre sí y que miden de forma consistente el mismo constructo. Además, Frías – Navarro y Pascual (2012) señalan que “Cuanto mayor el valor de la communalidad mayor es la importancia del factor (o factores) y por lo tanto menor es el error” (p. 48).

Asimismo, con el objetivo de evaluar la consistencia interna tanto de los factores como del instrumento tras el Análisis Factorial Exploratorio, se calcularon los coeficientes de Alfa de Cronbach y Omega de McDonald. Tal y como se refleja en la tabla 14 los resultados obtenidos evidencian una alta consistencia interna lo que indica que los ítems están relacionados entre sí y miden de manera coherente el mismo constructo.

Tabla 14
Análisis de Fiabilidad. Estadísticas de Fiabilidad de Escala

	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
Global	0.951	0.958
Subescala 1	0.965	0.969
Subescala 2	0.961	0.965

Finalmente, en base a los resultados obtenidos a través de las diferentes pruebas estadísticas se puede concluir que el cuestionario diseñado presenta una adecuada consistencia interna, así como evidencias sólidas de la validez de contenido, validez de constructo y fiabilidad. Por tanto, se ha demostrado que a pesar del efecto techo detectado, este no compromete la calidad psicométrica del cuestionario ni su capacidad para medir el constructo del estudio.

Las posibles causas del efecto techo pueden estar relacionadas realmente porque las familias usuarias poseen una percepción muy positiva sobre el servicio de Atención Temprana. Aunque, este hecho también puede influenciarse por factores como, por ejemplo, la presencia del profesional durante el cumplimiento del cuestionario, la redacción de los ítems, el tiempo empleado para responder o la deseabilidad social entendida como «un sesgo de respuesta que se refiere a la tendencia, voluntaria o involuntaria, de algunas personas a responder de un modo deseable socialmente» (Sanz et al., 2018, p. 114).

No obstante, un total de 64 familias compartieron en el apartado de preguntas abierta los aspectos que más valoraban del servicio, lo que refuerza la idea de que sus altas puntuaciones reflejan una percepción del servicio verdaderamente favorable, es decir, que la mayoría de las puntuaciones parecen responder de forma fiel a su propia experiencia, más allá de posibles sesgos de respuestas.

Tras la depuración de los ítems mediante el Análisis Factorial Exploratorio, se llevó a cabo de nuevo los estadísticos descriptivos no paramétricos de los ítems que conforman la escala final, con el objetivo de comprobar la distribución de las respuestas y averiguar qué sucede con el efecto techo. El análisis se realizó a partir del total de cada estadístico descriptivo no paramétrico y se obtuvo valores exactamente idénticos a los calculados inicialmente, tanto la mediana como la moda alcanzan el valor máximo de 5, indicando que al menos el 50% de las respuestas se sitúan en la categoría “Totalmente de acuerdo”. Esta misma tendencia, se observó en los dos nuevos factores de la escala definitiva, las cuales también alcanzaron el valor máximo.

En cuanto al rango intercuartílico, se observó que el Factor 1 presentaba una alta homogeneidad ya que 13 de 14 de sus ítems presentan un RIC igual a cero, indicando poca variabilidad en las respuestas. Por otro lado, el Factor 2 mostraba una baja homogeneidad porque la mayoría de sus ítems tienen un RIC mayor a cero, reflejando una mayor dispersión de las respuestas (Tabla 15).

Tabla 15
Análisis comparativo del rango intercuartílico por factor

Subescala	Nº ítems	Ítems con RIC = 0	Ítems con RIC > 0	Homogeneidad
Factor 1	14	13	1	Alta
Factor 2	6	1	5	Baja

Todo ello, confirma que el cuestionario es una herramienta fiable para evaluar la percepción de las familias sobre el servicio de Atención Temprana y, además, la persistencia aun del efecto techo refuerza la idea de que este fenómeno no se debe por un error metodológico en su diseño, sino que responde a una percepción claramente positiva de las familias hacia el servicio recibido.

4.2.2.2. Análisis cualitativo

El cuestionario estaba formado por un total de dos preguntas abiertas, diseñadas con la intención de ofrecer a las familias la oportunidad de expresar libremente sus opiniones con respecto al servicio de Atención Temprana. Estas cuestiones permitieron recoger una mayor cantidad de información y descubrir de primera mano aquellos aspectos susceptibles de mejora y las fortalezas del servicio.

A continuación, se presenta el análisis de las respuestas proporcionadas por las familias en relación a la primera pregunta, orientada a identificar aquellos aspectos más valorados del servicio. En este caso, aunque en la investigación han participado un total de 84 familias, en esta pregunta únicamente han respondido 66 participantes.

En líneas generales, la mayoría destacan el trato humano y la atención recibida por parte de los profesionales, así como la implicación y profesionalidad con la que desempeñan su labor y la atención personalizada con la que llevan a cabo el proceso de intervención. Además, valoran otros aspectos como la sensibilidad y la cercanía del personal, que se mantiene no solo durante las sesiones sino a lo largo del proceso e incluso cuando las familias ya son dadas de alta y ya no acuden al servicio.

Asimismo, un aspecto que varias familias mencionan y que refleja el buen trabajo que se está llevando a cabo en el centro, son las respuestas relacionadas con el progreso que los padres y madres han observan en sus hijos desde que comenzaron el servicio en Atención Temprana, por ejemplo, esto son algunos testimonios:

- “El personal especializado ha tenido un trato excelente desde el primer momento, tanto con el niño como con nosotros. Explicaciones y actividades muy buenas. Evolución rápida del menor” (Sujeto 75, mujer).
- “La atención cercana y los avances que tiene el niño desde que viene” (Sujeto 16, mujer).

El centro se ha convertido en un espacio de orientación, tranquilidad y apoyo emocional para muchas familias, sobre todo en los primeros momentos cuando existen numerosas dudas o preocupaciones ante la situación de sus hijos. Varias familias han manifestado sentirse apoyadas y acompañadas durante el proceso, destacando la disposición y accesibilidad de los profesionales cuando han necesitado ayuda y consejos

para saber cómo intervenir una vez en el hogar con el niño. Esto se puede ver reflejado en respuestas como:

- “La atención a mi hija cálida y paciente, la ayuda y consejos que me brindan para arrancar con la niña” (Sujeto 47, mujer).
- “El trato con los niños, vienes a ciegas y ellos saben cómo orientarte” (Sujeto 31, hombre).
- “El trato que tienen desde que entras por la puerta, son cercanos, nos ayudan a resolver todas las dudas y lo más importante, tratan a mi hijo con mucho cariño” (Sujeto 32, hombre).
- “Cercanía y tranquilidad sabiendo que estamos en buenas manos y solo se busca el bienestar del bebe” (Sujeto 79, mujer).
- “El buen trato, paciencia y adaptación con los niños. Siempre valoran cosas buenas de los niños te dan mucho ánimo y esperanza” (Sujeto 39, hombre).

En conclusión, a partir de este análisis se puede apreciar cómo las familias manifiestan su alegría con el servicio, destacando sobre todo aspectos muy relacionados con las dimensiones del personal especializado y el proceso de intervención. Además, estas aportaciones evidencian el buen ambiente que existe en el servicio y la calidad del trabajo que se está llevando a cabo, ya que es innegable en función de los resultados analizados. A continuación, se presentan algunos testimonios que reflejan la importancia de este tipo de servicios y cómo su adecuado desempeño puede suponer una gran ayuda para muchas familias:

- “El llegar a considerar todo esto como un espacio donde soltar el peso de la crianza de un bebe con necesidades especiales. Llegar a coger cariño a la persona que tanto nos ha ayudado y cogerla tanto cariño que esto sea un sitio donde buscar consuelo y paz” (Sujeto 50, mujer)
- “La manera de dar apoyo y conocimiento al niño se nota mucho la evolución del pequeño, para mí personalmente este servicio es y será de mucha ayuda a más familias, estamos contentos con la atención que se le brinda al niño” (Sujeto 56, mujer)

No obstante, aparte de dichas aportaciones sobre las fortalezas del servicio, las familias también han señalado algunos aspectos susceptibles de mejora, los cuales serán analizados a continuación para posteriormente plantear posibles propuestas de mejora en base de las necesidades manifestadas por los participantes. Tras un análisis de las respuestas sobre la segunda pregunta relacionada con aquellos aspectos que podrían mejorar del servicio, se observa que un total de 32 familias han manifestado su opinión al respecto.

Entre las cuestiones más mencionadas, destacan aquellas relacionadas con la infraestructura exterior del centro, concretamente en lo que respecta al parking y las escaleras que se encuentran situadas al lado de la entrada principal. Las familias manifiestan la necesidad de disponer de un aparcamiento más amplio que permita estacionar el vehículo dentro del centro, evitando así las dificultades que conlleva aparcar en la vía pública o en zonas no habilitadas, como el descampado que se encuentra cerca del centro. Asimismo, señalan la falta de accesibilidad de las escaleras ubicadas junto a la entrada principal, proponiendo la construcción de una rampa que facilite el acceso al edificio por ese camino.

- “En las instalaciones mejoraría el aparcamiento” (Sujeto 12, mujer).
- “La dificultad para aparcar. Dificultad para acceder al centro, no hay rampa donde las escaleras” (Sujeto 63, mujer).
- “Una rampa al lado de las escaleras del exterior” (Sujeto 19, mujer).

Otros elementos señalados por las familias son la falta de persona, especialmente en lo que respecta a la figura del fisioterapeuta, y la necesidad de fortalecer las competencias formativas del personal ya que señalan la necesidad de una mayor formación específica para los profesionales, así como un refuerzo en el dominio de la lengua de signos.

- “Mayor formación específica de los profesionales” (Sujeto 6, hombre).
- “Mayor formación y más específica para los profesionales” (Sujeto 7, mujer).
- “Más personal especializado (fisios, logopedas...) aumentar la plantilla” (Sujeto 33, mujer).

Asimismo, otro aspecto que señalan algunas familias es la escasa coordinación existente entre el servicio de Atención Temprana y otros recursos implicados en el proceso

de atención, especialmente con el ámbito sanitario. Además, manifiestan que la documentación proporcionada no siempre resulta suficientemente clara y que algunos test o cuestionarios resultan algo confusos para cumplimentarlo en el hogar.

- “Mejorar la coordinación con otras administraciones” (Sujeto 59, hombre).
- “Una mejor coordinación con la médica rehabilitadora” (Sujeto 71, mujer).

Finalmente, una de las necesidades más expresada por las familias es la posibilidad de aumentar de contar con un número mayor de sesiones semanales, una duración más prolongada de las mismas y una intervención con más profesionales de diferentes ámbitos implicados.

- “Mas sesiones a la semana. 1 sesión es poco” (Sujeto 37, hombre).
- “Mas horas más profesionales, no puede ser que teniendo las necesidades especiales con dependencia grado 3 y con un síndrome nos atienda solo un profesional cuando nuestras necesidades son mucho más, debería estar mejor...” (Sujeto 26, mujer)

No obstante, es importante señalar que, aunque estas solicitudes reflejan la implicación y el deseo de las familias por ofrecer a sus hijos el máximo apoyo posible, el modelo de Atención Temprana selecciona la intensidad del tratamiento en base a un análisis pormenorizado de las necesidades individuales del niño, teniendo en cuenta también las expectativas y necesidades de la familia (Junta de Castilla y León, s.f.). De hecho, varios estudios sostienen que no existe una relación directa entre el número de sesiones y los avances del menor, siendo más determinante la calidad del plan de intervención, la implicación familiar y la coordinación profesional. (Luque - Rojas et al., 2024).

5. CONCLUSIONES

A partir del presente Trabajo de Fin de Máster se ha profundizado en la percepción que poseen las familias sobre la calidad del servicio de Atención Temprana ofrecido por la Unidad de Valoración y Atención a Personas con Discapacidad. La investigación tenía como propósito conocer sus expectativas sobre la calidad del servicio, valorar su experiencia con el proceso de intervención y detectar tanto fortalezas como posibles áreas de mejora dentro del marco de la Atención Temprana. Para ello, se elaboró el cuestionario que, tras un análisis riguroso de validez de contenido (Índice de Lawshe), análisis factorial exploratorio (AFE) y evaluación de la fiabilidad mediante Alfa de Cronbach y Omega de McDonald, se demostró que poseía una estructura psicométrica adecuada.

No obstante, los análisis descriptivos de los resultados cuantitativos demostraron una limitación significativa del instrumento, conocida como efecto techo. Este fenómeno se caracteriza por una concentración elevada de respuestas en los valores más altos de la escala, lo que redujo la sensibilidad del instrumento para discriminar diferencias significativas entre ítems y dimensiones.

Esta circunstancia tuvo implicaciones directas sobre el grado de cumplimiento de algunos objetivos específicos, dificultando la posibilidad de identificar áreas concretas de mejora o diferencias significativas entre las dimensiones a partir de los resultados cuantitativos, uno de los propósitos que se había planteado al inicio de la investigación.

Por este motivo, fue a través del análisis cualitativo que se lograron detectar con mayor claridad las necesidades y demandas de las familias. A partir de los resultados, se pudo evidenciar que la dimensión peor valorada es la relacionada con el personal especializado y la coordinación del servicio. Aunque existen otros aspectos señalados por las familias, como las cuestiones vinculadas a la infraestructura exterior del centro o la necesidad de una mejor coordinación interinstitucional.

A pesar de esta limitación, se logró cumplir el objetivo general, demostrando a partir de los resultados y el proceso de fiabilidad y validez, que efectivamente las familias manifiestan una visión muy positiva sobre la calidad global del servicio, tal y como se planteaba en la hipótesis inicial. Asimismo, se alcanzaron la mayoría de los objetivos específicos como descubrir si las intervenciones se ajustaban al modelo centrado en la familia o si la atención recibida había mejorada la calidad de vida familiar. No obstante,

el objetivo que no se pudo alcanzar plenamente fue diseñar propuestas de mejora fundamentadas en los resultados cuantitativos obtenidos en el cuestionario ya que el efecto techo limitó la identificación de aquellas dimensiones con oportunidades de mejora.

Este trabajo ha permitido no solo validar un instrumento sólido para la evaluación de la calidad desde la perspectiva familiar, sino también aportar al servicio de Atención Temprana una visión fundamentada y contextualizada sobre su funcionamiento actual. La validación del cuestionario ha sido un proceso imprescindible para garantizar que las respuestas obtenidas reflejasen de manera fiel y rigurosa las percepciones.

5.1. PROPUESTAS DE MEJORA

Debido a la presencia del efecto techo en los resultados obtenidos a partir de la escala aplicada, no es posible formular propuestas de mejora basadas en los datos cuantitativos ya que estos reflejan una valoración muy positiva del servicio por parte de las familias. Por este motivo, las propuestas se diseñarán a partir de los resultados obtenidos en el análisis cualitativo, el cual ha permitido identificar con mayor profundidad diversas necesidades expresadas por las familias. Entre las principales demandas destacan la falta de personal especializado, la ausencia de cierta formación del equipo profesional, la accesibilidad por el lateral del edificio, la dotación de una zona de aparcamiento más amplio, así como la necesidad de una mayor coordinación entre servicios y un aumento en la frecuencia o duración de las sesiones.

A continuación, se detallarán una serie de propuestas en base a dichas demandas, pero dentro de un enfoque realista y ajustado al contexto de intervención ya que existen cuestiones que requieren la intervención de administraciones superiores o un aumento de las infraestructuras. Por ello, las propuestas tienen como objetivo ofrecer mejoras viables e iniciativas que podrían implementarse a medio o largo plazo, con la intención de buscar un equilibrio entre las necesidades expresadas por las familias y las posibilidades reales del servicio.

En primer lugar, el servicio cuenta con una plantilla compuesta por un número determinado de profesionales de cada especialidad, cuya ampliación depende del sistema de oposición pública, por lo que incrementar el número de profesionales no depende directamente del centro. Sin embargo, para crear un equilibrio y ofrecer a las familias una

respuesta a la de la falta de personal, sin que ello implique una sobrecarga adicional para los profesionales, una alternativa podría ser la creación de una aplicación.

La aplicación estaría formada por recursos didácticos y videos explicativos elaborados por los distintos profesionales integran el equipo de Atención Temprana, con el objetivo de ofrecer a las familias una plataforma de apoyo complementaria. Esta herramienta permitiría a los profesionales compartir aquellos vídeos relacionados con los aspectos específicos que estén trabajando con el menor y la familia. Asimismo, en caso de que la familia manifieste inquietudes o necesidades relacionadas con otras áreas del desarrollo, podrían acceder a los videos de otras especialidades, siempre que los profesionales tras una evaluación individualizada y un consenso previo, lo consideren pertinente. Por ejemplo, una familia que este recibiendo intervención por parte de un psicomotricista o estimulador, pero también requiere cierta atención en el área de fisioterapia, podría disponer de los recursos específicos vinculados a esta área.

No obstante, es importante aclarar que esta aplicación en ningún caso sustituiría la labor de los profesionales ni la intervención directa, sino que actuaría como un recurso complementario para reforzar el trabajo que se realiza en las sesiones, permitiendo incorporar contenidos de otras especialidades si así se considera necesario.

En segundo lugar, a pesar de que las familias manifestaron la necesidad de una mayor formación por parte del equipo, es importante señalar que los profesionales de la unidad siguen una formación continua, participando en cursos, jornadas o realizando otras formaciones complementarias. Este compromiso forma parte de su responsabilidad profesional ya que es esencial para poder garantizar un servicio de calidad y una intervención actualizada y eficaz. No obstante, esta percepción por parte de algunas familias podría no estar relacionada con una carencia formativa real, sino más bien por la falta de visibilidad de dichas acciones ya que en muchos casos la formación continua no se comunica explícitamente.

Por otro lado, para mejorar la accesibilidad por el lateral del edificio, se propone la construcción de una rampa que permita un acceso directo y sin barreras arquitectónicas a las instalaciones. Esta medida facilitaría la entrada a todos los usuarios que acuden a la unidad, especialmente a aquellas personas con movilidad reducida o familias que acuden con carritos de bebé. Actualmente, para acceder al edificio los usuarios se ven obligados a bajar hasta la entrada del aparcamiento y seguidamente volver a subir el tramo que han

bajado, pero esta vez por el interior del recinto. Esta situación implica un desplazamiento innecesario que supone un esfuerzo adicional para los usuarios, limitando la accesibilidad y comodidad del uso de las instalaciones. Por tanto, es necesario implementar alguna medida, como la construcción de una rampa, que garanticen la accesibilidad universal y mejoren el bienestar de las personas que acuden a la unidad.

En la misma línea, varias familias han manifestado también la necesidad de contar con una zona de aparcamiento más amplia, ya que actualmente el espacio disponible es muy reducido para la gran cantidad de personas que acuden a la unidad. Esta limitación genera dificultades a la hora de estacionar, lo que obliga en muchos casos a buscar alternativas en los alrededores del edificio. Por ende, como propuesta de mejora se podría plantear la reorganización del espacio a través de la rehabilitación del aparcamiento interior del edificio que actualmente no se encuentra operativo. Una vez acondicionado, este espacio podría destinarse únicamente para el uso del personal, permitiendo así que las plazas exteriores quedasen únicamente reservadas para las familias usuarias del servicio.

No obstante, la posibilidad de ampliar la zona de aparcamiento mediante modificaciones de la infraestructura también podría contemplarse como una medida a largo plazo. En este sentido, se podría evaluar la posibilidad de utilizar una parte del espacio del parque contiguo al edificio para la aplicación del aparcamiento, siempre que dicha intervención no suponga una alteración significativa de su uso. Para ello, sería necesario contar con la autorización del organismo competente, así como un estudio que analice la viabilidad y el impacto de esta modificación.

Las familias también manifestaron la falta de coordinación que existe con el servicio sanitario lo cual puede repercutir negativamente al seguimiento del menor. En consecuencia, como propuesta de mejora, se plantea la creación de una plataforma digital similar a las utilizadas por universidades como la Universidad de Valladolid. Esta herramienta serviría como espacio de comunicación, coordinación y seguimiento conjunto entre los profesionales de Atención Temprana y el sistema sanitario, así como con las escuelas infantiles. Cada uno de los agentes implicados podría subir informes, avances, observaciones y recomendaciones específicas, facilitando el acceso a información relevante y permitiendo una coordinación y actualización continua del estado del menor.

Finalmente, una de las demandas más mencionadas por las familias ha estado relacionada con la necesidad de aumentar la frecuencia de las sesiones o ampliar su duración, sugiriendo que estas pasen de 45 minutos a una hora. No obstante, es importante señalar que la frecuencia de las intervenciones se determina en función de una evaluación previa que tiene en cuenta las necesidades del menor y las circunstancias familiares. En cuanto a la duración de las sesiones, esta se diseña teniendo en cuenta las características propias del desarrollo evolutivo en la primera infancia ya que es una etapa en la que los niños presentan períodos de atención sostenida limitados. Por ello, prolongar el tiempo de intervención podría resultar contraproducente, generando desmotivación o disminución de la participación activa del menor. Asimismo, la duración establecida también permite a los profesionales disponer de un margen de tiempo para registrar adecuadamente los aspectos trabajados durante la sesión y revisar la planificación previa de la siguiente intervención con otra familia. En este sentido, un incremento de la duración podría comprometer la calidad del servicio, ya que supondría una sobrecarga laboral de los profesionales y una reducción en el número de familias que puedan ser atendidas diariamente, comprometiendo la eficacia y accesibilidad del recurso.

5.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A continuación, se presentan las principales limitaciones del estudio que han podido influir en el desarrollo de la presente investigación.

En primer lugar, el tiempo disponible para la recogida de los datos fue bastante limitado ya que únicamente se disponía de un plazo de dos semanas y media para la recopilación de los mismos.

En segundo lugar, la muestra no es representativa a la cantidad de usuarios que acuden a Atención Temprana, representa aproximadamente un 24% de la población. Esta limitación se vio influida por el pequeño periodo de tiempo disponible para la recogida de datos. Aunque los 84 cuestionarios cumplimentados por las familias usuarias han proporcionado información y resultados de gran valor para el desarrollo de esta investigación, contar con una mayor cantidad de participantes habría permitido una representación más amplia de la calidad del servicio percibida por las familias.

Asimismo, a pesar de que la mayoría de las familias usuarias manifestaron una valoración muy positiva del servicio, la presencia del efecto techo constituye una limitación metodológica, ya que dificulta la identificación de diferencias significativas

entre los participantes, limita la elaboración de propuestas de mejora basadas en una muestra más representativa y los ítems pierden su capacidad discriminativa (Martín et al., 2003). Por ende, para evitar este efecto techo sería recomendable considerar un rediseño del cuestionario, incorporando un mayor número de opciones de respuestas mediante el uso de una escala de 7 o 9 puntos, ya que esto permitirá obtener una información más precisa y detallada sobre la percepción de las familias.

Por último, tras el análisis de las correlaciones policóricas se detectó que el ítem 1 presentaba coeficientes inferiores a 0.30 e incluso un valor negativo, indicando una baja correlación con el resto de los ítems de la subescala de acogida. Esta situación se debe posiblemente porque dicho ítem es el único que evalúa aspectos relacionados con las instalaciones, mientras que el resto de los ítems se centran en aspectos más enfocados con el proceso de acogida. Por este motivo, sería recomendable en futuros rediseños incorporar en el cuestionario tres o cuatro ítems relacionados con las instalaciones, con el fin de superar esta limitación y crear una subescala específica que mejore la consistencia interna del instrumento.

5.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras la realización de este Trabajo de Fin de Máster es posible establecer diversas líneas de investigación que ayudarán a profundizar en el conocimiento sobre la Atención Temprana y contribuir a la mejora continua de la calidad de los servicios ofrecidos.

En primer lugar, se plantea como futura línea de investigación la realización de un estudio más exhaustivo que permita mejorar las propiedades psicométricas del instrumento, con el objetivo de crear una herramienta con una base empírica más sólida. Por ello, sería conveniente aplicar el cuestionario a una muestra más amplia, lo que permitiría obtener resultados más robustos. Asimismo, la incorporación de un grupo piloto permitiría identificar ciertas ambigüedades o dificultades de compresión de los ítems. También, sería relevante realizar tanto un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para conseguir una mayor consistencia y como la validez de criterio para evaluar la correlación de los resultados con un criterio externo o “patrón de oro” (Muñoz, 2016).

En segundo lugar, a partir de los datos obtenidos en la presente investigación, sería interesante dar continuidad al estudio mediante un enfoque que permita observar, por ejemplo, la evolución de las percepciones de las familias a lo largo del proceso de

intervención en Atención Temprana, y observar si dichas percepciones se van modificando progresivamente en función de la experiencia o si, por el contrario, se mantienen constantes hasta el momento del alta de menor.

Otra línea de investigación que se podría desarrollar es la incorporación de entrevista semiestructurada con las familias, que permitan profundizar en sus experiencias y valoraciones del servicio con el fin de enriquecer el estudio con datos cualitativos que permitan una comprensión más profunda del servicio.

Por otro lado, resultaría interesante ampliar la recogida de datos a otros centros de Atención Temprana de la comunidad de Castilla y León, con el fin de llevar a cabo un estudio más amplio y observar si existe diferencias en la percepción de las familias sobre la calidad del servicio entre las distintas provincias, aportando un análisis más profundo que contribuya a identificar las fortalezas y las áreas susceptibles de mejora del sistema.

En conclusión, a partir de este trabajo se pretende animar a los profesionales a seguir investigando sobre la Atención Temprana, incorporando la percepción de las familias como un elemento clave en la evaluación de calidad de los centros de Atención Temprana. De tal forma, que tanto el presente estudio como las futuras investigaciones que puedan derivarse del mismo, puedan contribuir al fortalecimiento del sistema, promoviendo una mejora continua en la atención a los menores y a sus familias.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, I., Michelini, Y., Guzmán, J., y Godoy J. (2017). Evaluación de validez convergente y discriminante en tests computarizados de toma de decisiones. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 375–383.
<http://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1603.12952>
- Alén, M., y Fraiz, J. (2006). Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 12(1), 251-272.
<https://www.redalyc.org/pdf/2741/274120878011.pdf>
- Alonso, M. Calidad y satisfacción: el caso de la Universidad de Jaén. *Revista de la Educación Superior*, 45(178), 79 – 95. <https://doi.org/10.1016/j.resu.2016.02.005>
- Argente, J., Martínez, G., Cañadas, M. y González, R. J. (2022). Elaboración de una escala para mejorar el sistema de atención temprana en España. *Revista Española de Discapacidad*, 11(1), 243–249.
<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/960/499>
- Arias – Ramos, M., Serrano – Gómez, V., y García – García, O. (2016). ¿Existen diferencias en la calidad percibida y satisfacción del usuario que asiste a un centro deportivo de titularidad privada o pública? Un estudio piloto. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(2), 99–110.
<https://revistas.um.es/cpd/article/view/264471>
- Arregui, I., Chaparro, A., y Cordero, G. (s.f.) *El índice de validez de contenido (ivc) de Lawshe, para la obtención de evidencias de validez de contenido en la construcción de un instrumento* [Archivo PDF].
http://mide.ens.uabc.mx/files/capitulos/chaparro_arregui_practicas_investigacion.pdf
- Bagur, S., y Verger, S. (2020). Evidencias y retos de la Atención Temprana: el modelo centrado en la familia. *Siglo Cero*, 51(4), 69–92.
<https://doi.org/10.14201/scero20205146992>

- Bárcera, A., Cimoli, M., García – Buchaca, R., Fidel, L., y Pérez, R. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
- Boone, H., y Boone, D. (2012). Analyzing Likert Data. *The Journal of Extension*, 50(2), Article 48. <https://doi.org/10.34068/joe.50.02.48>
- Boza, B. (2017). *Satisfacción del usuario externo de emergencia en un hospital nacional de Lima*. [Tesis doctoral, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8331/Boza_BBB.pdf;jsessionid=8F6A636EAA04BE54800F482885B86FE0?sequence=1
- Bruixola, E., y Librero, M. (2021). Atención Temprana: un cambio hacia la intervención centrada en la familia. RINED: Revista de Recursos para la Educación Inclusiva, 1(1), 164 – 175. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8045910>
- Cabrero, R., López, P., Arana, T., Peña, J., Navarro, L., Morancho, P., Anglés, C., y López, J. (2008). El Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT): tratamientos, intervención familiar y coordinación profesional. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 38(2), 41–45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7309381>
- Camisón, C., Cruz, S., y González, T. (2006). *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. PEARSON EDUCACIÓN, S. A., Madrid. <https://porquenotecallas19.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/gestion-de-la-calidad.pdf>
- Candel, I. (s.f.). *Capítulo 2. Propuesta de organización del servicio de atención temprana* [Archivo PDF]. <https://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/4b110a48c3e6b9f40408de8502a14c6f7d964299.pdf>
- Chunga, O., y Escuza, M. (2023). La importancia de la satisfacción laboral en el ámbito profesional: una revisión sistemática. *Diversitas*, 19(1), 1–17. <https://doi.org/10.15332/22563067.9109>

- Clement, A., Morelo, R., y González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de psicología*, 16(2), 189–198.
https://www.um.es/analesps/v16/v16_2/08-16_2.pdf
- Del Toro, V., y Sánchez, E. (2020). Introducción del Modelo Centrado en Familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 13(2), 9–21.
<https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/525>
- Díaz, G., y Salazar, D. (2021). La calidad como herramienta estratégica para la gestión empresarial. *PODIUM*, 39, 19–36.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8290165>
- Díaz, V. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por Internet. *Papers: revista de sociología*, 97(1), 193–223.
- Domínguez, S. (2014). ¿Matrices Policóricas/Tetracóricas o Matrices Pearson? Un estudio metodológico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(1), 39–48. <https://www.redalyc.org/pdf/3334/333430869006.pdf>
- Dueñas, C., Gallardo – Cargía, P., Ruiz – Segura, D., y Palma – García, M. (2024). La medición de la calidad percibida y la satisfacción con la atención de las personas usuarias de Servicios Sociales: análisis teórico y metodológico. *Cuadernos de trabajo social*, 37(2), 387 – 397. <https://doi.org/10.5209/cuts.93059>
- Duque, E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 15 (25), 64 – 80. <https://www.redalyc.org/pdf/818/81802505.pdf>
- Espe – Sherwindt, M. (2008). Práctica centra en la familia: colaboración, competencia y evidencia. *Support for Learning*, 23(3), 136–143.
https://webs.um.es/fags/docs_miaat/2008espe_sherwindt.pdf
- Facultad de Educación y Trabajo Social. (s.f.). *Máster Universitario en Psicopedagogía*. Universidad de Valladolid. Recuperado el 26 de mayo de 2025.
<https://www.feyts.uva.es/node/90>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre la

Discapacidad. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>

Frías – Navarro, D. (2022). *Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida* [Archivo PDF]. <https://www.uv.es/friasan/AlfaCronbach.pdf>

Frías – Navarro, D., y Pascual, M. (2012). Prácticas del análisis factorial exploratorio (AFE) en la investigación sobre conducta del consumidor y marketing. *Suma Psicología*, 19(1), 47–58. <https://www.uv.es/~friasan/FriasNavarroMarcopsSoler.pdf>

Gadermann, A., Guhn,M., y Zumbo, B. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 17(3), 1–13. <https://doi.org/10.7275/n560-j767>

García – Grau, P., Morales – Murillo, C., Martínez – Rico, G., Cañadas, M., y Escoria, C. (2022). Enfoques, prácticas recomendadas, modelos y procedimientos en atención temprana centrado en la familia. *Siglo Cero*, 3(4), 131–148. <https://doi.org/10.14201/scero2022534131148>

García – Sánchez, F. A. (2002). Investigación en atención temprana. *Revista Neurológica*, 34(1), 151 – 155. https://webs.um.es/fags/docs/2002revneurologia_invest.pdf

García – Sánchez, F., Escoria, C., Sánchez – López, M. Orcajada, N., y Hernández – Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6–27. <https://sid-inico.usal.es/wp-content/uploads/2018/11/Atencion-temprana-centrada-en-la-familia.pdf>

García, F., Mirete, C., Marín, C., y Romero, L. (2008). Satisfacción del cliente familia en atención temprana: valoración de la importancia de otorgar a distintos aspectos del servicio. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 39(3), 55–74. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART10931/satisfaccion_cliente_familia.pdf

García, P. (2017). Atención temprana y familia. *Integración: Revista digital sobre discapacidad visual*, 70, 191–200. <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la>

discapacidad-visual/revista-integracion/2017-integracion-70-71/numero-70/70-31-garcia-atencion-temprana-y-familia.pdf

Garmendia, M. L. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista Chilena De Salud Pública*, 11(2), 57–65.

<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/3095>

Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R., y Balcell, A. (2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65 (23,2), 95 – 113. https://carei.es/archivos_materiales/Trabajar-con-Familias-en-AT.pdf

Gómez, F. (2022). Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS): hacia un nuevo contrato social intra e inter – generacional. *Estudios de Deusto. Revista de Derecho Público*, 70(1), 191–224. <https://doi.org/10.18543/ed7012022>

González, A. E., y Fraiz, J. A. (2006). Relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor. Su evaluación en el ámbito del turismo termal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 12(1), 251–272. <https://www.redalyc.org/pdf/2741/274120878011.pdf>

Gutiez, P., y Ruiz, E. (2012). Orígenes y Evolución de la Atención Temprana. Una Perspectiva Histórica de la Génesis de la Atención Temprana en Nuestro País. Agentes Contextos y Procesos Psicología Educativa. *Revista de los Psicólogos de la Educación*, 18(2), 107–122.

<https://www.redalyc.org/pdf/6137/613765470003.pdf>

Haro, A., Chisag, E., Ruiz, J., y Caicedo, J. (2024). Tipos y clasificación de las investigaciones. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales Y Humanidades*, 5(2), 956 – 966. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1927>

Hernández, P. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34, 349–368.

https://doi.org/10.5209/rev_DCIN.2011.v34.36463

Jamieson, S. (2004) Likert scales: how to (ab)use them? *Medical Education*, 38(12), 1217–1218. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x>

Jemes, I. (2022). Calidad de servicio en atención temprana: influencia sobre la calidad de vida familiar y percepción de los profesionales. [Tesis doctoral, Universidad de Málaga] Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA).

https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/24642/TD_JEMES_CAMPANA_Inmaculada_Concepcion.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jemes, I., Romero – Galisteo, R., Labajos, M., y Moreno, N. (2019). Evaluación de la calidad de servicio en Atención Temprana: revisión sistemática. *Anales de Pediatría*, 90(5), 301–309. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.014>

Jordán, R. (2011). Aportaciones del software libre "R" al proceso de investigación psicológica. *MISCELÁNEA COMILLAS*, 69(134), 165–175. <https://revistas.comillas.edu/index.php/misclaneacomillas/article/view/783>

Juan – Vera, M., y Pérez – López, J. (2009). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(2), 21–38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419063003>

Junta de Castilla y León (s.f.). *Preguntas en el ámbito familiar*. Servicios Sociales. <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/preguntas-ambito-familiar.html>

Junta de Castilla y León. (s.f.). *Preguntas de carácter general*. Servicios Sociales. <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/dependencia-discapacidad/preguntas-caracter-general.html>

La satisfacción del cliente. (s.f.). <https://biblus.us.es/bibing/proyectos/abreproj/3966/fichero/1%252F2.pdf>

Leal, L. (2016). *Cuaderno de Buenas Prácticas: Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. FEAPS. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/cuaderno-de-buenas-practicas-un-enfoque-de-la-discapacidad-intelectual-centrado-en-la-familia/>

Ley 1/2024, de 8 de febrero, de apoyo al proyecto de vida de las personas con discapacidad en Castilla y León. *Boletín Oficial del Estado*, 57, de 5 de marzo de 2024. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2024-4289>

- Lizarbe – Chocarro, M., Guillén – Grima, F., Aguinaga – Ontoso, I., y Canga, N. (2016). Validación del Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ-13) de Antonovsky en una muestra de estudiantes universitarios en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(2), 237 – 248. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0270>
- Lloret – Segura, S., Ferreres – Traver, A., Hernández – Baeza, A., y Tomás – Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López – Aguado, M., y Gutiérrez – Provecho, L. (2018). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista d’Innovació i Recerca en Educació*, 12(2), 1–14. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- Luque – Rojas, M., Elósegui, E., Casquero, D., y Luque, D. (2024). Atención Temprana consideraciones psicopedagógicas para la intervención en el neurodesarrollo. *Confluencia de Saberes. Revista de Educación y Psicología*, (10), 85–107. <https://revele.uncoma.edu.ar/index.php/confluenciadesaberes/article/view/5313/62398>
- Marco, M., Gómez, M., Sánchez – López, M., y García, F. (2014). Percepción de familias sobre la coordinación de un centro de atención temprana y los centros escolares. En A. Mirete y M. Sánchez (Ed.), *Investigación en Educación Infantil para la mejora educativa* (pp. 1 – 223). Editum. <https://doi.org/10.6018/editum.2722>
- Martín, J., Alfonso, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., y Rodríguez, A. (2003). Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit*, 18(2), 129–136. <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2004.v18n2/129-136>
- Martínez, A., y Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología*, 8(2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092015000200006
- Martínez, M., y Martínez, L. (2013). Promoción del desarrollo infantil y atención temprana: calidad de los servicios. *Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (2), 49–67. <https://revistas.um.es/azarbe/article/view/187421>

Martínez-Abad, F., y Rodríguez-Conde, M. (2017). Comportamiento de las correlaciones producto-momento y tetracórica-policórica en escalas ordinales: un estudio de simulación. *RELIEVE - Revista Electrónica De Investigación Y Evaluación Educativa*, 23(2), 1–21. <https://doi.org/10.7203/relieve.23.2.9476>

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Linkert: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38–47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>

Mavrou, I. (2015). Análisis factorial exploratorio: Cuestiones conceptuales y metodológicas. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, (19), 71–80. <https://revistas.nebrija.com/revista-linguistica/article/view/283/248>

Medina, M., Hurtado, D., Muñoz, J., Ochoa, D., y Izundegui, G. (2023). *Método mixto de investigación: Cuantitativo y cualitativo*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=933621>

Medina, M., Hurtado, D., Muñoz, J., Ochoa, D., y Izundegui, G. (2023). *Método mixto de investigación: Cuantitativo y cualitativo*. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.105>

Medina, R. (2020). Validez de Contenido de un Instrumento de Medición de Derechos Humanos en México. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(168), 1–14. <https://www.redalyc.org/journal/153/15364525014/15364525014.pdf>

Mejías, A., Godoy, E., y Piña, P. (2018). Impacto de la calidad de los servicios sobre la satisfacción de los clientes en una empresa de mantenimiento. *Compendium: revista de investigación científica*, 21(40), 1–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8985583>

Millá, M. (2019). Reseña histórica y visión actual de la atención temprana un recurso esencial para la infancia. *Actas de coordinación sociosanitaria*, (24), 13–34. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8974809>

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica* [Archivo PDF]. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

- Morata – Ramírez, M., Holgado – Tello, F., Barbero – García, I., y Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error tipo I de Ji – Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79–90. <https://doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>
- Muñoz, A. (2016). Validez de criterio de instrumentos de mediación biomédica. (2015). Validez de criterio de instrumentos de mediación biomédica. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca, 18(1), 30–33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5881053>
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws”of statistics. *Adv in Health Sci Educ*, 15(5), 625 – 632. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10459-010-9222-y>
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 22 de mayo de 2025. <https://iris.who.int/handle/10665/78590>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). ¿Sabes cuáles son los 17 objetivos de desarrollo sostenible? Naciones Unidas. Recuperado el 23 de mayo de 2025. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2018/08/sabes-cuales-son-los-17-objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Ortega, D. (2023). *¿Cómo investigar en Didáctica de las Ciencias Sociales? Fundamentos metodológicos, técnicas e instrumentos de investigación*. Octaedro. <https://octaedro.com/wp-content/uploads/2023/05/9788419690203.pdf>
- Padilla, N. (2019). Evolución de modelos para el estudio de satisfacción en usuarios de servicios de salud. *Belize Journal of Medicine*, 8(2), 33–38. <https://doi.org/10.61997/bjm.v8i2.198>
- Pedrosa, I., Suárez, J., y García, E. (2013). Evidencias sobre la Validez de ContenidoAvances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción psicológica*, 10(2), 3–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4758265>
- Peña, N., Barreda, V., Yana, V., y Carpio, G. (2024). Construcción y validación de una escala para medir factores influyentes en la elección de la carrera profesional en

adolescentes. *Psicoespacios*, 18(33), 1-18.
<https://doi.org/10.25057/21452776.1641>

Perera, J. (2011). Atención temprana: Definición, objetivos, modelos de intervención y retos planteados. *Revista Síndrome de Down*, 28(111), 140–152.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3796885>

Pérez, E., y Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina De Ciencias Del Comportamiento*, 2(1), 58–66.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3161108>

Pérez, R., López, A., y Pérez, I. (2019). El servicio público de atención temprana de Castilla y León. *Actas de coordinación sociosanitaria*, (24), 109–126.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8974814>

Perpiñán, S. (2019). *Atención temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Narcea Ediciones.
https://www.google.es/books/edition/Atenci%C3%B3n_temprana_y_familia/GPjkDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=0

Perpiñán, S. (s.f.). *Capítulo 4. La intervención con familias en los programas de AT* [Archivo PDF].
<https://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/da638980b784790a2445371cf4a8bb3f3a4c89fa.pdf>

Pilligua, C., y Arteaga, F. (2019). El clima laboral como factor clave en el rendimiento productivo de las empresas. estudio caso: Hardepex Cía. Ltda. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, 15(28), 1–25.
<https://doi.org/10.18270/cuaderlam.v15i28.2686>

Pizarro, K., y Martínez, E. (2020). Análisis factorial exploratorio mediante el uso de las medidas de adecuación muestral kmo y esfericidad de bartlett para determinar factores principales. *Congreso Internacional de Investigación, Innovación y Gestión del Conocimiento*, 5(1), 903–924.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4453224>

Ponte, J. (2017). Buscando datos e indicadores para evaluar los servicios de atención temprana. *Revista Española de Discapacidad*, 5(1), 77–98.
<https://doi.org/10.5569/2340-5104.05.01.05>

Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J., Belda, J., González, T., y Vived, E. (2008). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
<https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/otras-editoriales/guia-de-estandares-de-calidad-en-atencion-temprana>

Puerto, E. (2020). Evolución histórica de la Atención Temprana. *Aula de Encuentro*, 22(1). 318 – 337. <https://doi.org/10.17561/ae.v22n1.12>

Ramos, M., y Plata, W. (2015). Correlación policórica en el análisis de factores con variables ordinales. *ESPOL – FCNM JOURNAL*, 13(1), 37–42.
<https://www.revistas.espol.edu.ec/index.php/matematica/article/view/487/365>

Reich, M., Conta – Ball, C., y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615–636. <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>

Resolución de 13 de febrero de 2025, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 31 de enero de 2025, por el que se establece el «Consenso Estatal para la Mejora de la Atención Temprana. Despliegue de la Hoja de Ruta: objetivos, medidas y estándares generales de calidad». *Boletín Oficial del Estado*, 98, de 25 de febrero de 2025.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-3770

Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. *Boletín Oficial del Estado*, 163, de 10 de julio de 2023.
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-16057

- Rey, C. (2000). La satisfacción del usuario: un concepto en alza. *Anales de documentación*, (3), 139–153.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=205265>
- Robles – Bello, M., y Sánchez – Teruel, D. (2013) Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 132–143.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2236.pdf>
- Roco – Videla, A., Aguilera, R., y Olguin – Barraza, M. (2024). Ventajas del uso del coeficiente de omega de McDonald frente al alfa de Cronbach. *Nutrición Hospitalaria*, 41(1), 262–263. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04879>
- Rodríguez – Rodríguez, J., y Reguant – Álvarez, M. (2020). Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. *EIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 13(2), 1–13.
<https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
- Rolda, J., Martínez, K., y Sotomayor, A. (2024). Satisfacción del usuario como indicador de calidad en la atención primaria en salud. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(3), 10734–10751. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12235
- Romero – Galisteo, R. (2011). *Evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana en la provincia de Málaga*. [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA). <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/4638>
- Romero, R., Lillo, M., y García, S. (2019). Calidad percibida en Centro de Atención Temprana de Andalucía. Estudio cualitativo. *Siglo Cero*, 50(2), 7–18.
<http://dx.doi.org/10.14201/scero2019502718>
- Sagbay – Llivichuzhca, M., Bermeo – Pazmiño, K., y Ochoa, J. (2021). Determinación del nivel de satisfacción de los consumidores en los supermercados del Cantón Sígsig. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 7(12), 277–309.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7915361>
- Sangüesa, M., Mateo, R., y Ilzarbe, L. (2006). *Teoría y Práctica de la Calidad*. Ediciones Paraninfo.

https://books.google.com.pe/books?id=cUjBxymwhuQC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Santi – León, F. (2019). La importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Revista Ciencia ENEMI*, 12(39), 143–159.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7067116>

Sanz, J., Navarro, R., Fausor, R., Altungy, P., Gesteira, C., Morán, N., y García – Vara, M. (2018). La escala de deseabilidad social de marlowe – crowne como instrumento para la medida de la deseabilidad social, la sinceridad y otros constructos relacionados en psicología legal y forense. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18(1), 112–133.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165689>

Tamarit, J., y Salgado, C. (2019). *Guía de apoyo a la activación del proyecto de vida en atención temprana*. Junta de Castilla y León Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades Gerencia de Servicios Sociales
<https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/servicios-sociales-innovacion/servicio-apoyo-para-activacion.html>

Taupanta, J., Duque, M., y Mena, A. (2017). Alfa de Cronbach para validad un cuestionario de uso de TIC en docentes universitarios. *Revista mktDescubre*, (10), 37–48. <https://core.ac.uk/download/pdf/234578641.pdf>

Tema 7. La variabilidad total frente a la variabilidad de la mayoría: la curtosis. (s.f.).
https://ocw.ehu.eus/file.php/36/Materiales_de_estudio/Estadistica_aplicada.Tema_7._Variabilidad_total.pdf

Toro, R., Peña – Sarmiento, M., Mejía – Vélez, S., y Bernal – Torres, A. (2022). Análisis Empírico del Coeficiente Alfa de Cronbach según Opciones de Respuesta, Muestra y Observaciones Atípicas. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 2(63), 17–30.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8436963>

Torres, K., Ruiz, T., Solís, L., y Martínez, F. (2012). *Calidad y su evolución: una revisión. Dimensión empresarial*, 10(2), 100–107.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4400435>

Torres, M., y Vásquez, C. (2010). La Calidad: Evolución de su significado y aplicación en servicios. *Publicaciones en Ciencias y Tecnología*, 4(2), 25–32.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6505356>

Tristán – López, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en Medición*, 6, 37–48.
https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/9716/0463/3548/VOL_6_Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf

Universidad del País Vasco. (s.f.). Tema 1: Fases de una Encuesta por Muestro.
<https://www.ugr.es/~diploeo/documentos/tema1.pdf>

Velandia, F., Ardón, N., y Jara, M. (2007). Satisfacción y calidad: Análisis de la equivalencia o no de los términos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 139–168. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54501307.pdf>

Ventura – León, J. (2018). Intervalos de confianza para coeficienteOmega: Propuesta para el cálculo. *Adicciones*, 30(1), 77–78. <https://doi.org/10.20882/adicciones.962>

Ventura – León, J., y Caycho – Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77349627039>

Yepes, S., Montes, W., y Álvarez, J. (2023). Validez de contenido de un instrumento de medición para medir competencias sociales, emocionales e interculturales de estudiantes de pregrado. *Zona Próxima*, (38), 110–133.
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/view/13701/214421446313>

7. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para las familias sobre el servicio de atención temprana.

CUESTIONARIO PARA LAS FAMILIAS SOBRE EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA

Desde el Máster en Psicopedagogía de la Universidad de Valladolid, presentamos la investigación que tenemos en marcha titulada “*La familia en Atención Temprana*”, cuyo objetivo es conocer la experiencia de las familias en relación con los servicios de Atención Temprana, con el fin de identificar fortalezas y posibles áreas de mejora.

La participación es **anónima y confidencial**, conforme a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales, y los datos recogidos serán utilizados exclusivamente con **fines académicos y de investigación**.

Seleccione el número que refleje su nivel de acuerdo con cada enunciado: 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Neutro), 4 (De acuerdo), 5 (Totalmente de acuerdo).

Agradecemos de antemano su colaboración en este estudio.

Atentamente,

Kyara Azurmendi Fulgencio - Investigadora responsable (kyara.azurmendi24@estudiantes.uva.es)

David Jimeno de la Calle - Grupo de Investigación (david.jimeno@uva.es)

Universidad de Valladolid | Facultad de Educación y Trabajo Social | Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto las condiciones NO acepto las condiciones

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Persona que contesta el cuestionario.

Madre Padre Otro familiar

2. Edad de ingreso del menor en el servicio de Atención Temprana.

Menos de 1 año Entre 1 y 2 años Entre 2 y 3 años Entre 3 y 4 años Más de 4 años

3. Tiempo transcurrido desde que el menor comenzó en el servicio de Atención Temprana.

Menos de 1 año Entre 1 y 2 años Entre 2 y 3 años Entre 3 y 4 años Más de 4 años

4. Edad de la persona que contesta el cuestionario.

Menos de 20 años De 21 a 30 años De 31 a 40 años Más de 40 años

5. Nivel de estudio de la persona que contesta el cuestionario.

<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Educación Primaria	<input type="checkbox"/> Educación Secundaria Obligatoria	<input type="checkbox"/> Formación profesional (Grado medio o superior)
---------------------------------------	---	---	---

<input type="checkbox"/> Estudios universitarios	<input type="checkbox"/> Postgrado
--	------------------------------------

1. ACOGIDA

1. El centro cuenta con instalaciones adecuadas y accesibles.	1	2	3	4	5
2. Le explicaron con claridad el funcionamiento y la organización del servicio de Atención Temprana.	1	2	3	4	5
3. Le brindaron un espacio seguro para expresar sus necesidades e inquietudes.	1	2	3	4	5
4. Considera que la acogida inicial se realizó de manera respetuosa y adaptada a su situación familiar.	1	2	3	4	5
5. El centro le proporcionó la información y orientación necesaria para acceder al servicio sin dificultades.	1	2	3	4	5

2. INTERVENCIÓN

1. La intervención se orienta al apoyo y participación activa de la familia.	1	2	3	4	5
2. Se ha respetado su cultura, valores y dinámica familiar.	1	2	3	4	5
3. El horario de atención se adapta a sus necesidades.	1	2	3	4	5
4. El personal especializado tiene en cuenta sus prioridades para orientar la intervención.	1	2	3	4	5
5. Las actividades que se realizan con su hijo/a le parecen adecuadas.	1	2	3	4	5
6. Las actuaciones propuestas para trabajar en casa con su hijo/a le resultan cercanas a sus posibilidades.	1	2	3	4	5
7. Se le ha facilitado intervención en entornos naturales (hogar/escuela) cuando se ha considerado adecuado.	1	2	3	4	5

3. INFORMACIÓN

1. Considera que el servicio ha respondido con claridad sus cuestiones o dudas.	1	2	3	4	5
2. Los documentos entregados son claros y comprensibles.	1	2	3	4	5
3. Recibe información (oral/escrita) sobre la progresión de su hijo/a.	1	2	3	4	5
4. Se le ha orientado hacia otros recursos disponibles en su comunidad cuando ha sido necesario.	1	2	3	4	5

4. EL PERSONAL ESPECIALIZADO (PE) Y COORDINACIÓN

1. El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades de su hijo/a.	1	2	3	4	5
2. El (PE) es accesible y cercano al trato.	1	2	3	4	5
3. Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.	1	2	3	4	5
4. Piensa que su hijo/a se encuentra cómodo con el personal del centro.	1	2	3	4	5
5. El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención de su hijo/a.	1	2	3	4	5
6. El (PE) trabaja de manera coordinada con otros servicios como salud, educación y servicios sociales.	1	2	3	4	5

5. VALORACIÓN GENERAL

1. Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Atención Temprana.	1	2	3	4	5
2. El servicio ha generado un impacto positivo en la calidad de vida familiar.	1	2	3	4	5

3. Recomendaría este servicio a otras familias en situación similar.	1	2	3	4	5
4. El servicio ha respondido a sus expectativas iniciales.	1	2	3	4	5
5. Considera que el servicio le ha ayudado a descubrir oportunidades de aprendizaje significativas para su hijo/a.	1	2	3	4	5

6. OBSERVACIONES

Lo que más le gusta del servicio:

Lo que podría mejorar del servicio:

Una vez finalizada la encuesta, depositela en la caja habilitada que se encuentra en la entrada.

Anexo 2. Tabla para valorar el Índice de Validez de Contenido de Lawshe.

VALIDEZ DEL CONTENIDO			
	RELEVANCIA	CLARIDAD	PERTINENCIA
1. ACOGIDA			
1. El centro cuenta con instalaciones adecuadas y accesibles.			
2. Le explicaron con claridad el funcionamiento y la organización del servicio de Atención Temprana.			
3. Le brindaron un espacio seguro para expresar sus necesidades e inquietudes.			
4. Considera que la acogida inicial se realizó de manera respetuosa y adaptada a su situación familiar.			
5. El centro le proporcionó la información y orientación necesaria para acceder al servicio sin dificultades.			
2. INTERVENCIÓN			
6. La intervención se orienta al apoyo y participación activa de la familia.			
7. Se ha respetado su cultura, valores y dinámica familiar.			
8. El horario de atención se adapta a sus necesidades.			
9. El personal especializado tiene en cuenta sus prioridades para orientar la intervención.			

10. Las actividades que se realizan con su hijo/a le parecen adecuadas.		
11. Las actuaciones propuestas para trabajar en casa con su hijo/a le resultan cercanas a sus posibilidades.		
12. Se le ha facilitado intervención en entornos naturales (hogar/escuela) cuando se ha considerado adecuado.		

3. INFORMACIÓN

13. Considera que el servicio ha respondido con claridad sus cuestiones o dudas.		
14. Los documentos entregados son claros y comprensibles.		
15. Recibe información (oral/escrita) sobre la progresión de su hijo/a.		
16. Se le ha orientado hacia otros recursos disponibles en su comunidad cuando ha sido necesario.		

4. PERSONAL ESPECIALIZADO (PE) Y COORDINACIÓN

17. El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades de su hijo/a.		
18. El (PE) es accesible y cercano al trato.		
19. Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.		
20. Piensa que su hijo/a se encuentra cómodo con el personal del centro.		
21. El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención de su hijo/a.		
22. El (PE) trabaja de manera coordinada con otros servicios como salud, educación y servicios sociales.		

5. VALORACIÓN GENERAL

23. Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Atención Temprana.		
24. El servicio ha generado un impacto positivo en la calidad de vida familiar.		
25. Recomendaría este servicio a otras familias en situación similar.		
26. El servicio ha respondido a sus expectativas iniciales.		
27. Considera que el servicio le ha ayudado a descubrir oportunidades de aprendizaje significativas para su hijo/a.		

Anexo 3. Resultado del Índice de Validez de Contenido de Lawshe.

		Número de jueces que califican 3	Número de jueves que califican 4	CRV	CRV'
RELEVANCIA					
1	El centro cuenta con instalaciones adecuadas y accesibles.	2	3	1	1
2	Le explicaron con claridad el funcionamiento y la organización del servicio de Atención Temprana	1	4	1	1
3	Le brindaron un espacio seguro para expresar sus necesidades e inquietudes.	1	4	1	1
4	Considera que la acogida inicial se realizó de manera respetuosa y adaptada a su situación familiar	1	4	1	1
5	El centro le proporcionó la información y orientación necesaria para acceder al servicio sin dificultades	0	5	1	1
6	La intervención se orienta al apoyo y participación activa de la familia	1	4	1	1
7	Se ha respetado su cultura, valores y dinámica familiar	0	5	1	1
8	El horario de atención se adapta a sus necesidades	0	5	1	1
9	El personal especializado tiene en cuenta sus prioridades para orientar la intervención	0	5	1	1
10	Las actividades que se realizan con su hijo/a le parecen adecuadas.	1	4	1	1
11	Las actuaciones propuestas para trabajar en casa con su hijo/a le resultan cercanas a sus posibilidades.	1	4	1	1
12	Se le ha facilitado intervención en entornos naturales (hogar/escuela) cuando se ha considerado adecuado	1	4	1	1
13	Considera que el servicio ha respondido con claridad sus cuestiones o dudas	0	5	1	1
14	Los documentos entregados son claros y comprensibles	1	4	1	1
15	Recibe información (oral/escrita) sobre la progresión de su hijo/a.	0	5	1	1

16	Se le ha orientado hacia otros recursos disponibles en su comunidad cuando ha sido necesario	1	4	1	1
17	El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades de su hijo/a.	0	5	1	1
18	El (PE) es accesible y cercano al trato	0	5	1	1
19	Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.	0	5	1	1
20	Piensa que su hijo/a se encuentra cómodo con el personal del centro.	0	5	1	1
21	El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención de su hijo/a.	0	5	1	1
22	El (PE) trabaja de manera coordinada con otros servicios como salud, educación y servicios sociales.	0	5	1	1
23	Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Atención Temprana.	0	5	1	1
24	El servicio ha generado un impacto positivo en la calidad de vida familiar	0	5	1	1
25	Recomendaría este servicio a otras familias en situación similar.	0	5	1	1
26	El servicio ha respondido a sus expectativas iniciales.	1	3	0,6	0,8
27	Considera que el servicio le ha ayudado a descubrir oportunidades de aprendizaje significativas para su hijo/a.	1	4	1	1

CLARIDAD

1	El centro cuenta con instalaciones adecuadas y accesibles.	1	4	1	1
2	Le explicaron con claridad el funcionamiento y la organización del servicio de Atención Temprana	0	5	1	1
3	Le brindaron un espacio seguro para expresar sus necesidades e inquietudes.	1	4	1	1
4	Considera que la acogida inicial se realizó de manera respetuosa y adaptada a su situación familiar	1	4	1	1

5	El centro le proporcionó la información y orientación necesaria para acceder al servicio sin dificultades	1	4	1	1
6	La intervención se orienta al apoyo y participación activa de la familia	1	4	1	1
7	Se ha respetado su cultura, valores y dinámica familiar	1	4	1	1
8	El horario de atención se adapta a sus necesidades	0	5	1	1
9	El personal especializado tiene en cuenta sus prioridades para orientar la intervención	0	5	1	1
10	Las actividades que se realizan con su hijo/a le parecen adecuadas.	0	5	1	1
11	Las actuaciones propuestas para trabajar en casa con su hijo/a le resultan cercanas a sus posibilidades.	2	3	1	1
12	Se le ha facilitado intervención en entornos naturales (hogar/escuela) cuando se ha considerado adecuado	0	5	1	1
13	Considera que el servicio ha respondido con claridad sus cuestiones o dudas	0	5	1	1
14	Los documentos entregados son claros y comprensibles	1	4	1	1
15	Recibe información (oral/escrita) sobre la progresión de su hijo/a.	0	5	1	1
16	Se le ha orientado hacia otros recursos disponibles en su comunidad cuando ha sido necesario	1	4	1	1
17	El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades de su hijo/a.	0	5	1	1
18	El (PE) es accesible y cercano al trato	0	5	1	1
19	Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.	2	3	1	1
20	Piensa que su hijo/a se encuentra cómodo con el personal del centro.	0	5	1	1
21	El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención de su hijo/a.	1	4	1	1
22	El (PE) trabaja de manera coordinada con otros servicios como salud, educación y servicios sociales.	0	5	1	1

23	Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Atención Temprana.	0	5	1	1
24	El servicio ha generado un impacto positivo en la calidad de vida familiar	0	5	1	1
25	Recomendaría este servicio a otras familias en situación similar.	0	5	1	1
26	El servicio ha respondido a sus expectativas iniciales.	1	4	1	1
27	Considera que el servicio le ha ayudado a descubrir oportunidades de aprendizaje significativas para su hijo/a.	2	3	1	1

PERTINENCIA

1	El centro cuenta con instalaciones adecuadas y accesibles.	1	4	1	1
2	Le explicaron con claridad el funcionamiento y la organización del servicio de Atención Temprana	0	5	1	1
3	Le brindaron un espacio seguro para expresar sus necesidades e inquietudes.	0	5	1	1
4	Considera que la acogida inicial se realizó de manera respetuosa y adaptada a su situación familiar	0	5	1	1
5	El centro le proporcionó la información y orientación necesaria para acceder al servicio sin dificultades	1	4	1	1
6	La intervención se orienta al apoyo y participación activa de la familia	1	4	1	1
7	Se ha respetado su cultura, valores y dinámica familiar	0	5	1	1
8	El horario de atención se adapta a sus necesidades	0	5	1	1
9	El personal especializado tiene en cuenta sus prioridades para orientar la intervención	0	5	1	1
10	Las actividades que se realizan con su hijo/a le parecen adecuadas.	0	5	1	1
11	Las actuaciones propuestas para trabajar en casa con su hijo/a le resultan cercanas a sus posibilidades.	0	5	1	1

12	Se le ha facilitado intervención en entornos naturales (hogar/escuela) cuando se ha considerado adecuado	0	5	1	1
13	Considera que el servicio ha respondido con claridad sus cuestiones o dudas	0	5	1	1
14	Los documentos entregados son claros y comprensibles	1	4	1	1
15	Recibe información (oral/escrita) sobre la progresión de su hijo/a.	0	5	1	1
16	Se le ha orientado hacia otros recursos disponibles en su comunidad cuando ha sido necesario	0	5	1	1
17	El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades de su hijo/a.	0	5	1	1
18	El (PE) es accesible y cercano al trato	0	5	1	1
19	Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.	0	5	1	1
20	Piensa que su hijo/a se encuentra cómodo con el personal del centro.	0	5	1	1
21	El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención de su hijo/a.	0	5	1	1
22	El (PE) trabaja de manera coordinada con otros servicios como salud, educación y servicios sociales.	0	5	1	1
23	Está satisfecho con la atención recibida en el servicio de Atención Temprana.	0	5	1	1
24	El servicio ha generado un impacto positivo en la calidad de vida familiar	0	5	1	1
25	Recomendaría este servicio a otras familias en situación similar.	0	5	1	1
26	El servicio ha respondido a sus expectativas iniciales.	1	3	0,6	0,8
27	Considera que el servicio le ha ayudado a descubrir oportunidades de aprendizaje significativas para su hijo/a.	1	4	1	1

Anexo 4. Alfa de Cronbach.

ITEM 24	ITEM 25	ITEM 26	ITEM 27	TOTAL	
5	5	5	5	135	
4	4	4	4	119	
5	5	5	5	135	
4	5	5	4	126	
5	5	5	5	134	
4	4	3	4	114	
4	4	4	4	115	
5	4	4	5	110	
5	5	5	5	135	
4	5	4	5	124	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	133	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	132	
5	5	5	5	135	
5	5	5	5	123	
4	5	5	5	124	
5	5	5	5	131	
5	5	5	5	135	

ALFA DE CRONBACH

$k = 27$
 $\sum S_i^2 = 11,85969$
 $S_t^2 = 139,86$
 $\alpha = \frac{k(1 - \sum S_i^2 / S_t^2)}{k - 1}$
 $\alpha = 0,950403$ → ALTA FIABILIDAD

Anexo 5. Correlaciones policóricas.

