



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN
DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN
TEMPRANA**

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

P R E S E N T A

SAMANTA MARIBEL RABADÁN ARISTA

COMITE TUTORAL:

Dra. Miriam Figueroa Oléa,

Dr. Iván Rolando Rivera González

Dr. Mario Mandujano Valdéz

DICIEMBRE 2014



Se agradece al Instituto Nacional de Pediatría, al personal, especialistas del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, padres de familia y pacientes, por las facilidades y el apoyo brindados en la capacitación recibida para la realización de este trabajo.



Este trabajo se llevó a cabo en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría, bajo la asesoría de la Dra. Miriam Figueroa Olea y el Dr. Iván Rolando Rivera. Sin su conducción no hubiera sido posible este proyecto.

Se agradece al Instituto Nacional de Pediatría, al personal, especialistas del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, padres de familia y pacientes, por las facilidades y el apoyo brindados para la realización de este trabajo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
I.- Marco de Referencia.	
Capítulo 1. El concepto de participación en los programas de Atención Temprana.	
1.1.- Antecedentes de los programas de Atención Temprana.	6
1.2.- Participación en los programas de Atención Temprana. Enfoque de atención centrado en la familia.	18
1.3.- Generalidades de la Participación.	23
1.4.- Participación del Cuidador Primario en los programas de Atención Temprana.	27
1.5.- Componentes de la participación del cuidador primario en los programas de Intervención Temprana.	32
Capítulo 2. Evaluación de la Participación del cuidador en los programas de Atención Temprana	
2.1 Antecedentes del Programa de Cuidado Integral en el Laboratorio de Seguimiento de Neurodesarrollo (LSND) del Instituto Nacional de Pediatría	48
2.2 Antecedentes y descripción del Instrumento de Evaluación de la Participación del cuidador en el Programa de Cuidado Integral del LSND	51
II. Justificación	55
III. Objetivos	57
IV.- Metodología	57
V.- Resultados	67
VI.- Discusión	130
VII.- Conclusiones	134
VIII.- Bibliografía	135
Anexo 1. Instrumento de “Registro de la Participación Materna”. Categorías del registro de participación materna, sus variables e indicadores y los resultados del trabajo de validación del instrumento	139
Anexo 2. Categorías y subcategorías propuestas para el instrumento.	145
Anexo 3. Guía de observación abierta de la participación materna en el grupo de cuidado integral.	146

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación ha tenido por objetivo diseñar un instrumento que permita evaluar la participación que presenta el cuidador de un niño dentro de un programa de atención temprana.

Los programas de atención temprana durante las últimas décadas han tenido notables cambios en relación a su modelo de intervención, por ejemplo, han fomentado la participación de las familias para favorecer el desarrollo del niño; entendiendo esta, como la forma en que se involucra el cuidador primario con los preceptos del programa, el despliegue que tiene de sus propias conductas y las adquiridas dentro del grupo o de manera individual sobre las estrategias de cuidado y manejo del niño, con el objetivo de ser aplicadas de manera extensible a su entorno cotidiano, buscando su bienestar y óptimo desarrollo.

De tal manera, que el estudio de la participación del cuidador primario (PCP) ha sido tema de gran interés a partir de las transiciones que se han dado de un modelo tradicional de atención temprana hacia un nuevo modelo. Este enfoque ha dejado de ser reduccionista, tiene un carácter más global, que abarca un conjunto de actuaciones que no sólo se dirigen al niño, sino que también se centran en la familia y la comunidad, de manera que lo que se pretende fundamentalmente es enriquecer el medio en el que se desenvuelve tanto humano, físico, social y culturalmente fomentando así las relaciones, experiencias, interacciones entre el niño y ambientes promotores del desarrollo.

La necesidad de ingreso de un niño a un programa de intervención ya sea por un diagnóstico establecido o como prevención ante el daño, genera en la familia desconcierto, incertidumbre, preocupación, entre muchos otros sentimientos. Cada familia, cada miembro de dicha estructura desplegará sus propios sistemas de afrontamiento, conocimiento y actuara en base a diferentes factores como son personalidad, educación, red de apoyo, recursos económicos, actitudinales, etc. Estas diferencias en las formas de relación y abordaje del cuidador y la familia hacia

el niño son las que pueden favorecer o perturbar las respuestas para su incorporación al programa y la forma en que se involucra con el mismo. Y es en las que se pretende poner atención a través de un instrumento que permita medir cómo se involucra el cuidador con el niño, el despliegue que tiene de sus propias competencias, cómo lleva a cabo las recomendaciones y estrategias dentro del programa y las dificultades que presenta para actuar de manera directa de acuerdo a las estrategias propuestas para su mejora y beneficio.

Estudiar, conocer y medir el nivel de participación que tienen los cuidadores primarios dentro de un programa de atención temprana está justificado gracias a la importancia que tiene ésta implicación con el desarrollo favorable del niño. Es por ello que trabajos en torno a la participación empiezan a surgir desde hace varias décadas retroalimentando el cambio de visión de la atención temprana, y resaltando el papel de gran importancia que juega la familia y el entorno para el desarrollo del niño.

En España se ha trabajado con el objetivo de crear consensos sobre la atención temprana, su concepción y modelo de intervención, presentando postulados en el libro blanco donde se especifica y se habla de la legislación presente en lo que respecta a este tema, buscando una misma dirección para la atención temprana. En nuestro país es bien sabido tenemos gran influencia de los países europeos, sin embargo a diferencia de lo que es el conocimiento teórico, en la práctica vemos aun en la gran mayoría de los lugares, que no se efectúan intervenciones con esta visión de la atención temprana que implique a los cuidadores en el manejo y cuidado del niño, que evite horarios sistematizados de "trabajo", y fomente el cambio en su entorno.

Sin embargo, el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (LSND) , en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), siguiendo las bases de su modelo de intervención se ha interesado por este tema fomentando la participación del cuidador primario. A partir de esta visión se creó el "Registro de Participación Materna (RPM)",

siendo una base fundamental para la realización de este trabajo. (Muñoz Ledo, Sánchez Pérez, 1990). A la par que se han realizado investigaciones sobre la participación de la madre y su relación con el desarrollo del niño con hipotiroidismo congénito, (Vicente Hernández, 2006) (Nicolás Cruz, 2008). Estos trabajos han concluido que la participación materna influye en el desarrollo del niño, de acuerdo al tipo o grado de participación presente.

Actualmente la investigación y documentación sobre instrumentos que permitan medir el grado de implicación de las familias es escasa, lo cual nos indica faltan estudios que permitan abarcar de forma más extensa lo que respecta a la medición de esta participación del cuidador. Se debe también poner atención en las características propias que ofrecen los programas de Atención Temprana y si hacen factible y posible la participación.

El concepto de participación se encuentra en el área de la salud, sin embargo es un término extenso utilizado en otros contextos como son social, político, pedagógico, entre otros, los cuales tienen como elemento en común, que promueven la participación con fines de mejora y mejores beneficios de un programa. A la par que tiene elementos comunes que definen la participación, como son la motivación.

La realización de este trabajo de investigación surge a partir de la necesidad de medir la participación del cuidador en los grupos de cuidado integral del LSND, a través de un instrumento que cuente con indicadores que permitan una medición pertinente y sencilla del nivel o grado de participación presente en el cuidador, esto con el objetivo de favorecer el desarrollo del niño mediante la implicación de las familias, siendo factible de registrar los niveles de participación y permitiendo así generar estrategias específicas hacia los padres de familia o cuidadores.

Se utilizó el término “cuidador primario” para referirse a aquel miembro de la familia que está a cargo del niño de manera predominante, teniendo como función principal cubrir sus necesidades básicas físicas y emocionales. En México de acuerdo a la organización social que tenemos, la madre es por lo general la que asume el rol de

cuidador primario o principal. Sin embargo, debido a los cambios en la estructura familiar, donde los roles se han modificado a través de los años, y no es la madre exclusivamente la persona encargada del cuidado del niño, sino que puede ser la abuela, el padre, o cualquier otro miembro de la red familiar, se ha utilizado dicho término que permite hacer referencia de manera abierta a aquella persona responsable principalmente del cuidado del niño y en este caso la que aprenderá, ejecutará y replicará en su entorno las estrategias generadas en el programa.

El presente trabajo inicia con un primer capítulo en el que se escribe sobre los antecedentes de la Atención Temprana, las transiciones que ha sufrido en su conceptualización y modelo de intervención, posteriormente se hace énfasis en el modelo centrado en la familia que promueve la participación de la misma en los programas. Se profundiza en dicho modelo abarcando el tema de participación de la familia como elemento clave de un programa. Se habla de aspectos y características de la participación, nombrado como generalidades de la participación. Y por último se habla sobre la participación del cuidador primario en los programas de atención temprana y los componentes de la participación del cuidador primario en los programas de Intervención Temprana identificados en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.

En el segundo capítulo se plantea la experiencia en el LSND respecto a la evaluación de la participación del cuidador primario, sus antecedentes y descripción del Registro de la Participación Materna (RPM). Posteriormente se plantean la justificación del trabajo de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, para continuar con la metodología empleada y los resultados obtenidos, finalizando con la discusión y conclusiones.

Por último, solo queda decir que el enfoque que tiene la atención temprana promueve cada vez más la participación familiar y requiere de nuestro actuar como profesionales para que esta se puede dar buscando el beneficio del niño, su entorno y la familia. Al contar con un instrumento que defina el grado de participación

presente en un grupo de intervención temprana se busca incidir de manera más precisa sobre estrategias de manejo que este presentando el cuidador e incidir en ellas de ser necesario.

CAPÍTULO I. El concepto de Participación en los Programas de Atención Temprana.

1.1.- Antecedentes de los programas de Atención Temprana.

De acuerdo al Libro Blanco de la atención temprana, se entiende, por *Atención Temprana*, al 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. Y como *Intervención Temprana* al conjunto de actividades específicas dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad. La intervención se planificará y programará de forma global e individual, planteando pautas específicas adaptadas a las necesidades de cada niño y cada familia en cada una de las áreas del desarrollo. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Esta conceptualización de la Atención e Intervención Temprana se ha construido a partir de las últimas décadas donde se han tenido cambios importantes tanto en su modelo de intervención como en su concepción, transformándose de un modelo centrado exclusivamente en el niño a un modelo centrado en la familia.

Inicialmente el campo de acción de la Atención Temprana (AT) se dirigió a niños en condiciones de pobreza, con el objetivo de modificar el curso del desarrollo infantil. Posteriormente se extendió hacia niños con deficiencias y a niños que presentaban algún problema en su desarrollo, enfocando su intervención principalmente a tratamientos educativos o terapéuticos diseñados para prevenir o para mejorar posibles alteraciones o una deficiencia ya existente entre una población determinada

de niños. (Isidoro, 2002). En su concepción inicial la AT se consideró como un período de intervención sistemática llevada a cabo en los primeros años de vida (Eayrs & Jones, 1992). Este tipo de intervención se caracterizó por dirigir los programas de rehabilitación exclusivamente a los niños y a las niñas, sin considerar aspectos como la familia y el entorno. En este sentido, la mayor atención de la AT estaba dirigida hacia el niño: se trataba de proporcionar actividades adecuadas a los niños con problemas evolutivos con el fin de mejorar, en la medida de lo posible, sus niveles madurativos en las distintas áreas. De ahí que la mayoría de los programas hayan utilizado, preferentemente, métodos conductuales estructurados para enseñar a los niños habilidades nuevas. (Isidoro, 2002).

Este tipo de visión conformo el modelo tradicional donde se sentaron las bases actuales de la Atención Temprana, teniendo como eje central al niño, sin considerar a su entorno inmediato como la familia o su medio ambiente. Sin embargo a partir de nuevos planteamientos teóricos como es el de los sistemas ecológicos, empieza a tomar relevancia el ambiente del niño. Esta teoría enfatiza la importancia de dirigir la atención no exclusivamente al niño como sujeto único de intervención sino a los demás miembros del sistema, es decir, la familia. Dirige la atención a los factores contextuales más amplios, mencionando que intervenir más eficazmente sobre los niños, es intervenir en el contexto. (Bronfenbrenner, 1977)

A este nuevo enfoque se suman otros autores que en sus investigaciones hacen referencia sobre el papel que juega la familia y los adultos en el desarrollo evolutivo del niño. La relación madre-hijo surge como un factor de gran importancia en el desarrollo saludable del niño formulándose la teoría del apego. (Bowlby, 1995). El considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad, y la relación constante con la madre. Afirma que el vínculo temprano establecido entre un bebé y su madre es fundamental para el desarrollo psicológico de la persona. (Levy, 2013)

También se investiga sobre el impacto de las interacciones sociales surgiendo la teoría del aprendizaje social en 1977, la cual sugiere que una combinación de factores sociales y psicológicos influyen en la conducta. Esta teoría señala tres requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón) para querer adoptar esa conducta. (Bandura, 2012).

Otro planteamiento que se incorpora en esa época es la teoría del desarrollo social de Vygotsky en 1978. Este autor menciona que el contexto social forma parte del proceso de desarrollo y moldea los procesos cognitivos, afirmando que el contexto social debe ser considerado en diversos niveles: 1.- El nivel interactivo inmediato, constituido por el o los individuos con quien el niño interactúa en esos momentos. 2.- El nivel estructural, constituido por las estructuras sociales que influyen en el niño, tales como la familia y la escuela. 3.- El nivel cultural o social general, constituido por la sociedad en general, como el lenguaje, el sistema numérico y la tecnología. (Vygotsky, 1987)

La importancia del contexto social haciendo énfasis en las primeras relaciones afectivas y el ambiente, se planteó desde el siglo XVII en relación a los niños salvajes. Sin embargo el periodo de investigación científica comienza en 1801, con el trabajo de Itard sobre niños lobo (Víctor el salvaje de Aveyron), niños que crecieron en un ambiente carente de relaciones sociales. El estudio de Itard revela las posibilidades y límites del aprendizaje del niño, demostrando las consecuencias de la privación temprana de relaciones afectivas inadecuadas con la madre. (Lieberman, 1982). Al respecto se reconoce que los procesos del desarrollo podían estar afectados por el ambiente de crianza y que las consecuencias adversas de la privación en las relaciones humanas tempranas y el desequilibrio del desarrollo causado por condiciones desfavorables ambientales durante el primer año de vida de un niño producen daño psicosomático irreparable a infantes normales. (Spitz, 1949). De lo anterior se demuestra que la calidad de las relaciones afectivas que rodean al

niño, es decir su contexto social inmediato, son de vital importancia en su desarrollo físico y emocional. Si tales relaciones no existen o se establecen con personas enfermas o indiferentes, puede llevar al niño a presentar problemas del desarrollo. La influencia del contexto es determinante en el desarrollo del niño; por ejemplo: un niño que crece en un medio rural, donde sus relaciones solo se concretan a los vínculos familiares va a tener un desarrollo diferente a aquel que esté rodeado por ambientes culturales más propicios. El niño del medio rural desarrollará más rápido su dominio corporal y conocimientos del campo; el del medio urbano tendrá mayor acercamiento a aspectos culturales y tecnológicos. (Vygotsky, 1987). Este contexto en que se desenvuelve el niño está compuesto de manera inicial por cada integrante de la familia, al cual se le toma como miembro de un sistema, en donde, cada acción de alguno de ellos generara cambios en los demás, ya no se habla de una operatividad aislada de cada elemento, sino una acción que repercute en cada integrante del mismo. (Carl J. Dunst, Trivette, Davis, & Cornwell, 1988)

A partir de estos nuevos planteamientos que le dan importancia al contexto social, el ambiente, las relaciones afectivas, el establecimiento del vínculo madre-hijo y su influencia en el desarrollo del niño, comenzaron a surgir cuestionamientos hacia el modelo tradicional introduciéndose una nueva perspectiva, en la que se destaca especialmente el papel y protagonismo de los padres y madres en los programas de atención e intervención temprana. A la par que también se comienza a aceptar que la atención temprana es un método efectivo para paliar los efectos de la falta de estimulación experimentada en los primeros años de vida. (Isidoro, 2002)

Anteriormente los sistemas de servicios de Atención Temprana que se centraban principalmente en “arreglar” las discapacidades funcionales del individuo para darle una serie de mejoras del entorno funcionaban en base al antiguo paradigma que definía la discapacidad como un déficit en las personas que deriva en presentar obstáculos funcionales en las actividades diarias. Al igual que este antiguo paradigma influía en las personas con discapacidad, también lo hacía en las familias con niños y jóvenes discapacitados, estructurando con los diferentes planteamientos

la instauración de los servicios en atención temprana. Tres ejemplos de los modelos de servicio e investigación surgidos a partir de los cambios de visión son: (Sierra Garcia & Gutiez Cuevas, 2012)

1.- El modelo psicoterapéutico, que tuvo una gran importancia en los años 50 y 60; este modelo concebía el nacimiento de un niño discapacitado como una “trágica crisis” que se podría solucionar mejor al tratar con psicoterapia a los padres del niño para ayudarles a superar su pesar.

2. El modelo de formación de los padres, a comienzos de los años 70, cambió el enfoque a una formación de los padres, lo que otorgaba un mayor énfasis en las habilidades de aprendizaje para las madres, para que a su vez pudieran enseñar a sus hijos discapacitados en casa con la idea de remediar la discapacidad.

3. El modelo de implicación de los padres, con la aprobación de la Ley Educativa de Personas Discapacitadas en 1975; la prioridad se estableció en los padres (especialmente en las madres) y en su implicación en la toma de decisiones educativas, especialmente a través de charlas individualizadas sobre el programa educativo. (Able-Boone, 1990)

Los servicios y la investigación sobre la familia han pasado por el cambio del antiguo paradigma a un nuevo paradigma. Uno de los puentes entre el paradigma nuevo y el antiguo ha sido subrayar la transición de los servicios y la investigación fundamentada en el modelo centrado en la familia, siendo ahora reconocido como un componente clave para el trabajo con los niños y sus familias. (Carl J. Dunst, Boyd, Trivette, & Hamby, 2002) Con este cambio de perspectiva sobre el desarrollo del niño y la influencia de su ambiente se fueron formando los pilares de la AT, y se comenzó a incluir en los programas además de la población de menores con algún tipo de discapacidad a otros grupos de población con riesgo biológico y social, propensos a presentar problemas madurativos o de adaptación y a niños sin patología evidente.

Se introduce también de forma paulatina la idea de que la intervención no debe dirigirse únicamente al niño con deficiencias establecidas. Se va modificando la visión focalizada de intervención dirigida exclusivamente al niño y se hace referencia a que deben ser intervenciones interrelacionadas a lo largo de la vida del niño y en todo tipo de contextos donde tiene lugar su desarrollo.

Diversos autores han realizado numerosos estudios sobre la implementación de los programas de intervención temprana y la orientación centrada en la familia, acentuando que la familia del niño y la comunidad debe tener un papel activo en el proceso de habilitación. (Bronfenbrenner, 1986; Guralnick & Weinhouse, 1984). Se ha comprobado que el desarrollo del niño es el resultado de un complejo proceso de interacción entre el organismo y las aferencias ambientales. Diferentes investigaciones en el campo de la intervención temprana han puesto de manifiesto que en los primeros meses de vida no es tan necesario el simple entrenamiento sensoriomotor, sino que hay que tener muy en cuenta otros aspectos de gran importancia: el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, el bienestar personal y familiar, el estrés de los padres, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico del hogar, los aspectos relacionados con la salud del niño, etc.(Trivette & Dunst, 1990)

Es así como en la década de los 90 ya existe un convencimiento generalizado de que el éxito de los programas de intervención radica en el hecho de su ampliación a esferas más allá del propio niño. Se pretende seguir el modelo de intervención que resalta la importancia de las interacciones socio comunicativas entre el niño y sus padres. Se plantea el aprendizaje dentro de un contexto natural mediante actividades funcionales con un gran significado para el niño, procurando que formen parte de sus rutinas diarias. (Bronfenbrenner, 1977)

Otros modelos se añadieron a esta perspectiva de cambio, el modelo transaccional (Sameroff & Fiese, 1990) y la teoría sobre la modificabilidad cognitiva estructural (Feuerstein, Feuerstein, Falik, & Rand, 2002) los cuales enfatizan en sus

planteamientos la importancia de un ambiente favorable en el que se desenvuelve el niño para un adecuado u óptimo desarrollo. Estos modelos marcaron un hito importante con sus aportaciones acerca de que el daño biológico podía ser modificado por los factores ambientales. Una perspectiva estrechamente relacionada con las teorías mencionadas anteriormente se centra en el enfoque ecológico-sistémico, que define la visión del desarrollo evolutivo del niño de las siguientes formas:(Porter, 2002)

Holístico: que significa que todas las áreas de desarrollo: cognitiva, lingüística, física, social y emocional están interrelacionadas,

Dinámico: este es el principio de “lo bueno permanece”, que establece que para que el entorno sea un elemento facilitador, necesita modificarse como respuesta a las necesidades de cambio del individuo (Horowitz, 1978, citado por Porter, 2002).

Transaccional: según el modelo de Sameroff y Chandler (1975), el desarrollo se hace posible debido a una interacción bidireccional y recíproca entre el niño y su entorno. El desarrollo evolutivo es el resultado de una interacción continua y dinámica del comportamiento del niño, las respuestas del adulto al comportamiento del niño y las variables relacionadas con el entorno que pudieran influir tanto en el niño como en el adulto.

Único: el conocimiento o el desarrollo son singulares, los individuos construyen sus propias y únicas perspectivas.

En la actualidad los programas de Atención Temprana (AT) siguen una orientación basada en los modelos ecológico y transaccional, sobre todo en Europa, sin embargo todavía no existe un consenso sobre la practica en cuanto a AT se refiere. España de manera específica se ha convertido en una referencia internacional en lo que se refiere a atención temprana. La creación del GAT, (Grupo de Atención Temprana) a partir del año 2000, en colaboración con otras instancias elabora y publica

documentos dirigidos a configurar la atención temprana como un sistema coherente de servicios en dicho país. (GAT., 2000). Enfatiza la atención global al niño, su familia y su entorno de una forma natural, empleando actividades funcionales que se inserten en las rutinas diarias del niño y su familia. Al hablar de intervención en AT no se refiere solamente a estimular al niño, es sobre todo, favorecer la creación de contextos adecuados donde pueda interactuar en condiciones óptimas, así la familia se convierte en objetivo prioritario de la AT. El contexto físico, la interacción afectiva y las emociones de todas las personas que conviven con el niño son elementos básicos sobre los que debemos incidir. Su visión exclusivamente rehabilitadora ha cambiado hacia la incorporación de la habilitación como adquisición de destrezas necesarias para desenvolverse en la vida. Y de una intervención exclusivamente ambulatoria y especializada a una intervención en los contextos naturales en que se desenvuelven los niños. (Education., 2005; GAT., 2000). Por lo que crece la necesidad de crear sistemas de apoyo extraordinarios existentes en el entorno: padres, hermanos, abuelos, compañeros de centros de preescolar, etc. Es decir, se camina, por lo tanto, hacia un modelo psico-ecológico en el que se tiene en cuenta el ambiente, las características de las personas y las interacciones reciprocas.(Navarra., 2004)

De tal forma que la organización de la AT se ha dirigido hacia un sistema de colaboración interservicios, que pretende la adopción de programas más comprensivos, donde la participación familiar y comunitaria juega un papel clave. (Education., 2005). Es así como durante los últimos años principalmente en Europa, la Atención Temprana (AT) ha tenido una evolución en relación a su enfoque, cambiando el alcance y las oportunidades de intervención a los que puede aspirar. Si bien en sus inicios los programas iban dirigidos exclusivamente al niño, en la actualidad existe el consenso de que para lograr una adecuada estimulación es necesaria la participación de la familia y de otros agentes socializadores del entorno que lo rodea.(Sanz Andrés, 2003). Por tanto, la Atención Temprana se contempla en la actualidad como una atención global prestada al niño y a su familia, en los

primeros meses y años de vida, como consecuencia de alteraciones en su desarrollo, o bien por una situación de alto riesgo. Esta atención consiste en un tratamiento médico, educativo y social que influye directa o individualmente en el funcionamiento de los padres, de la familia y del propio niño. En este sentido el Libro Blanco de la Atención Temprana la ha definido. (GAT., 2000)

Entre otros autores, Guralnick define la AT como un sistema diseñado para apoyar patrones familiares de interacción que mejor estimulen el desarrollo evolutivo del niño. Para este autor, el objetivo se centra en la transacción padres-hijo, en las experiencias infantiles establecidas en la familia y en la ayuda ofrecida a los padres para maximizar la salud y la seguridad de su hijo.(Guralnick, 2000)

Para Jack Shonkoff y Samuel Meisels, la AT consiste en los servicios multidisciplinarios que se les ofrecen a los niños desde su nacimiento hasta los cinco años. Los principales objetivos son: fomentar la salud y el bienestar infantil, mejorar las competencias emergentes, reducir los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades existentes o posibles, prevenir los deterioros funcionales, fomentar la paternidad responsable y sobre todo la funcionalidad familiar.(Shonkoff & Meisels, 2000)

James Blackman considera que “el objetivo de la atención temprana es prevenir o reducir las limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y de recursos de los niños con factores de riesgos biológicos o medioambientales”. Este autor enfatiza el papel fundamental realizado por las familias como factor de éxito de la intervención.(Blackman, 2002)

Esta transformación en la conceptualización de la Atención Temprana, hace que su práctica tenga necesidades de cambio que permitan enmarcar sus bases actuales y llevarlas a cabo. Para esto se requiere de una transformación en el actuar de los profesionales. Puntos importantes para los profesionales a la hora de cambiar de una práctica tradicional a una práctica efectiva a considerar son:

- De la visión basada en el modelo centrado en el niño y en el déficit, hacia una intervención integradora ofrecida en el contexto natural del niño.
- De la intervención paralela, fragmentada y monodisciplinar (terapias aisladas) ofrecida por distintos profesionales, hacia un trabajo en equipo interdisciplinario y la colaboración y participación interservicios.
- De los modelos “asistenciales”, hacia un modelo de fortalecimiento y práctica familiar, que contempla a la familia como una unidad de intervención. (Education., 2005)

El principal objetivo de los programas de atención temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.(Legal, 2001)

Otros de los objetivos de la AT son:(GAT., 2000)

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como un sujeto activo de intervención.

Si hablamos desde un punto de vista más funcional, la AT pretende: (Isidoro, 2002)

1. Proporcionar a los padres y a toda la familia la información, el apoyo y el asesoramiento necesarios, con el fin de que puedan adaptarse a la nueva situación, y mantengan unas adecuadas relaciones afectivas con el niño.
2. Enriquecer el medio en que se va desenvolver el niño proporcionando estímulos adecuados en todos los aspectos para favorecer su desarrollo.
3. Fomentar la relación padres-hijo, evitando la aparición de estilos interactivos inadecuados.
4. Elevar al máximo los progresos del niño para lograr su independencia en las distintas áreas del desarrollo.
5. Emplear estrategias de intervención en un contexto natural y a través de las situaciones rutinarias del niño, evitando fórmulas demasiado artificiales.
6. Llevar a cabo una acción preventiva, ya que los programas de AT permiten, de alguna manera, frenar el deterioro progresivo de los niveles de desarrollo, evitando que los niños presenten alteraciones más graves en los distintos aspectos evolutivos. Esta faceta preventiva se extiende también a todo el ámbito familiar, instaurándose desde el principio comportamientos adecuados, más adaptados a la realidad.

Este modelo biopsicosocial de la atención temprana implica la necesidad de establecer programas coordinados desde los distintos ámbitos que actúan con el niño y su familia. Con relación a la familia, uno de los objetivos primordiales es poder revalorizar el saber de los padres y devolverles su protagonismo. Ayudarle al descubrimiento de sus capacidades, acompañándoles en las diferentes etapas evolutivas, durante estos primeros años tan importantes. Intentar conseguir o

restablecer un tipo de vínculo entre ellos y su hijo, a través del cual se pueda graduar y modular un diálogo estimulante que responda a las necesidades tanto externas como internas del niño.

En este sentido el Manual de Buena Práctica en Atención Temprana, (Madrid, 2000), contempla el enfoque tridimensional de la Atención Temprana, considerando objeto de intervención de ésta al niño, la familia y el entorno, menciona los objetivos planteados hacia cada uno:

- Niño: Facilitar la adquisición de habilidades adaptativas, potenciar la autoestima, la capacidad de autodirección, el máximo grado de autonomía personal y promover el reconocimiento de la individualidad.
- Familia: Facilitar la implicación de la familia en todo el proceso de intervención, promover la cooperación con los padres, alentar la participación activa y apoyar su bienestar.
- Entorno: Alcanzar el máximo grado de integración social, facilitando la adaptación de los entornos, desde lo familiar hasta el medio social en que se desenvuelve el niño; a la vez que proporcionarle las estrategias y recursos que le permitan una integración positiva y el acceso futuro a criterios de igualdad de oportunidades.

Si bien la Atención Temprana ha presentado transformaciones importantes en su concepción aún es evidente la necesidad de extender su transformación a nivel de servicios, buscando como profesionales llevar a cabo una práctica que implique a la familia, permitiendo una atención global, evitando la centralización hacia el niño o el enfoque de profesional como experto. En nuestro país los servicios de AT requieren cambios con relación a su estructura y plan de intervención, que permita la participación activa de las familias, sin limitarse a una práctica tradicional.

1. 2.- Participación en los programas de Atención Temprana. Enfoque de atención centrado en la familia.

El concepto de atención centrado en la familia surge a partir de la transición que se ha tenido sobre la concepción del cuidado y manejo del niño, así como el conocimiento de los beneficios que se tienen al fortalecer el ambiente del mismo, la interacción temprana y el establecimiento del vínculo con la madre y el padre. El núcleo de esta nueva filosofía se basa en un cambio de actitud, reconociendo a la familia como referencia permanente en la vida del niño. (C. J. Dunst, Johanson, Trivette, & Hamby, 1991). Ejemplo de esto son las unidades de cuidados intensivos neonatales, donde se ha fomentado que los miembros de la familia se impliquen en los cuidados y que participen en las decisiones respecto al niño, considerando el papel de los padres como sus cuidadores naturales y por tanto que deben formar parte del equipo de cuidadores si así se requiere.

Los primeros antecedentes del enfoque de atención centrado en la familia se remontan a la década de 1950 con Birt. También en la década de 1970 ya se hace mención sobre el informe de un cirujano general que hablaba sobre la atención centrada en la familia y cómo las familias deben participar en el cuidado y tratamiento de sus hijos con necesidades especiales de salud. (Carl J. Dunst, Trivette, & Hamby, 2007). Otro referente es la descripción de Bronfenbrenner en 1975, sobre el impacto de la participación de la familia en los resultados del desarrollo mental y educativo de los niños. (Espe-Sherwindt, 2008).

Sin embargo, el concepto no llegó a ser de gran importancia en la práctica con los niños con discapacidad y sus familias hasta finales de 1980, cuando la Asociación para el Cuidado de la Salud de los Niños (ACCH) publicó los elementos centrales de la práctica centrada en la familia en la atención de niños con necesidades especiales de salud. Estos elementos fundamentales fueron los siguientes: (Espe-Sherwindt, 2008)

- Reconoce que la familia es la constante en la vida del niño.
- Facilita la colaboración entre padres y profesionales en todos los niveles como son de ejecución, evaluación para la formulación de políticas, etc.
- Honra la diversidad racial, étnica, cultural y socio- económico de las familias.
- Reconoce las fortalezas de la familia, la individualidad y diferentes estilos de afrontamiento.
- Fomenta el apoyo de familia a familia y el trabajo en red, así como:
 - la creación de sistemas que incorporan las necesidades de desarrollo de los niños y sus familias;
 - la implementación de políticas integrales y programas que proporcionan apoyo emocional y económico para satisfacer las necesidades de las familias y
 - la creación de sistemas de servicio accesibles que sean flexibles, culturalmente competentes, y que respondan a las necesidades identificadas por la familia. (Espe-Sherwindt, 2008)

Con el planteamiento de estos elementos, el modelo centrado en la familia se introduce en los años 80 en los servicios de investigación de la infancia y la intervención temprana, permitiendo a las familias adquirir un sentido de control sobre sus vidas y fortalecer su actual apoyo interno y externo. (Able-Boone, 1990)

Rosenbaum 1998 hace referencia a la atención centrada en la familia como un conjunto de ideas acerca de la prestación de servicios a los niños y sus familias. Se trata de una estrategia de apoyo basada en las fortalezas de las familias que tienen un hijo con una discapacidad.

En el año 2001, The U.S. Council for Exceptional children: Division of Early Childhood publicó pautas recomendadas de las prácticas basadas en la familia,

proponiendo que las familias y profesionales deben compartir la responsabilidad y trabajar en colaboración en Programas de Intervención Temprana centrados en la familia. Promoviendo en la práctica la instauración de este esquema de intervención. (Hemmeter, Joseph, J., & Sandall, 2001). Este modelo centrado en la familia posee muchas definiciones; pero entre todas ellas, hay tres factores comunes: la elección familiar, las perspectivas de fuerza familiar y la familia como unidad de apoyo. (Trivette, Dunst, Allen, & Wall, 1993). En primer lugar, el modelo centrado en la familia respeta la elección de la familia, cambiando la relación de poder entre profesionales y familias. Se enfatiza animar a las familias a llevar la voz cantante a la hora de reivindicar sus prioridades y hacer que los profesionales respondan a esas prioridades. (C. J. Dunst et al., 1991). En segundo lugar, el modelo centrado en la familia abandona la orientación que se basa en una patología y adopta un rumbo de puntos fuertes. Este enfoque resulta evidente en idea, lo que precisa es la identificación de las prioridades de la familia, los recursos y las preocupaciones como parte del proceso de desarrollo de la familia y los niños. En tercer lugar, toda la familia es la unidad de apoyo, y no sólo el niño con discapacidad y su madre. Un resultado de este enfoque ha sido remarcar la realización de la investigación y dar más apoyo a los padres, hermanos y familiares. En las últimas décadas este modelo centrado en la familia se ha considerado como el prevaleciente en la intervención temprana y en los servicios de atención temprana para los niños discapacitados. Sin embargo, la investigación indica que, por contra, la filosofía centrada en la familia es más fuerte que su actual puesta en práctica. (C. J. Dunst et al., 1991). Por ejemplo, en nuestro país existen múltiples dificultades para realizar una práctica centrada en esta filosofía, ya sea por cuestiones institucionales, por falta de conocimiento, etc. Sea cual sea el origen de la falta de aplicación y renovación de servicios en atención temprana, se hace prioritario cada vez con mayor fuerza la toma de esta visión para favorecer lo que se convierte en nuestro objetivo primario, que es el desarrollo del niño a través de incidir en su entorno inmediato, la familia.

Se han utilizado múltiples nomenclaturas para hacer referencia a la atención centrada en la familia, como son las prácticas centradas en la familia, servicios centrados en la familia, y la ayuda o soporte centrado en la familia. Estos términos se han utilizado indistintamente para referirse a este enfoque para trabajar con las familias, el cual honra y respeta sus valores y opciones e incluye la prestación de apoyos necesarios para fortalecer el funcionamiento familiar. El enfoque se caracteriza por las prácticas que tratan a las familias con dignidad y respeto; por el uso compartido de la información para que las familias puedan tomar decisiones con conocimiento de causa; en la elección de la familia con respecto a su participación y prestación de servicios; y las relaciones del padre/profesional, sus colaboraciones y asociaciones. (Carl J. Dunst et al., 2002). Este enfoque en la familia y no sólo en el niño como unidad de intervención, se basó en el hecho de que las familias que no cuentan con los apoyos y recursos necesarios no pueden cuidar adecuadamente la salud de los niños. (Trivette & Dunst, 1990). La disposición de apoyos y recursos a las familias tiene como objetivo brindar a los padres el tiempo, energía, conocimientos y habilidades para proporcionar oportunidades de aprendizaje y el mejor desarrollo de los niños. (Bronfenbrenner, 1986). Los elementos fundamentales de la filosofía centrada en la familia incluye el tratamiento de los padres como expertos con respecto a su hijo y sus necesidades familiares y de responder a esas necesidades y expectativas percibidas para lograr sus resultados deseados.

Dunst, Johansson, Trivette, and Hamby (1991) han tratado las dimensiones sobre los modelos centrados en la familia en intervención temprana. Argumentando que el concepto del modelo centrado en la familia se refiere a una combinación de creencias y prácticas que definen un trabajo en conjunto con las familias.

Es evidente que a partir de que hubo conciencia sobre la importancia del vínculo o apego temprano, las investigaciones sobre el efecto potencial de los programas de intervención comenzaron a tomar en cuenta este factor promoviendo la participación de los padres cuando querían predecir resultados. Por ejemplo, la implicación en las Unidades de cuidados intensivos y sus estrategias de intervención están

relacionadas con esta conciencia; en la actualidad sabemos que entre más temprana sea la intervención y mayor el involucramiento de los cuidadores mejores resultados obtendremos. Con relación a la evaluación de la efectividad de la intervención temprana, diversas investigaciones se han orientado a mostrar que los programas de intervención más exitosos fueron aquellos donde participaron los padres. (Leer, 2001)

Además de estos rasgos fundamentales, se podría mencionar que una práctica centrada en la familia probablemente será eficaz si contempla los aspectos siguientes (Carl J. Dunst & Carol M. Trivette, 2009):

1. Es proactiva y positiva, transmite un verdadero sentido de comprensión a las familias.
2. Respeta los valores culturales, creencias y prioridades propias y únicas de cada familia.
3. Se ofrece como respuesta a una necesidad identificada.
4. Refuerza la autoestima de quienes reciben la ayuda, haciendo que la obtención de recursos y apoyos tenga un éxito inmediato.
5. Fomenta, en la medida de lo posible, el uso de apoyos y recursos informales.
6. Promueve la adquisición de conductas que disminuyan las necesidades de apoyos y evita así crear lazos de dependencia con los profesionales.
7. Implica a las familias en la obtención de los apoyos y recursos de modo que sus creencias de autoeficacia se vean reforzadas. (C. J. Dunst & C. M. Trivette, 2009)

Internacionalmente, en el ámbito de la atención temprana, la atención centrada en la familia es considerada una de las mejores prácticas. Sin embargo, muchos servicios aún parecen estar más en lugar de centrado en la familia, centrándose en el desarrollo de habilidades y comportamientos particulares del niño con participación de la familia limitando principalmente a las madres y referido a un tratamiento

centrado en el niño. (Fordham, 2012). Hoy el concepto de servicio centrado en la familia domina en muchos países occidentales. Los padres están invitados a participar en el cuidado del niño y tener la oportunidad de compartir sus opiniones y preferencias con los profesionales. Sin embargo hace falta aun se instaure esta práctica haciendo a un lado el antiguo paradigma y promoviendo la actuación de los padres dentro de los grupos de intervención temprana como partícipes dentro del proceso y no solamente como meros receptores de la información.

1.3.- Generalidades de la Participación.

El concepto de la participación se ha utilizado en diversos contextos, y hace referencia a una dinámica mediante la cual los individuos se involucran en forma consciente y voluntaria en todos los procesos que les afectan directa o indirectamente. En los diccionarios generales revisados, se define como “tomar parte”; “involucrarse en una actividad”. Para el Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana, participar y partícipe provienen de parte, del latín pars. Partícipe es “el que toma parte”. Partidario, entonces, será aquél que se posiciona y actúa frente o de acuerdo con una idea, evento o situación. En el Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2012), aparecen las siguientes definiciones de participar: “1. Dicho de una persona: Tomar parte en algo; 2. Recibir una parte de algo; 3. Compartir, tener las mismas opiniones, ideas, etc., que otra persona; 4. Tener parte en una sociedad o negocio o ser socio de ellos; 5. Dar parte, noticiar, comunicar.”

Dicha participación se puede presentar en diferentes escenarios, incluidos el familiar, el social, comunitario, civil, político entre otros. Por lo cual tiene varios significados de acuerdo al área de estudio en la que se aplique. Su importancia radica en el papel que cumple en los procesos de crecimiento, socialización y empoderamiento de las personas. (Cáceres-Manrique, 2009). Por ejemplo, desde la perspectiva de la participación de los padres en la educación de sus hijos se puede contemplar como un tipo de descentralización, donde se delega el poder de gestión a organismos

mucho más próximos a la realidad educativa. ("Participación de los padres y calidad de la educación. (Spanish)," 2004) Si bien el tema de la participación en el ámbito educativo puede ser visto como un tópico recurrente en el debate e investigación actuales sobre cuestiones educativas, no se debe olvidar que se trata del mecanismo legal, imprescindible y necesario, para que los padres y la escuela puedan aunar esfuerzos, ir al unísono en la educación y en formación integral del niño. Así, la participación supone el medio de canalización de la ayuda y de la colaboración entre el entorno familiar y escolar. (Rivas Borrell, 2007) Se parte de que los padres son los primeros responsables de la educación de sus hijos y que por ello su participación en los procesos y estructuras educativas está llamada a mejorar la calidad de la educación. (Pérez-Madrid, 2013)

En cuanto a la participación comunitaria se describe como un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales. (Villarroel, 2014)

En el área de salud los padres de niños prematuros son apoyados en el cuidado de sus hijos, se les alienta a participar en los cuidados de enfermería y a sostener y cargarlos tanto tiempo como deseen en el ciclo de 24 horas. Esta atención individualizada enfocada en el desarrollo del recién nacido prematuro impacta no sólo en la menor estancia hospitalaria y la reducción en la necesidad de cuidados intensivos sino también en mejores resultados en su neurodesarrollo a largo plazo. Ante estos hechos, es muy importante tomar conciencia y sensibilizar al personal médico y de enfermería de los cambios que se requieren realizar en las UCIN, dictar protocolos específicos enfocados en mejorar el ambiente en de las mismas y definitivamente incluir a los padres como parte del tratamiento permitiendo que se involucren en el cuidado del bebé, sólo de esta manera estaremos ofreciendo una atención médica integral y mejor calidad de vida a largo plazo. (Sánchez-Rodríguez,

Quintero-Villegas, Rodríguez-Camelo, Nieto-Sanjuanero, & Rodríguez-Balderrama, 2010)

En el campo de la rehabilitación se utiliza para hacer referencia a la participación social, en relación con la concepción del modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y se define como el acto de involucrarse en una situación vital como resultado final para las personas en condición de discapacidad.(Santamaría Pinzón et al., 2013)

En los programas de Atención Temprana la participación como ya se ha mencionado inicia con las referencias de la práctica centrada en la familia, es decir, desde la década de 1950, y a mediados de la década de 1970, por ejemplo con Bronfenbrenner, quien describe el impacto de la participación de la familia en los resultados del desarrollo mental y educativo de los niños. (Espe-Sherwindt, 2008).

Dentro de mi ámbito de interés y estudio, se hace referencia a la participación del cuidador primario en el Programa de Cuidado Integral en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo; como el grado de implicación que presenta el cuidador primario (CP) en relación con los principios básicos del programa de intervención a partir de diversas acciones, que involucran el despliegue de sus propias competencias en el manejo y cuidado del niño y la capacidad de ajustar su esquema previo con oportunidad de trasladarlo a su entorno para beneficio del niño y la familia. En este sentido la participación abre espacios de encuentro entre el programa, el niño y sus cuidadores, posibilitando el desarrollo del niño, la retroalimentación del programa y del coordinador, que se convierte en una herramienta favorecedora del desarrollo del niño a través de guiar al cuidador en su acercamiento, convivencia, estímulo, que le proporciona al niño.

La participación es valiosa en sí misma, está asociada con la acción, siempre expresa intereses, es sustantiva a procesos de democracia y articula capacidades racionales críticas respecto a ideas, valores, prácticas y formas de organización social. En un sentido estricto quiere decir tomar parte de algo, y se pueden reconocer

varios atributos comunes en las distintas disciplinas. En primer lugar, porque permite el ejercicio de derechos; asegura la expresión de intereses diversos; permite a las personas deliberar, proponer y hacerse cargo de asuntos públicos; enriquece y amplía las redes de interacción entre las personas, y contribuye con el desarrollo individual y social. En segundo término, la participación es acción. Se refiere siempre, y en todo caso, a un muy amplio conjunto de acciones, individuales o colectivas. Se distingue así entre aquellos eventos que nos ocurren y las cosas que hacemos deliberada e intencionalmente. Es decir, las acciones participativas tienen como punto de partida intereses, (valoraciones, creencias, motivaciones.) Cuando se participa, cuando se toma parte, es porque la persona, la o el agente social, se encuentra frente a diversas posiciones, creencias, opciones y, en particular, frente a diferentes alternativas para actuar. Al participar se consideran diferentes opciones, se delibera sobre alternativas diversas, se aprecia, y se elige, entre las opciones disponibles, aquello que conviene o es compatible con distintos intereses y valores, diversas situaciones y variadas formas y estilos de vida. Por ello la participación puede entenderse como una apertura a la crítica racional de prácticas, costumbres, ideas y valores y, por tanto, constituir un vigoroso impulso para la innovación y el cambio, individual y social.(Villarroel, 2014)

La participación se puede ejercer en diversos niveles. Desde el nivel más básico que es el de obtener información, fungiendo como receptor, posteriormente pasando por hacerse un juicio y emitir una opinión, hasta un nivel más alto que le permite al individuo intervenir en iniciativas que contribuyan a la solución de problemas. A medida que se participa en cada uno de los niveles, aumenta la posibilidad de identificar mejor los espacios, formas y mecanismos para participar en los niveles superiores.

1.4 Participación del Cuidador Primario en los Programas de Atención Temprana

Bricker (1991) señala que en los programas de atención se debe hacer participar a los padres o a otros miembros de la familia en todos los niveles de la intervención, desde decidir cuáles serán los objetivos hasta su posterior ejecución, basándose en esta premisa explica los fundamentos de los programas de participación familiar:

- La participación de la familia tiene que ver con el tiempo y el contacto, es decir, los padres pasan más tiempo con su hijo que cualquier otra persona.
- Que los padres participen en esa intervención, con el apoyo y guía de personal especializado pueden llegar a convertirse en un agente eficaz de cambio a largo plazo para sus hijos. Y en otro sentido se convierte en una solución a la falta de personal capacitado y al número de niños que necesitan de intervención.

En cuanto a los tipos de participación los hay activa, pasiva, etc., dependiendo de los objetivos y de los significados que se le dé a la participación y de los escenarios en donde se realice. En los programas de intervención temprana el tipo de participación que presenta el cuidador primario puede ser como receptor de la información, actuando de forma pasiva, y ejecutando sin tomar en cuenta su conocimiento y opinión propios respecto al niño, o puede establecer una dinámica más activa que le permite determinar su empoderamiento en relación con su hijo. En general, el grado de participación de los padres puede variar desde ser meros receptores de servicios hasta la plena involucración, definiendo y gestionando el programa, pasando por la participación subordinada. Por lo que es determinante definir qué tipo de participación se busca obtener del cuidador en el programa y de acuerdo a los preceptos del mismo. En el Programa de Cuidado integral (PCIN) del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (LSND) en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) se ha clasificado como buena, mala y regular el tipo de participación presente en el cuidador primario de acuerdo a la concepción del programa y a la aplicación que se

ha hecho del “Registro de Participación Materna”, el cual fue creado con el objetivo de identificar el nivel de implicación del cuidador dentro del grupo. Sin embargo de este se hablara en el siguiente capítulo.

La gran mayoría de recursos que se han utilizado para evaluar la participación de los padres en los programas de intervención, solo se han limitado a evaluarlo en relación a su asistencia, a su satisfacción en cuanto al programa, a los intereses de la familia y algunos han centrado más su atención en la madre o cuidador principal en relación a su interacción con el niño. (Leer, 2001). Sin embargo, el papel que se le ha otorgado a los padres y la familia en el contexto de otros programas, han dado origen a la propuesta de instrumentos que se han orientado principalmente a medir el nivel de confort, la participación y la autonomía de los padres en su relación con los profesionales en el contexto de los modelos centrados en la familia y en el reconocimiento de una relación más horizontal entre el profesional y la familia como usuario del servicio. (Carl J. Dunst et al., 2002).

La participación actualmente es vista como una práctica que debe estar presente en todos los procesos de intervención temprana, implica un largo proceso de aprendizaje, una lenta transformación cultural por parte del profesional y del familiar e incluso a nivel institucional. Se considera que para que la intervención alcance su máximo potencial es necesario que existan instrumentos que registren como es esta participación durante la intervención y que los resultados de estos instrumentos sirvan para caracterizar la participación de la familia y se deriven nuevas estrategias de manejo. (Dempsey & Keen, 2008). Observar resultados favorables en el programa de intervención es poco probable si la participación de la madre no es buena, porque aunque el profesional de la salud realice su mejor esfuerzo en el manejo de la intervención del niño, los avances no serán más que una propensión que no se convertirá en realidad si la madre o cuidador no apoya, mantiene, completa y amplía los esfuerzos del niño. Por lo tanto, es importante señalar que la conducta de la madre-niño es interdependiente y no puede entenderse una sin la otra. Desafortunadamente no todos los programas de intervención temprana en

donde participan los padres tienen como objetivo en común fomentar que los padres se conviertan en organizadores y facilitadores del desarrollo de su hijo y favorecer la interacción con el niño. Por lo cual dependientemente del modelo teórico que se adopte, las estrategias de intervención variarán según el tipo de programa. Y de acuerdo a los modelos de participación de la familia en los programas de intervención temprana descritos por Cunningham y Davis (1988) que se identifican como; modelo experto, modelo de trasplante y modelo usuario, será la forma de relacionarse entre padres y profesionales. Por lo tanto, los espacios y momentos de participación de los padres y madres dentro de un grupo de intervención se concretan en el nivel de oportunidades facilitadas por el coordinador y la promoción que genere dentro de la sesión para la implicación de los mismos. A la par de la capacidad del cuidador para responder ante estas oportunidades y permitir el despliegue de sus competencias en el manejo y cuidado del niño.

También es importante al hablar de participación considerar las posibles limitantes que se pueden presentar, identificadas como barreras, que pueden impedir la satisfacción del programa y sus resultados. Por mencionar algunas, dentro de este proceso de afrontamiento que se desencadena en el cuidador primario podemos encontrar: apatía (ante el programa, falta de convicción, etc.), la presencia de duelo (no resuelto), escepticismo (en relación con la apatía), etc. Estos son factores que influyen en el actuar del cuidador primario ante los que debemos, como profesionales, poner atención, brindando soporte que le permita favorecer su implicación con el programa.

La participación del cuidador primario en los programas de intervención temprana representa en la actualidad, un elemento clave en el desarrollo del niño y la familia. Con relación a la evaluación de la efectividad de la intervención temprana, diversas investigaciones se han orientado a mostrar que los programas más exitosos fueron aquellos donde participaron los padres. (Carl J. Dunst et al., 2002). Otros estudios han enfatizado la importancia de evaluar el éxito de los programas considerando

como indicadores el registro del manejo y nivel de estimulación de las madres con sus hijos. (Lieberman, 1982)

Este conocimiento de que los programas no son eficaces si actúan sólo sobre el niño han provocado visiones diferentes y refuerzan la importancia de la participación de los padres en los programas de intervención que pretenden prevenir alteraciones en el desarrollo.(Gomez Espinosa, Meza García, & Rosas Maldonado, 1998) Evaluar la participación del cuidador no solo contribuye a reorientar las estrategias del programa para potenciar las posibilidades de la madre y de la familia, sino al conocimiento del efecto diferencial que las características de esa participación en términos de tipo y calidad, tiene sobre el desarrollo del niño. (Velazquéz Félix, 2012). Por ejemplo, la participación posibilita la interacción madre-hijo y el establecimiento del vínculo afectivo. El vínculo se da por esta interacción que inicia en etapas tempranas de la vida en condiciones esperadas como optimas en la crianza del niño. Cuando se desencadenan factores que involucran la separación y demora de este vínculo se hace aún más de suma importancia la participación de la madre, favoreciendo la cercanía entre ellos. Como es el caso en un proceso de hospitalización, la madre es entrenada para el alta del hijo, la madre ayuda a enfermería en los cuidados del hijo hospitalizado y la presencia de la madre o ambos padres modifica el ambiente de la unidad neonatal. La presencia de madre/padre favorece la estabilidad clínica del prematuro y su proceso de crecimiento y desarrollo. (Forcada Margarita G., 2007) . De tal forma, que los padres y madres, como figuras de referencia de la familia, adquieren un papel primordial en el desarrollo de sus hijos, y de forma especial, de los más pequeños. Parece evidente que, cualquiera sea el grado en que la participación de los padres tenga lugar, incidirá de forma beneficiosa sobre los propios padres, sus hijos y sobre la efectividad de cualquier programa de desarrollo infantil temprano. (Leer, 2001)

Por otro lado, la participación de los padres puede ser entendida de muy distinta manera según el contexto en que se desenvuelve algún programa, su naturaleza o la propia concepción que se tenga del mismo. (Leer, 2001). La necesidad de conocer el impacto sobre las acciones o intervenciones que se realizan en un programa de

desarrollo infantil temprano, con participación de padres, conlleva establecer mecanismos sistemáticos de evaluación, ya sea con el fin de saber cómo se está trabajando o como instrumento para la toma de decisiones. (Forcada Margarita G., 2007). Por lo cual establecer y especificar cuál es la concepción del programa de intervención temprana y el objetivo principal del instrumento serán claves para definir el tipo de participación que se pretende obtener del cuidador primario permitiendo así formular las estrategias necesarias para incidir en el desarrollo y cuidado del niño.

La calidad en Atención Temprana debe contar con un elemento indispensable, que es la participación de las madres y de los padres en los procesos de intervención; como agentes de la misma y como receptores de ésta. Es imprescindible que los profesionales sepan cómo participar y trabajar con los padres y/o con el resto de la familia y respetar sus necesidades y prioridades, las cuales pueden diferir de las de los profesionales. Existen componentes participativos que incluyen prácticas que se adaptan de forma individual, flexible y sensible a las preocupaciones y prioridades de cada familia y ofrecen a las familias la oportunidad de participar activamente en las decisiones y elecciones, colaborar con profesionales y tomar acciones dirigidas a metas y resultados deseados. (Trivette & Dunst, 1995), (Carl J. Dunst et al., 2002)

Evaluar y registrar la participación del cuidador durante las sesiones de intervención temprana, permite al cuidador primario darse cuenta de la utilidad de sus acciones con relación a los logros del niño, permite al profesional evaluar el efecto de las estrategias y actividades del programa con relación a los cambios que se observan en el nivel de competencia y habilidad del cuidador, con el fin de adecuarlas según necesidades, es un indicador de la efectividad del programa de intervención, que considera no solo indicadores relativos al desarrollo del niño sino a los procesos de interacción.

Se ha hablado de la importancia de la participación del cuidador primario en los programas de atención temprana. Sin embargo se considera importante considerar que la participación es un factor que debe estar presente en cada uno de los

elementos que conforman un programa de intervención como son el niño, el cuidador y el coordinador de la sesión. Ya que cada uno de estos influye en las respuestas y acciones de los demás.

1.5 Componentes de la participación del cuidador primario en los programas de Intervención Temprana.

El concepto de participación ha sido utilizado en diferentes contextos haciendo referencia al grado de implicación, involucramiento o intervención que un sujeto tiene en determinado proceso o actividad dentro de un sistema. En el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo en el INP, se ha hecho referencia a la participación materna (PM), donde la integración de la madre, ha tomado gran importancia para el desarrollo del programa de Cuidado Integral (PCIN) y la evolución favorable del niño. De tal manera, que se ha definido la PM como la capacidad que tiene la madre para involucrarse en las necesidades, peticiones, demandas e intercambios tanto con su hijo como con el profesional que funge como coordinador de la sesión e incluso con otros padres del programa.

Cuando se habla de participación materna, se han identificado ciertos componentes (por ejemplo en el Registro de Participación materna) que se deben considerar estén presentes en el cuidador primario (CP) que permitan medir el grado de implicación dentro de los programas con el objetivo de generar estrategias en caso de ser necesario, al detectar una baja, insuficiente o pobre participación del cuidador.

Uno de esos atributos es la motivación, concepto que se ha descrito por la psicología de diferentes formas y por diferentes autores. En el transcurso de la historia se ha hablado de la motivación como un recurso para explicar la conducta (Bolles, 1966) o como una forma de designar las causas o el porqué del comportamiento, haciendo referencia a que existen fuerzas inconscientes que lo dirigen y guían para servir a algún fin.(Cofer & Appley, 1964)

La motivación ayuda a explicar el comportamiento que observamos, por ello el tema ocupa un lugar importante en la psicología. (Johnmarshall Reeve, 1997)

El término de *Motivación* se ha considerado como un componente que permite medir el grado de participación del cuidador primario en el LSND, fungiendo como una de las características de la conducta del cuidador, fundamental para determinar el grado de implicación que muestra en el programa a partir de este comportamiento, que está dirigido hacia *el niño, al coordinador del grupo e incluso a la actividad misma*.

Es importante destacar que la motivación no explica solamente las situaciones positivas, también debe incluir aquellos que provocan aversión por naturaleza: dolor, hambre, angustia, miedo, ansiedad, etc. y que forman parte de la gama de comportamientos que debemos explicar en el ser humano. (Johnmarshall Reeve, 1997). Tal es el caso de muchos de los padres que acuden al servicio, donde posterior a un diagnóstico o incluso previo a este, pero si con antecedentes o probabilidades altas de alteración en el desarrollo de sus niños, llegan con muchos de estos sentimientos indeseables, siendo no la mejor forma de iniciar su actuar dentro del programa sin duda, pero tal vez, su principal motor para permanecer inmerso en el mismo.

La motivación ha recibido según los distintos enfoques, diferentes nombres: instintos, pulsiones, refuerzos, necesidades, emociones, intereses, etc. Conceptos tan dispares hacen notar que los motivos son muchos y variados, por lo que no es difícil concebir que la motivación deba definirse como un proceso multideterminado. (Hernández & Prieto, 2002) Tomando como referencia estas teorías que hacen referencia a fuerzas internas que te llevan actuar, podemos pensar en ese factor interno en el cuidador que lo lleva a querer el bienestar de su hijo y buscar la ayuda que el por sí mismo no puede proporcionarle en esta determinada situación. De tal forma que podemos poner atención a Gutiérrez, Sandoval, Pereira y Caycedo (1994), que definen la motivación como un constructo hipotético que se ocupa de encontrar los determinantes de la elección o cambio conductual. Siendo estos tres

determinantes: 1) biológicos, donde se incluyen las condiciones orgánicas que limitan las posibilidades de actuar y percibir los estímulos del ambiente; 2) la experiencia, en donde las elecciones realizadas por un sujeto están influidas por lo hecho en el pasado y las consecuencias que recibió; y 3) el medio ambiente, dentro de éste los autores anotan, que las teorías del refuerzo han rescatado el papel de las consecuencias que se suministran a un organismo después de su ejecución como un factor importante en el fortalecimiento y mantenimiento del comportamiento.

Para los fines de este trabajo que tiene como objetivo resaltar la motivación como un elemento útil y susceptible de medición que permita identificar el grado de PCP en un programa de Intervención Temprana (IT) se toma la siguiente definición que afirma que *la motivación tiene que ser considerada como un proceso, en el cual se incluye la propia conducta motivada, pero, además, engloba otras variables de relevancia, como las cognitivas, en forma de análisis, valoración y atribución de causas, y como las afectivas, referidas al estado afectivo actual del sujeto*. Es decir, es influenciado por factores externos e internos que activan al organismo y dirigen su conducta hacia la consecución de objetivos o metas gratificantes. (Martínez-Sánchez, Fernández Abascal, & Palmero, 2002)

Los padres y madres de los niños que asisten a un programa de intervención temprana presentarán una conducta motivada, la cual puede ser como ya se mencionó previamente, por agentes positivos, (la meta de alcanzar el óptimo desarrollo de su hijo) o negativos (la angustia, miedo, desesperación, etc.). Esta conducta será un proceso adaptativo que se presentará de acuerdo a su nueva situación, (tener un nuevo integrante de la familia, tener un niño con probabilidades de riesgo en el desarrollo, etc.) y su acción se espera vaya dirigida a esta oportunidad de intervención con miras a una evolución favorable del desarrollo de su hijo. Como menciona la definición se espera estén presentes variables cognitivas-análisis, valoración y atribución de causas y afectivas, nombradas como: interés, propósito, y actitud respectivamente.

El *interés*, como elemento de la motivación es el componente cognitivo-análisis que le permite al cuidador comprender la importancia de su asistencia e implicación dentro de un programa de atención temprana y seguimiento cercano y continuo para su hijo en riesgo de alteración del desarrollo, siendo necesario que dirija su *atención* hacia el programa y los preceptos del mismo.

El *propósito*, estrechamente ligado a la voluntad la cual se define como un mecanismo mental que permite hacer cambios comportamentales (Beck, 2003), es un determinante de la conducta que le permita a los padres a partir del análisis de la información, ejercer su conducta de forma intencionada con libertad de elección, con dirección hacia conseguir una meta planteada, ya que al tener identificado el propósito a corto, mediano y largo plazo que se espera obtener al llevar a un hijo a un programa de atención temprana se necesita de esta *capacidad de actuar con conocimiento de causa* a través de la voluntad.

Y el componente *afectivo*, determinado por la *actitud* presente en el cuidador, una vez que con la información recibida, actúa en relación con su hijo, el coordinador y la actividad para conseguir la meta planteada. La actitud es una manifestación del componente afectivo y se puede observar en la forma en que es capaz de expresar este componente a través del lenguaje corporal y oral.

McClellan en 1955 propuso los siguientes criterios para medir las variables motivacionales: a) Ser lo suficientemente perceptible para que pueda distinguirse con claridad su presencia o ausencia, así como su variación cuantitativa para mostrar su fuerza (selectividad), b) Representar las variaciones sólo en un motivo y no en otros. c) Manifestarse de la misma manera en un individuo o en un grupo de individuos en idénticas o casi idénticas condiciones (confiabilidad) y d) Correlacionarse con otras para explicar una parte del comportamiento humano (para verificar su validez). (Hernández & Prieto, 2002).

Mankeliunas (1996) distingue dos grandes momentos: antes y después de la obra de Darwin (etapa pre científica y científica), durante la etapa pre científica, la Motivación se reducía a la actividad voluntaria, mientras que, en la etapa científica, hablar de motivación implica referirse a instintos, tendencia e impulsos, que proporcionan la energía necesaria para actuar.

Las así llamadas primeras y grandes teorías de la motivación: "voluntad", "instinto" y "pulsión" no llegaron a ser efectivas para explicar el concepto, tal vez porque lo abordaron de manera muy restringida o basadas en el limitado desarrollo teórico que se tenía hasta ese momento. El hecho de que grandes teorías no hayan podido explicar la motivación, condujo a la búsqueda de explicaciones que limitan su atención a fenómenos motivacionales específicos, a investigar fenómenos de comportamiento particular, indagar el significado motivacional de un conjunto particular de circunstancias, plantearse preguntas teóricas o resolver los problemas motivacionales o tendencias de un grupo particular de personas.

Según Mayor y Tortosa (1990), la investigación actual en motivación abarca cinco grandes campos, cada uno de los cuales estudia distintos determinantes causales de la conducta. El énfasis se ha colocado en a) la motivación fisiológica (biológico), explora como los sistemas nervioso y endocrino inciden en los motivos y las emociones. Explica como el cuerpo se prepara para la acción, como produce sensaciones de dolor y placer y como regula los sistemas internos para preservar la salud y la supervivencia. b) emociones, vistos como tipos especiales de motivos, en donde se evalúan los aspectos cognitivos y fisiológicos, lo funcional y lo expresivo. c) diferencias individuales (personalidad) en donde se señala la importancia de las diferencias individuales. d) motivación cognitiva, los aspectos determinantes de la emoción y la motivación son los pensamientos y los procesos mentales, se postulan conceptos como plan, meta, expectativa y atribución. y por último e) motivación extrínseca e intrínseca, en la que se establece la relación entre los procesos de reforzamiento externo y la motivación intrínseca y como ésta puede afectarse según

se perciba que el control lo posee el propio sujeto (intrínseco) o lo tengan los elementos del ambiente (extrínseco). (Wiersma, 1992)

Podríamos entonces preguntarnos: ¿Cuál es la conducta del cuidador primario en un programa de atención temprana?, ¿cómo se presenta esta conducta?

Estos determinantes que plantean los autores, podemos traspolarlos como elementos presentes en el cuidador primario en un grupo de AT, por mencionar las emociones, como uno de los ejes de acción para el comportamiento generado entre el niño y la madre y/o padre (diada-triada) a nivel cognitivo, funcional y expresivo. Otros componentes de gran interés es la diversidad de personalidades presentes en los cuidadores primarios, la edad, el nivel económico, por mencionar algunos. También la motivación guiada por el componente cognitivo, que el cuidador genera en relación a la información obtenida y las expectativas con su hijo dentro de un programa. Y como se menciona la fuerza interna y externa que tenga el mismo en relación a su posición dentro de este nuevo contexto que se le plantea.

La utilidad de estudiar motivación consiste en ofrecer conocimientos teóricos y las herramientas prácticas necesarias para comprender y realizar cualquier actividad que se considere importante (Johnmarshall Reeve, 1997). La motivación entre otros factores, puede contribuir a que el sujeto realice de forma adecuada las actividades, posibilitando un resultado satisfactorio. (Hernández & Prieto, 2002)

En cuanto área de estudio, la teoría de la motivación ha participado en los surgimientos y caída de al menos tres grandes metodologías de pensamiento: voluntad, instinto y pulsión. Cada uno de estos conceptos motivacionales ganó en su momento una amplia aceptación, pero conforme surgieron nuevos datos y nuevas teorías, los conceptos fueron demasiado limitados para integrar los progresos. (J. Reeve, 2003)

Existen según Reeve dos formas contemporáneas de estudio de la motivación, la primera, argumenta que cuatro constructos definen la materia de estudio de la motivación: necesidades, emociones, cognición y eventos externos.

La comprensión de nuestro comportamiento nos ha llevado a plantear diversos factores como explicativos de él y a considerar que la conducta está determinada y debe ser explicada con una base motivacional y por ello el concepto es hoy día nuevamente importante en la psicología y debe convocar a quienes desde diferentes perspectivas abordan el problema del comportamiento a integrar los conocimientos específicos y los resultados de las investigaciones en una gran teoría motivacional

Por tanto podemos concluir una vez hablado sobre la motivación como un eje rector de nuestro comportamiento, la cual va englobar diversos aspectos llamados “componentes de la motivación”, que es una conducta deseable de observación dentro de un programa de AT que permite el análisis de esta en el CP, a partir de sus niveles de acción, ya sea cognitivo, afectivo, de valoración y atribución de causas, con el objetivo de generar datos que nos permitan conocer la implicación que se está presentado con el CP y el niño, las conductas que está desplegando a partir de sus motivaciones internas o externas, ya que a partir de estos resultados e intercambios que se den, se reflejaran en la evolución del desarrollo del niño.

Otro de los conceptos que interesa abarcar en este trabajo, es el de *Interacción*, como un componente que se debe considerar esté presente en el cuidador primario (CP) que permite medir el grado de implicación que presenta en el programa con el objetivo de generar estrategias en caso de ser necesario, al detectar una baja, insuficiente o pobre participación del cuidador.

Esta va a surgir a partir del comportamiento o conducta motivacional que presente el CP con el niño. Y hace referencia a este intercambio, vínculo principal que se genera entre cada integrante de la diada-triada, que se puede dar de diferentes formas entre

los implicados. Podemos decir que la motivación es la fuerza que me impulsa a la acción, y la interacción es él como esas acciones me permiten relacionarme con el niño.

Es de nuestro conocimiento que diversos autores como son Freud (1981), Spitz (1969), Anna Freud (1984), Winnicott (1975), Bowlby (1972) han investigado sobre la importancia de la relación madre-hijo en el desarrollo psíquico del niño. Se ha comprobado que la calidad del cuidado materno y paterno que recibe un niño en sus primeros años de vida es de suma importancia para su futura salud mental (Bowlby, 1953). Este autor afirma que el niño y la madre deberían experimentar una relación afectuosa, íntima y continua, en la que ambos encuentren satisfacción y gozo. A la carencia de esta relación la llamó privación materna, esta privación puede ocurrir aunque el niño viva con su madre, si éste no le da cariño y cuidados necesarios.

Al considerar esta relación que se genera entre el niño-madre-padre (triada) y la importancia de esta interacción para generar un óptimo desarrollo psíquico en el niño, es necesario para nuestro objetivo abarcar este vínculo a través de una gran dimensión que consiste en una serie de acciones que generan ese contacto como es la *comunicación* con sus respectivas vertientes en las que se despliega, a nivel *verbal y física*.

Cuando la madre le habla, le canta, le llama por su nombre, lo arrulla, imita sus sonidos, le contesta, (verbal) y al momento de tocarlo, acariciarlo, brindarle una caricia o una contención segura se comunica, le comunica su sentir.

Es importante recordar como Freud establece que la primera relación objetal se presenta cuando el niño mama del pecho de la madre. El seno materno será el primer objeto del instinto sexual: el bebé al ser alimentado no sólo satisface su necesidad de alimento sino que también obtiene las primeras experiencias de placer en la boca. Freud afirmó que la succión del niño del pecho de la madre, será el modelo de toda relación erótica posterior. La madre al alimentar, acariciar y besar a su hijo, esta “enseñando a amar” (Freud, 1905).

Winnicott (1965) señala que el niño pequeño y el cuidado materno forman una unidad y son inseparables. Enfatiza también la importancia del cuidado materno (el ocasionado por madre y padre) sin el cual el bebé no puede crecer y convertirse en un adulto sano. Un bebé no puede existir sólo, sino que siempre forma parte de una relación (Winnicott, 1986). Y esa primera relación en la que están involucrados padre-madre-niño tendrá como necesidad el aspecto de la comunicación en sus diferentes expresiones para llegar a generar esa conexión o vínculo esta misma fomenta.

Autores como Spitz (1965) también hablaron sobre esta relación madre-hijo afirmando que esta, es distinta de cualquier otra en el mundo, porque en un primer momento la madre y el bebé estuvieron unidos en un mismo cuerpo. Después, debe renunciar al sentimiento de que el niño y ella son la misma cosa. El engendrar al bebé, los dolores del parto y la crianza del niño, le provocan sacrificios y alegrías; todos estos factores podrían ser negativos o positivos para el niño de acuerdo a la personalidad de la madre. La presencia de la madre actúa como estímulo para las respuestas del infante, cuando éstas le agradan a la madre, ella las favorece y así influyen en el desarrollo del niño y en la estructuración de su yo. Son las actitudes inconscientes de la madre, más bien que las conscientes, las que restringen o dan libertad al niño para actuar. De acuerdo a Spitz (1965), la influencia que ejerce la madre sobre el desarrollo de la personalidad del niño se le llama proceso de amoldamiento, el cual consiste en una serie de intercambios entre los dos participantes, a esta pareja se le llamó diada. La relación entre la diada es muy especial, ya que en ella existe cierto aislamiento del medio circundante, que se mantiene por lazos afectivos muy poderosos y agrega que la relación madre hijo puede ser calificada como un “egoísmo de dos”.

Para Sperling (1993) la relación madre-hijo es tan estrecha, que existe una comunicación a nivel preverbal, los niños observan los cambios de tono de voz, la expresión facial, etc.

La autora indica que los primeros indicios de algún trastorno en el vínculo madre-hijo, pueden ser los trastornos en el sueño, la alimentación, la excreción o la respiración.

En un programa de AT se busca que la madre-padre generen ese vínculo que permita influir de forma positiva en el niño, ya que este vínculo se reduce en un inicio a la madre (durante el momento de la alimentación por SM), y posteriormente al padre o cuidador primario de acuerdo a las variantes o formas con las que se presente tendrá un impacto positivo o negativo en el desarrollo del infante. Tomando como referencia este dato, se busca a partir de conocer el tipo de interacción, se generen estrategias susceptibles de ser desplegadas en el ambiente familiar, promoviendo de esta forma la implicación a partir de los cambios que el CP observe en el niño al llevar a cabo las actividades sugeridas.

Winnicott clasifica el cuidado materno en tres fases que se superponen en parte y que nos ayudan a comprender mejor el aspecto de la comunicación como una segunda categoría para medir la participación dentro de un programa de intervención temprana, ya que hace referencia a ese contacto físico a partir del cuidado, haciendo énfasis que nosotros busquemos extender ese contacto no solo a actividades de cuidado y segundo a la convivencia, teniendo como premisa que al niño se le hablara en cualquier momento de su desarrollo, favoreciendo su lenguaje y no solamente hasta que consideremos es capaz de entender o responder ante lo que se le comparte, dicho esto, atendemos a estas fases que son: 1) sostenimiento, 2) convivencia y 3) convivencia del padre, madre e hijo. El sostenimiento comprende en especial, aunque no exclusivamente, el sostener físicamente a la criatura, ya que de esta forma demuestra su amor al bebé; incluyendo además satisfacción de las necesidades fisiológicas y toda la rutina de cuidado a lo largo del día y la noche. Las madres se identifican emocionalmente con su hijo y por ello son sensibles a sus necesidades, pudiendo satisfacerlas apropiadamente.

La fase de convivencia del bebé y la madre representa para el niño la capacidad para establecer las relaciones del objeto. En esta fase la función del padre (ocuparse del medio ambiente en beneficio de la madre) es desconocida por la criatura.

En la fase de convivencia padre, madre e hijo se inicia una relación más cercana entre el padre y el niño. El padre enriquece el mundo del niño, al contarle lo que hace en el trabajo, jugando con él, así se va formando el ideal del yo del niño en lo que se ve o cree ver en el padre

El cuidado materno adecuado es vital para el sano desarrollo del niño. Al respecto Davenport et al. (1984) mencionan los factores que influyen en el desarrollo normal y saludable del niño: una relación estable con la madre, caracterizada por una continuidad en el cuidado, ternura, disponibilidad y tolerancia para ayudar al pequeño a enfrentarse a la frustración, ansiedad, tristeza y enojo.

La función que cumple la madre en la vida de su hijo es esencial, sobre todo en los primeros años de vida. Esta relación es muy cercana, por ello es sensible a cualquier cambio en el medio ambiente familiar o a las alteraciones de personalidad de la madre, todo esto se refleja en el desarrollo del niño. Una madre que está satisfecha con su rol materno, puede establecer una buena relación con su hijo y con ello coadyuvar a su buen desarrollo.

La corriente de sus actos proporciona al lactante su experiencia inicial con lo básico acerca de la comunicación y la interrelación humanas.

Es así como podemos ver a partir del punto de vista de los autores anteriormente expuestos como la interacción que se genera entre madre-padre-hijo a partir de la relación tan estrecha de la triada, con una comunicación ya sea verbal, o física será un factor determinante para el desarrollo del niño, y como se de este intercambio de información repercutirá de forma positiva o negativa en el mismo.

El vínculo consiste en la capacidad del CP para reconocer la existencia de necesidades primarias de su bebé y que ocurre en el proceso de interacción CP-

niño. El vínculo cumple una doble función: una función de protección, que es la seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño, y una función de socialización positiva que le permite al niño tener la certeza de reemprender el contacto con su madre si lo desea y en el momento que lo desee, y llegar a ser capaz de explorar su entorno.

El último concepto a considerar es el de *Habilidad*, esta dirige su visión básicamente al aspecto que involucra el dominar una función y la capacidad de operar con él, de ser capaz de integrar conocimiento nuevo, organizándolo a partir del procesamiento intelectual. En la base de toda habilidad hay cognición, esta se expresa en habilidades, que se relacionan con la realización de acciones o tareas determinadas. La PCP en un programa de Intervención Temprana, lo que interesa es determinar el nivel de habilidad con el que se desenvuelve el CP y el tipo de habilidades que maneja dentro del grupo, ya que es nuestro referente sobre su actuar cotidiano que despliega en su ambiente. Permittiéndonos de esta forma, identificar el o las áreas en las que está presentando cierta dificultad para expresar su habilidad y así implementar las estrategias más adecuadas según el caso.

La diversidad de los puntos de vista sobre la naturaleza de las habilidades está dada por la multiplicidad de acepciones de los términos habilidades, hábitos y capacidades y por la diversidad de los tipos de actividad.

El uso explícito del término habilidades significa que la conducta interpersonal consiste en un conjunto de capacidades de actuación aprendidas (Bellack y Morrison, 1982). Mientras que los modelos de personalidad presuponen una capacidad más o menos inherente para actuar de forma eficaz, el modelo conductual enfatiza: 1) que la capacidad de respuesta tiene que adquirirse, y 2. Que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas. Además, la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales, variables de la persona y la interacción entre ambos. Por

consiguiendo una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (contexto ambiental).

La concepción que adopto es el criterio que considera a la habilidad como el "conocimiento en acción". Nuestra atención está dirigida a como el conocimiento previo, el bagaje individual que tiene consigo cada cuidador es desplegado dentro del grupo para con su niño y las respuestas que desencadena en él, y de qué forma es capaz de implementar ese conocimiento que está adquiriendo conforme se le sugieren estrategias de manejo en el programa planteando los objetivos que se persiguen para el óptimo desarrollo del niño.

Independientemente de toda la problemática y de la diversidad de términos y definiciones que sobre la habilidad se han dado, todos los autores marxistas dedicados de una forma u otra al estudio de las habilidades coinciden en la definición de éstas, soslayando el énfasis que hacen sobre uno u otro aspecto de la definición. Así vemos cómo se considera a las habilidades como un sistema de acciones (E.P. Ilin, V.N., Diachenko, LA. Kandibovich) que posibilita la realización de una actividad determinada sobre la base de hábitos y conocimientos adquiridos (A. Glotchkina).

A.N. Leontev en su libro "Actividad, conciencia, personalidad", comenta que las acciones mediante las cuales se realiza la actividad constituyen sus componentes fundamentales, entonces, la habilidad, por responder a una actividad, está constituida por un sistema de acciones que permiten ejecutarla. De esta forma, la acción, como vemos, está compuesta por un conjunto de operaciones, de modo que la habilidad que se realiza a través de un sistema determinado de acciones, precisa de las operaciones correspondientes para la ejecución de la actividad final.

Según este A.V. Petrovsky, la habilidad es el "dominio de un complejo sistema de acciones psíquicas y prácticas necesarias para una regulación racional de la actividad, con ayuda de los conocimientos y hábitos que la persona posee".

El concepto de habilidad, ha tenido una larga y diversa historia según las corrientes de pensamiento que han abordado su estudio (conductismo, cognitivismo, entre otros) aunque de una forma u otra, la mayoría ha coincidido en que las habilidades consisten en un conjunto de acciones que, fijadas en el proceso de aprendizaje, se responsabilizan con la eficiencia de la ejecución humana. Las habilidades han sido tratadas fundamentalmente como procesos cognoscitivos. En el mejor de los casos y a fin de no limitar su conceptualización, han sido clasificadas como habilidades cognoscitivas y habilidades sociales, lo que a juicio de los psicólogos ha dado una visión "más completa y acabada" de las mismas porque suponen que con la consideración de las habilidades sociales, están incluyendo de manera adecuada la esfera afectiva del comportamiento humano.

Se expresan las dos principales tendencias en la evolución de este concepto: los que definen la habilidad como un hábito culminado y los que la definen como una acción creadora en constante perfeccionamiento. En un programa de IT nos regimos por la segunda concepción, en la cual el CP a partir de la práctica, entendimiento, perfeccionamiento, constante será capaz de desarrollar habilidades nuevas o mejorarlas con la finalidad de promover un manejo lo más adecuado posible con su niño y con el mismo en relación a su niño.

Derivado de esta tendencia una de las definiciones más difundida señala que las habilidades constituyen el dominio de acciones (psíquicas y prácticas) que permiten una regulación racional de la actividad, con ayuda de los conocimientos y hábitos que el sujeto posee.

Las habilidades se forman con la sistematización de las acciones subordinadas a un fin consciente y se desarrollan sobre la base de la experiencia del sujeto, de sus conocimientos y de los hábitos que posee; pero los conocimientos se manifiestan o expresan concretamente en las habilidades, en la posibilidad de operar con ellos, de ahí que se les denomine como instrumentación consciente en la manifestación ejecutora de la actuación de la persona en un contexto dado.

En general, muchos de los autores citados asumen que la habilidad es resultado de la asimilación de conocimientos y hábitos por lo que prestan la mayor atención a su estructura funcional y se ocupan menos de cómo actúa el sujeto con esos conocimientos y hábitos en los diferentes niveles de sistematicidad del contenido. Especialmente importante es el hecho de que la actuación del sujeto se motiva por un fin consciente que consideramos ha de estar relacionado con el contexto que brinda el problema que se propone resolver. La estructura de una habilidad dada incluye siempre determinados conocimientos, tanto específicos como generales, así como un sistema operacional que permite aplicar correctamente dichos conocimientos.

El conocimiento constituye una premisa para el desarrollo de la habilidad. El conocimiento es efectivo, existe realmente, en tanto es susceptible de ser aplicado, de ser utilizado en la solución de tareas determinadas. Y en la medida que esto ocurre así es un saber hacer, es ya habilidad. La verdadera formación de los conocimientos conlleva necesariamente a un proceso de formación de habilidades.

Dominar un contenido significa la posibilidad de operar con él, de utilizarlo, de incorporarlo a los procedimientos de su actividad intelectual como un "instrumento" más de la misma. Por lo tanto, así como en la base de toda habilidad se encuentran determinados conocimientos, éstos, a su vez, se expresan concretamente en las habilidades, que están siempre relacionadas con la realización de tareas determinadas, es decir con la actividad del sujeto.

La asimilación de las actividades puede ocurrir en cualquiera de los planos en que transcurre la actividad: en el plano externo, práctico y en el plano interno, psíquico.

Las habilidades se van perfeccionando en dos direcciones en el propio proceso de aprendizaje, construyendo habilidades de mayor nivel de sistematicidad. Estas direcciones son:

1. A través del proceso consciente de la habilidad que permite cumplir acciones teóricas y prácticas de mayor complejidad lo cual se produce en el enfrentamiento de tareas más complejas con problemas de mayor riqueza, lo que permite el perfeccionamiento de las habilidades de manera consciente.
2. A partir de las habilidades en un proceso de ejercitación, donde se enfrentan problemas de igual grado de complejidad, de manera que se automaticen las habilidades, siendo el sujeto cada vez menos consciente de sus acciones, formando una habilidad automatizada o hábito.

CAPÍTULO 2. Evaluación de la Participación del cuidador en los programas de Atención Temprana

2.1.- Antecedentes del Programa de Cuidado Integral del Laboratorio de Seguimiento de Neurodesarrollo en el Instituto Nacional de Pediatría

El Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (LSND) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) está conformado por el Programa de Cuidado Integral del Niño (PCIN) (Sánchez y Cols., 2004). Desde la perspectiva de este programa, la intervención temprana se define como el conjunto de acciones de salud encaminadas a limitar los daños y prevenir las secuelas del desarrollo en neonatos, lactantes y pre-escolares. Estas acciones comprenden el diseño de estrategias de Cuidado Integral del Niño (CIN), estimulación sistematizada y terapias específicas. No se trata de sesiones terapéuticas desarrolladas en un cubículo o del entrenamiento de los padres como terapeutas, sino de una forma de actividad familiar que considera tanto las características y las necesidades de los niños, como sus posibilidades y vías de desarrollo (Sánchez y Cols., 2003). El programa está centrado en el CIN y se define como la plena realización humana en un ciclo específico de la vida, con la mayor calidad, bienestar y con vistas al ejercicio de la plena ciudadanía (Sánchez y Cols., 2008; Sánchez y Cols., 2009).

El Programa de Cuidado integral (PCIN), ha operado desde sus inicios como un modelo de intervención orientado a la formación y capacitación de los padres como principales agentes organizadores del proceso de desarrollo del niño con daño neurológico, a través del establecimiento de estrategias y experiencias significativas que al integrarse a la dinámica familiar permitan la interacción activa del niño con su medio objetual y social, favoreciendo la construcción de esquemas diferenciales de desarrollo hacia nuevas transformaciones de acuerdo a niveles de complejidad creciente. El PCIN asume que el cuidador tiene capacidades y puntos fuertes que servirán como base para desarrollar “competencias para la formación de un

ciudadano”, (Sánchez, 1997 en Gómez y cols., 1998). Se busca que estas competencias se desarrollen a partir de las propias capacidades de la madre a partir de sus propios recursos generando nuevas estrategias y nuevos puntos de vista. (Chávez, 2003). Es importante que los padres atribuyan el cambio a sus propias acciones para que se produzcan cambios en ellos mismos, esto permitirá reforzar la competencia desarrollada o adquirida. Su objetivo es formar a la madre o cuidador principal para: reconocer las necesidades de salud y desarrollo del infante bajo su cuidado; identificar alteraciones (signos tempranos) que limitan o restringen el potencial del niño; promover el desarrollo integral; intervenir en acciones de estimulación o terapéuticas simples con potencialidad para modificar el curso adverso del desarrollo; estimular la independencia del niño y su autosuficiencia respecto de las condiciones adversas del contexto y favorecer la integración de la familia compartiendo responsabilidades en el cuidado y la manutención de la salud de sus miembros. En él se realizan acciones de intervención en sus modalidades grupal e individual. Es necesario enfatizar que las modalidades de intervención tienen como objetivo central la aplicación del programa en el medio familiar y que las acciones de intervención se integren a las rutinas de cuidado y acciones cotidianas para el niño. En este sentido se parte de una participación activa de la madre en primera instancia y de los demás miembros de la familia, enfatizando que los cambios en el desarrollo dependerán de las oportunidades de acción que se le proporcionen al niño. (Chávez, 2005)

Comprender que cada niño se desarrolla en un contexto específico, con diferentes estilos de vida, culturas, ambientes favorables y/o adversos, entre otros factores, proporciona una visión más amplia y evita partir de supuestos de la situación del infante, esto da lugar a líneas de actuación que como equipo de trabajo permiten considerar los siguientes aspectos (Sánchez y cols., 2008):

- Toda orientación habrá de dirigirse al desarrollo de los procesos de sensibilización para la observación y vigilancia materna, ya que los profesionales solo brindan la asesoría;
- La familia deberá quedar involucrada en la búsqueda y solución de los problemas que afectan los comportamientos del niño;
- La dirección de las acciones son señaladas por los profesionales, las decisiones y las actividades apropiadas serán realizadas en el contexto familiar por la toma de conciencia de la familia;
- Garantizar la adquisición de habilidades de los padres, para el cuidado del niño y el apoyo solidario de la parentela;
- Impulsar la conciencia social de respeto hacia el niño, no solo como individuo, también como individuo socialmente participativo;
- Formular y motivar a la familia para acercarse a los conocimientos con mayor evidencia científica (traducidos a su nivel de comprensión) al respecto del desarrollo infantil y su cuidado y a considerar los criterios para seleccionar informaciones de diverso origen.

Todas las acciones que el equipo de trabajo se realizan en torno a las actividades cotidianas que la familia emplea para atender al niño, tomando esto como punto de partida, se trabaja de forma natural con los medios con que cuenta el niño en su entorno, por lo tanto, se busca desarrollar competencias en la madre o cuidador principal considerándolo el sujeto con mayor grado de conciencia y conocimientos traducidos a “competencias para la formación de ciudadanos”. De aquí que el modelo incluye el análisis de los contextos para el diseño de tareas apropiadas a metas específicas.

Observar resultados favorables en el programa de intervención es poco probable si la participación de la madre no es buena, porque aunque el profesional de la salud

realice su mejor esfuerzo en el manejo de la intervención del niño, los avances no serán más que una propensión que no se convertirá en realidad si la madre o cuidador no apoya, mantiene, completa y amplía los esfuerzos del niño. Por lo tanto, es importante señalar que la conducta de la madre-niño es interdependiente y no puede entenderse una sin la otra.

2.2.- Antecedentes y descripción del Instrumento de Evaluación de la Participación del cuidador en el Programa de Cuidado Integral del LSDN

Desde el contexto del PCIN se comenzó a ubicar la importancia de la madre o cuidador principal como facilitadora u obstaculizadora del desarrollo de su hijo, se considera la participación materna como una estrategia central para favorecer el desarrollo. El concepto de Participación Materna hace referencia al grado de involucramiento de la madre, padre o cuidador principal, con los propósitos y las acciones sustantivas al programa, esta implica un proceso formativo a través de una participación activa del cuidador en el programa para la construcción de esquemas de cuidado apropiados para la condición de su hijo. Se considera como una estrategia central del programa que pretende incidir en los procesos de organización del desarrollo del niño a través de las competencias de la madre para el cuidado, manejo y estimulación del desarrollo.

En las sesiones se observaba claramente algunas características de las madres en el manejo del niño, sin embargo no se contaba con un instrumento que permitiera registrar estos observables durante la sesión y es así como surge la propuesta de Muñoz-Ledo y Sánchez Pérez y se crea el “Formato de Observación Materna”; inicialmente este formato estaba constituido por 14 variables organizadas en 4 categorías: I. Nivel de Motivación II. Nivel de conocimientos adquiridos III. Características del manejo físico IV. Nivel afectivo

Estas propuestas fueron retomadas por Figueroa Olea para la elaboración del formato que en sus inicios llevo el nombre “Registro por Diada/Sesión” y que en año 2011 cambió por “Registro de la Participación Materna”. Este formato retoma las 4 categorías propuestas por Muñoz Ledo e identificadas por (Gomez Espinosa et al., 1998) agregando una más que responde al nombre de Variables Sobre Fines de Afrontamiento, también se amplía el número de variables y se delimitan una serie de indicadores que las hacen susceptibles de ser medidas, este instrumento inicia su pilotaje oficialmente en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría (LSND-INP) a partir del año 2003 hasta la fecha y en este periodo ha sufrido cambios en sus nomenclaturas y número de ítems. Estos cambios nos permiten distinguir 4 versiones de un mismo instrumento que conserva como constructo principal de medición la “Participación Materna” y las 5 categorías que apoyan este constructo para ser medible que son: Motivación, conocimiento, Nivel de habilidad en el manejo del cuidador al niño, Relación socio-afectivo cuidador-niño y Variable sobre fines de afrontamiento.

Este registro de participación materna (RPM), ha tenido como objetivo caracterizar la capacidad de la madre para involucrarse con las demandas, peticiones de su hijo, así como con la coordinadora del grupo y otros padres, con el fin de reorientar las estrategias de manejo de tal manera que favorezcan el desarrollo del niño. Durante la sesión grupal de Cuidado Integral del Niño (CIN), un grupo de observadores registra la participación de la madre, con el fin de medir el grado de participación del cuidador y de ser necesario incidir e intervenir en las estrategias de manejo y cuidado presentes.

El RPM se ha utilizado en diferentes estudios, en uno de ellos el objetivo era investigar la relación entre las variables participación materna, estimulación en el hogar y desarrollo cognitivo del niño con Hipotiroidismo Congénito (HC) (Nicolás Cruz, 2008), en otro estudio que habla de participación materna en un programa de intervención temprana y su relación con el desarrollo del niño con HC (Vicente Hernández, 2006) y el de (Garduño) que buscaba caracterizar la participación de las

madres de niños con Hipotiroidismo Congénito asociado con los coeficientes de desarrollo de la población infantil en el programa de intervención.

En estos estudios se demostró la utilidad del registro para diferenciar la calidad de la participación materna en relación a variables de salida como son el desarrollo del niño y los cambios en la estimulación en el hogar, también se demuestra su utilidad en la medición de la investigación, sin embargo, se hace necesario profundizar en los estudios de validez.

Su utilización en la práctica en el seguimiento de las diadas que acuden al programa en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría, ha aportado múltiples elementos para reorientar las estrategias del programa encaminadas a orientar a la madre en el manejo de estrategias de cuidado y promoción del desarrollo, así como a mejorar la forma en que el cuidador asume, aplica e integra estas estrategias.

Este registro sistematiza los observables de la madre con respecto a su hijo y a la vez proporciona elementos necesarios para que el personal de la salud pueda realizar observaciones a los padres sobre el manejo de las actividades y la interacción que tienen con su hijo ayudando a proporcionar estrategias de manejo en el proceso de crianza, y mejorar la forma en que la madre asume, aplica e integra las estrategias.

La utilización de este registro requiere de aplicarse por observadores que durante toda la sesión registran el comportamiento materno.

En una investigación realizada con el objetivo de validar el contenido del instrumento de registro de la participación materna en la sesión de grupo de cuidado integral a partir del método de juicio de expertos. (Velazquéz Félix, 2012)

Se sometió el instrumento a la valoración de investigadores expertos, para juzgar la capacidad del instrumento de evaluar las dimensiones que se pretenden medir. Los resultados de este estudio mencionan que el instrumento aun se encuentra en

construcción, siendo su principal obstáculo la falta de claridad o ausencia de definiciones operativas. Plantea la necesidad de que los ítems sean revisados, reformulados y si es necesario validados nuevamente. Se han hecho esfuerzos importantes para reformular el instrumento, (4 versiones existentes) sin embargo se notaba la dificultad para su aplicación y manejo, por lo que se emprende la labor de diseñar un instrumento a partir de los precedentes.

Este Registro de Participación Materna ha sido una base fundamental para este trabajo de investigación, ya que se han considerado elementos que este plantea como son las categorías que permiten medir la participación del cuidador primario y sus variables como indicadores susceptibles de medición.

II. JUSTIFICACION

Al hablar de participación del cuidador primario en un programa de atención temprana, podemos resaltar la importancia que representa el papel de los padres en el desarrollo de los niños, sus actuaciones con respecto a él, así como los beneficios que brinda una buena interacción entre ellos y el grado de implicación que manifiestan con el programa. Este tema ha sido motivo de un mayor número de miradas en los programas de atención temprana en las últimas décadas, a partir, principalmente del cambio de visión hacia el modelo centrado en la familia. Este modelo ha fomentado que la participación del cuidador primario sea considerado en la actualidad como un elemento de gran importancia que busca involucrar a la familia con el objetivo de favorecer el desarrollo del niño. En un programa de atención temprana, los padres están involucrados en mayor o menor medida, de acuerdo a la participación que el programa como tal les permita. Sin embargo en términos generales se busca que los padres se involucren en las estrategias propuestas para el óptimo manejo y cuidado del niño, a la par que desplieguen las estrategias de manejo propias. Debido a la importancia que representa la implicación de los padres en el desarrollo del niño, y en específico en un programa de intervención temprana, se creó el instrumento de Registro de la Participación Materna, en el Laboratorio de Seguimiento de Neurodesarrollo (LSND) en el Instituto Nacional de Pediatría, constituyendo una aportación importante en este ámbito. Este registro se ha aplicado en el Programa de Cuidado Integral del LSND desde el año 2003, permitiendo el desarrollo de posteriores investigaciones sobre la relación de la participación de la madre y el desarrollo del niño, demostrando su capacidad para discriminar la calidad de la participación materna.

El trabajo realizado por Velázquez, N. en el 2012 titulado "Validación de contenido del "Registro de la participación materna" en la sesión de grupo de cuidado integral concluye que el instrumento aún está en construcción, siendo su principal obstáculo la falta de claridad o ausencia de definiciones operativas. Plantea la necesidad de que los ítems sean revisados, reformulados y si es necesario validados nuevamente.

Se han hecho esfuerzos importantes para reformular el instrumento, (4 versiones existentes) sin embargo se notaba la dificultad para su aplicación y manejo, por lo que se emprende la labor de diseñar un instrumento a partir de los precedentes, siendo necesario que existan instrumentos que registren como es la participación de los padres durante la intervención y que los resultados de estos instrumentos sirvan para caracterizar la participación de la familia y se deriven nuevas estrategias (Dempsey & Keen, 2008)

Se busca con la propuesta de este instrumento proporcionar elementos confiables durante la sesión de intervención temprana a quienes requieren observar, investigar y retroalimentar la participación de la madre o cuidador principal. Y aportar un elemento útil y práctico durante la sesión de CIN para evaluar el estado de participación actual y la evolución de esta en el tiempo que el CP-niño acuda al programa.

Esta propuesta del instrumento de "Evaluación de la participación del cuidador primario" tiene como base los objetivos que se plantea el Registro de Participación Materna" que es proporcionar elementos sobre su motivación y como va afrontando la problemática del niño, proporcionar datos sobre la interacción madre-hijo, y también proporcionar información respecto a cómo el cuidador va adquiriendo o desarrollando conocimientos y habilidades para favorecer el desarrollo de su hijo, y como estos factores caracterizan y modifican su participación a lo largo del tiempo de exposición al programa.

Este registro busca sistematizar los observables del cuidador con respecto a su hijo y a la vez proporcionar elementos necesarios para que el personal de la salud pueda realizar observaciones a los padres sobre el manejo de las actividades y la interacción que tienen con su hijo proporcionando estrategias de manejo en el proceso de crianza, y mejorar la forma en que el cuidador asume, aplica e integra las estrategias, de manera específica de acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un Instrumento de Evaluación de la Participación del Cuidador en Programas de Atención Temprana (niños de 0 a 4 años).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los indicadores de evaluación de la Participación del Cuidador Primario
- Desarrollar una descripción sobre las categorías propuestas.
- Sistematizar y organizar los indicadores en una estructura de observación y registro para la evaluación de la Participación del Cuidador Primario durante las sesiones en los Programas de Atención Temprana
- Elaborar guía de aplicación del instrumento.

V. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación es un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Se utilizó como estrategia metodológica la técnica de grupo focal, posterior a la aplicación de un registro de observación abierta descritos más adelante.

Para el desarrollo de esta investigación se dividió la metodología de la siguiente manera:

V.1.- RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el inicio de este trabajo, fue necesario conocer el instrumento actual, su contenido, modo de aplicación y origen del mismo.

Se revisó un trabajo de investigación previo sobre la validación del contenido del instrumento de “Registro de la participación materna” en la sesión de grupo de cuidado integral”, permitiendo obtener las versiones previas del instrumento con sus respectivas modificaciones.(Velazquéz Félix, 2012). A la vez que permitió identificar

las conclusiones en relación a los puntos sugeridos para modificación del instrumento y así comprender las necesidades identificadas con cada una de las versiones previas, los objetivos por los cuales fue creado y la importancia de la evaluación de la participación del cuidador o los cuidadores en los programas de atención temprana. *(En el **Anexo 1** se presentan las categorías del registro de participación materna, sus variables e indicadores y los resultados del trabajo de validación del instrumento.)*

Se recopiló información sobre la participación del cuidador en los programas de intervención, el impacto que ésta tiene en el desarrollo del niño, y aspectos de importancia sobre la participación del cuidador en programas de atención temprana, desde el enfoque tradicional hacia la transición de un modelo centrado en la familia.

V.2.- ESTRUCTURACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Posteriormente se sistematizó y estructuró la información de tal manera que se tuvieran datos organizados y clasificados que permitieran la detección de puntos importante de análisis sobre la participación materna, el instrumento y su aplicabilidad.

La sistematización de la información implicó las siguientes acciones:

- a) Búsqueda de información en trabajos previos. Se realizó la búsqueda y revisión de trabajos previos (Vicente Hernández, 2006), (Gomez Espinosa et al., 1998), (Nicolás Cruz, 2008) en los que se enmarca la aplicación del registro de participación materna (RPM), su aplicabilidad y los resultados obtenidos. De esta forma, se recopiló información considerada relevante para los propósitos perseguidos en el presente estudio.
- b) Clasificación de la información. Se revisó la información que se dispone del marco de referencia y la creación del instrumento. Se revisó la información obtenida del instrumento y se enmarcaron las necesidades de modificación de acuerdo a la experiencia en la aplicación.

V.3.- IDENTIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS

A partir de la revisión bibliográfica se propusieron las categorías que conforman el instrumento, con sus respectivas subcategorías. Se realizó una búsqueda sobre aspectos relacionados con cada término, de igual forma se consideró el constructo teórico del programa de cuidado integral, permitiendo construir de esta forma las categorías y subcategorías 1 y 2.

La primera división, la subcategoría 1 toma los elementos esenciales que conforman cada término y que son susceptibles de observar mediante diferentes conductas que despliega el cuidador primario.

La subcategoría 2 se enfoca en hacer la división con respecto a las formas diversas en las que se pueden manifestar dichas conductas, así como hacia quien va dirigida.

*En el **Anexo 2** se presentan las categorías propuestas para el instrumento de evaluación de la participación del cuidador en programas de atención temprana.*

V.4.- IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES (REGISTRO DE OBSERVACIÓN ABIERTA)

El procedimiento llevado a cabo en este punto fue la implementación de una guía de observación abierta (**Anexo 3**), la cual fue seleccionada a partir de 3 propuestas realizadas. Esta guía se creó con el objetivo de tener un elemento adicional que permitiera recopilar información sobre los observables característicos o determinantes de la participación del cuidador a través de la mirada del observador, quien es él que colaboró para el llenado de la guía.

Integrantes del Programa de Cuidado Integral en el Laboratorio de Seguimiento de Neurodesarrollo en el INP, son quienes fungieron como observadores, durante las sesiones de Cuidado Integral. El grupo se integró por 7 personas con diferentes profesiones, considerando su experiencia profesional y de investigación en el

Programa de Cuidado integral y por su conocimiento en la construcción o aplicación del Registro de la Participación Materna.

	GRADO ACADÉMICO	EXPERIENCIA CON EL INSTRUMENTO DE REGISTRO DE LA PM
2	- Licenciados en Fisioterapia	Conocimiento y registro del instrumento de PM
1	- Licenciada en Enfermería	Conocimiento y registro del instrumento de PM
1	- Licenciada en Educación especial	Conocimiento y registro del instrumento de PM
1	- Maestra en Rehabilitación Neurológica	Evaluación e intervención del desarrollo infantil
1	- Dra. en Ciencias biológicas y de la Salud	Evaluación, diagnóstico e intervención del desarrollo infantil
1	- Dra. en Ciencias biológicas y de la Salud	Evaluación, diagnóstico e intervención del desarrollo infantil

Posterior al llenado de 20 formatos de la guía de observación abierta de la participación materna en el grupo de cuidado integral. Se implementó la técnica de grupos focales. Esta técnica ha sido definida como "una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. Requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos dentro del grupo acerca de temáticas propuestas por el investigador. Lo que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y las conclusiones producto de la interacción y elaboración de acuerdos entre los participantes.(Aignerren, 2009)

Dicha técnica se utilizó como herramienta metodológica de integración de la información, con la finalidad de obtener datos que permitieran la captación de indicadores de la participación materna y la elección de las categorías. A través de las respuestas obtenidas en la guía y la experiencia de los observadores, se generaron posibles indicadores de dicha participación. Esta información se introdujo en una base de datos con fines de organización de la información.

Al hacerlo de esta manera fue posible detectar indicadores de análisis de la medición de la participación del cuidador primario y la asignación de categorías a dichos indicadores, que eventualmente se seleccionaron los más representativos para formar parte del instrumento.

V.5.- ORGANIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS

La base de datos está conformado por 229 indicadores, los cuales fueron construidos a partir de la guía de observación de la participación y los grupos focales, estos indicadores se clasificaron en las 3 categorías principales que son:

- A) MOTIVACIÓN
- B) INTERACCION
- C) HABILIDAD

Cada categoría presenta una división nombrada SUBCATEGORÍA 1, y esta a su vez presenta una subdivisión nombrada SUBCATEGORÍA 2, cada una incluida en una columna respectivamente.

En la siguiente tabla se muestra la categoría “**Motivación**”, “**Interacción** y “**Habilidad**” con sus respectivas subcategorías 1 y 2.

* Entre paréntesis se coloca el número total de indicadores en la base de datos para cada uno.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	SUBCATEGORÍA 2
MOTIVACIÓN (60)	Interés (16)	CP-niño (9) CP-actividad (3) CP-coordinador (4)
	Propósito (25)	CP-niño (14) CP-actividad (11) CP-coordinador (2)
	Actitud (19)	Corporal (6) Mental (13)

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	SUBCATEGORÍA 2
INTERACCION (72)	Comunicación (72)	Verbal (51)
		Física (21)

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	SUBCATEGORÍA 2
HABILIDAD (97)	Física (13)	Posición del cuidador-niño (13)
	Intelectual (36)	Conocimiento Previo (22) Conocimiento adquirido (14)
	Socio-emocional (48)	Organización (18) Análisis (30)

En la siguiente columna de la base de datos aparece el apartado de “Frecuencia”, este apartado se formó seleccionando los indicadores que se presentan con mayor o menor regularidad en una sesión. Se asignaron las siguientes claves:

O- Ocasional: Aquellos indicadores que se presentan de forma irregular en una sesión, requieren de una característica, situación o acción específica para poder manifestarse.

S- Siempre: Aquellos indicadores que se presentan en cualquier momento durante la sesión sin requerir características, situaciones o acciones específicas para manifestarse.

Las siguientes 3 columnas de la base de datos son una selección de indicadores en diferentes momentos, con el objetivo general de identificar los de mayor importancia y más representativos para evaluar la participación del cuidador primario, están nombradas como:

- **Selección 1:** Esta selección se hizo con el objetivo principal de identificar los que se consideraban de mayor relevancia, por su correspondencia con la evaluación de la participación y frecuencia de presentación. Estas columnas presentan las siguientes claves:

P- positivo (indicador seleccionado)

N- negativo (indicador no seleccionado)

- **Selección 2:** Se hace a partir de la primera selección, con el objetivo principal de detectar los que fueron más representativos de la participación del cuidador e intentar disminuir el número de indicadores seleccionados. Se consideran los siguientes criterios:

a) Correspondencia con la categoría asignada

b) Correspondencia con la evaluación de la participación

c) Frecuencia de observación

Esta selección presenta las siguientes claves:

0- Aquellos indicadores que definitivamente no se eligen porque son de menor relevancia, se repiten o no corresponden.

1- Aquellos indicadores que son susceptibles de elección, pero no se tiene una certeza o convicción sobre su relevancia.

2- Aquellos que definitivamente si se eligen porque se consideran los de mayor importancia, los más representativos y susceptibles de medición.

3- Aquellos que se corrobora si serán seleccionados de forma definitiva por su nivel de relevancia.

- Selección 3: Se hace a modo de verificación, con el objetivo de identificar los de mayor relevancia, y más susceptibles de conformar el instrumento. Esta selección se hace verificando nuevamente todos los indicadores considerando los criterios de selección:

a) Correspondencia con la categoría asignada

b) Correspondencia con la evaluación de la participación

c) Frecuencia de observación

y agregando uno más que corresponde a:

d) Facilidad de observación.

NOTA: Se puede observar que existe una variación importante de los ítems seleccionados previamente con los que no se habían seleccionado, así como coincidencias en otros indicadores.

A partir de esta última selección se conforma el instrumento preliminar el cual queda constituido por 86 indicadores, los cuales se revisaron en relación a aspectos de redacción y correspondencia con la categoría asignada.

V.6. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

En esta fase del trabajo, la metodología a seguir se basó en el diseño del instrumento con sustento en los indicadores seleccionados y puntos críticos analizados en la sistematización de la información.

De la última selección como ya se mencionó, se obtuvieron 86 indicadores que conforman la propuesta preliminar. Esta propuesta fue discutida en base a aspectos representativos como duplicidad del indicador, cercanía de las categorías y dificultad de interpretación. Posteriormente se somete nuevamente a revisión esta última propuesta tomando los criterios de correspondencia con la participación, con la categoría y subcategoría asignada y facilidad de observación, obteniendo un total de 50 indicadores, los cuales conforman la propuesta final que se presenta. Se eligió como forma de calificación una escala de Lickert conformada por 4 gradientes de evaluación descritos a continuación:

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE CALIFICACION GENERAL DE LOS INDICADORES

SIEMPRE/MUY BIEN: Corresponde a que el CP realiza las acciones o conductas muy bien o de forma adecuada respecto a la petición descrita para cada indicador tanto en lo que predominó (frecuencia) durante la sesión como en la cualidad (calidad) de la conducta esperada. La conducta o acción que realiza el CP durante la sesión, con la calidad y/o frecuencia que se describe para cada indicador. Hace referencia a que en esa sesión se cumplen los criterios descritos para esa conducta.

FRECUENTEMENTE/BIEN: Se refiere a una conducta o acción que realiza el cuidador durante la sesión, mostrando algunas irregularidades en su presentación. La tendencia se dirige a presentar la conducta esperada en sus diferentes parámetros, sin embargo con algunas variaciones de frecuencia y/o cualidad de la conducta. Corresponde a que la calidad con la que lo hace está bien pero le hace falta perfeccionar algunos detalles en su conducta, a la par que muestra cierta inconsistencia con la presentación de la conducta adecuada, en la

mayoría de las ocasiones hace la conducta esperada y en ocasiones muestra ciertas variaciones no consideradas adecuadas.

OCASIONALMENTE/DEFICIENTE: Se refiere a una conducta o acción que realiza el cuidador durante la sesión, mostrando una tendencia a no realizar la conducta esperada en la mayoría de las ocasiones. Se presenta con mayor frecuencia la conducta no esperada en relación a la esperada. El cuidador presenta mayores deficiencias en relación a la conducta que se espera para cada indicador y la presencia de la conducta esperada es menor.

NUNCA/MAL: Se refiere a la ausencia o deficiencia predominante de la conducta esperada en el cuidador durante la sesión. El no la realiza de forma adecuada o de acuerdo a lo esperado. Muestra importantes dificultades para presentar la conducta esperada, existiendo una tendencia a hacerla predominantemente de manera inadecuada o no lograrla.

NOTA: EL INDICADOR 1 y 50 CAMBIAN EN RELACIÓN A LA CALIFICACIÓN ASIGNADA, YA QUE APARECE LA CALIFICACIÓN EN RELACIÓN A LA PUNTUALIDAD COMO: MUY BIEN, BIEN, DEFICIENTE, MAL, HACIENDO ÉNFASIS EN EL INIDCADOR 1 AL TIEMPO DE RETRASO Y LA ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO AL INCORPORARSE POSTERIORMENTE A LA HORA DE ENTRADA PARA EL INICIO DE LA SESIÓN.

Una vez finalizado el diseño del instrumento se elaboró una guía de aplicación e interpretación del mismo. La cual está conformada por la escala de calificación propuesta y por los 50 indicadores; cada uno cuenta con:

- Descripción del indicador y
- Descripción de la escala de calificación para cada indicador

VI.- RESULTADOS

A partir de la metodología empleada, se identificaron indicadores que fueran susceptibles de medir la participación del cuidador en un programa de Atención Temprana. Se organizaron en una base de datos y se clasificaron en base a las categorías propuestas: Motivación, Interacción y Habilidad, con sus respectivas subcategorías. Las categorías propuestas para el instrumento se formularon a partir de que se reconocieron como elementos claves para evaluar la participación del cuidador primario dentro de un programa de atención temprana. Este reconocimiento se integra a partir de: 1) la revisión del instrumento previo, 2) revisión de la literatura y 3) revisión de la base de datos que contiene los indicadores planteados en los grupos focales llevados a cabo previamente.

Cada una de estas categorías presenta dos divisiones. La primera división hace referencia a los componentes que forman parte de cada categoría y permiten la evaluación de una forma más segmentada con el objetivo de analizar cada uno de los componentes que las integran.

La segunda división hace referencia de manera específica hacia elementos dentro del programa en los que se puede dirigir o presentar el componente y/o la forma de presentación.

En lo que respecta a la categoría motivación con cada uno de sus componentes como son interés, propósito, actitud, se hace referencia a la conducta que va a desplegar el cuidador primario en base a estos componentes, dirigidos hacia elementos que conforman el programa, como son: el niño, el profesional o coordinador y la actividad que se realiza dentro del grupo.

La segunda categoría es la interacción conformada por dos componentes el verbal y el físico, se hace referencia a la conducta que va a desplegar el cuidador primario en base a estos componentes, dirigidos hacia la forma en que se puede presentar.

Y la tercer categoría es la habilidad que presenta el cuidador primario en base a tres componentes que son el físico, intelectual y socio-emocional. Se hace referencia a la conducta que va a desplegar el cuidador en base a estos componentes, dirigidos hacia la forma en la que se puede presentar.

De acuerdo a la revisión teórica sobre la participación y las categorías se presentan las siguientes definiciones operativas de cada categoría, subcategoría y del concepto de Participación del Cuidador Primario.

DESCRIPCIÓN DE PARTICIPACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO EN PROGRAMAS DE AT

En los programas de AT la Participación del Cuidador Primario, se refiere al grado de implicación que presenta el cuidador dentro del grupo en relación con los principios básicos del programa a partir de diversas acciones, que involucran el despliegue de sus propias competencias en el manejo y cuidado del niño y la capacidad de ajustar su esquema previo con oportunidad de trasladarlo a su entorno para beneficio del niño y la familia.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS CATEGORÍAS Y SUS RESPECTIVAS SUBCATEGORÍAS

CATEGORÍA 1 Y SUBCATEGORÍAS 1 Y 2

MOTIVACIÓN: Para los fines de la presente investigación, se define como un proceso conductual influenciado por factores extrínsecos e intrínsecos en el cuidador primario (CP) presente para dirigir su conducta hacia la consecución de objetivos o metas que considera gratificantes. La motivación está integrada por componentes vinculados estrechamente entre sí, como son el interés, el propósito y la actitud, cada uno de estos componentes tiene elementos que permiten diferenciarlos, ya que presentan variables que los distinguen, las cuales son: cognitivas-análisis, de valoración-atribución de causas y afectivas respectivamente, por lo que se toman como recursos identificables en la conducta del CP, permitiendo comprender el origen de la conducta motivada así como el actuar del cuidador a partir de esta conducta motivada.

La motivación refleja tanto elementos subjetivos como objetivos, observables en conductas presentes en el CP, como puede ser: estar presente en la sesión, asistir de forma metódica a sus citas, participar en la sesión, el interés por aprender sobre el desarrollo del niño, la intención de implementar estrategias aprendidas, el intento por aprender sobre los componentes de la sesión, del programa en sí mismo, etc. Cada comportamiento que despliega el CP rige una parte importante de su acción dentro del programa de AT, al igual que en la evolución de su niño y el traslado de estos esquemas o formas de relación a su entorno. A continuación se describen cada uno de los componentes que conforman la categoría de motivación:

1) INTERÉS: Para los fines de la presente investigación el interés constituye el componente de la motivación integrado por la variable de cognición-análisis, que le permite al CP guiar su atención a partir del procesamiento de la información recibida hacia aquello que considera importante (niño, coordinador y/o la actividad realizada

en el programa). Siendo manifiesto a través de conductas observables como puede ser la asistencia e implicación dentro del programa de atención temprana, tener un seguimiento cercano para su hijo en riesgo de alteración del desarrollo, seguir la instrucción en una actividad, poner atención al coordinador, es decir, la capacidad de comprender la importancia de estar presente cognitiva y físicamente con los componentes del programa y en específico durante la sesión. El interés como ya se mencionó se puede observar hacia cada uno de los elementos que conforman el programa de atención: el niño, el coordinador o la actividad dirigiendo su atención hacia cada uno de ellos y consiste en:

- a) CP- niño: La conducta motivada del CP a partir del componente “interés”, dirige su atención hacia el niño, el bienestar del mismo y su entorno. Es decir, observa los procesos de los que es parte durante la sesión y como consecuencia de la misma.
- b) CP-coordinador: La conducta motivada del CP a partir del componente “interés”, dirige su atención hacia el coordinador, lo que considera es capaz de transmitirle. Es decir, se dispone a percibir la información, analizarla e incorporarla a su forma de actuar durante la sesión y en sus escenarios cotidianos.
- c) CP-actividad: La conducta motivada del CP a partir del componente “interés” dirige su atención hacia la actividad, busca involucrarse en la misma ,su realización correcta y busca implementar estrategias para conseguirla tomando en cuenta el proceso de ejecución del niño e implementarla según se indica.

Se espera que el interés del CP tenga una dirección equilibrada hacia cada uno de los elementos que conforman el programa. Su conducta motivada y en específico el interés debe distribuirse, obteniendo los aspectos más importantes sobre cada uno, en relación a los preceptos del programa.

2) PROPÓSITO: Para los fines de la presente investigación el propósito constituye el componente de la motivación integrado por la variable de valoración y atribución de causas, que se refiere a la capacidad del CP de tener un objetivo a seguir ya sea a

corto, mediano o largo plazo, guiando su conducta motivada de forma intencionada hacia la meta planteada.

El propósito se encuentra estrechamente ligado al concepto de voluntad que hace referencia a la disposición de actuar, de esforzarse para llegar al objetivo. El propósito necesita de esta disposición de ejecutar una acción con conocimiento de causa a través de la voluntad. Es decir, el propósito es el componente de la motivación, que indica el objetivo hacia el que va dirigida la conducta motivada.

En el CP este componente se presenta al observar el objetivo hacia el que está dirigida su conducta motivada, se puede notar en comentarios, preguntas o acciones que de manera primaria o en respuesta durante la sesión, implican la intención del CP de cumplir con una meta a seguir relacionada al plan que se presenta durante la sesión misma. A diferencia del componente interés que identifica el elemento de atención y le asigna cierto grado de importancia a cada elemento, el propósito se refiere al planteamiento del objetivo a partir del elemento de atención identificado y se puede observar se dirige hacia el objetivo planteado. Aunque es factible identificar los propósitos del interés sobre el niño, el cuidador y la actividad, puede quedar duda si la presencia de propósito implica necesariamente interés y no es así un cuidador puede tener propósitos claros sobre la importancia y necesidad de conseguir un objetivo respecto al niño e incluso respecto a la actividad pero no mostrar durante la sesión la atención y deseo de comprender de manera clara como se implica, es el caso por ejemplo de quien sobreestima sus competencias o interpreta sus acciones como adecuadas, efectivas, extensivas y en realidad no lo son. Se plantean igualmente tres formas de observar el propósito:

a) CP-niño: El objetivo del CP está en el niño y en la evolución favorable del mismo, en lo que puede lograr con él, se concentra en apoyarlo para realizar la actividad planteada, esforzándose para que la realice. Centra su intención en el proceso de ejecución del niño, en su aprendizaje, en las habilidades, en las capacidades que despliega y pretende conseguir o desplegar en el niño. Comprende el objetivo de la

actividad (no siendo la actividad el objetivo) e intenta conseguirlo. A diferencia del interés dirigido al niño, el bienestar, comunicación, posicionamiento del niño están subordinados a los objetivos que interpreta se buscan para con su desarrollo.

b) CP-coordinador. El objetivo del CP está en el coordinador y en lo que considera le puede ofrecer, centra su intención en aprender de él, busca su aprobación al realizar alguna acción. Se centra en el aprendizaje, en el conocimiento, en las estrategias de cuidado y manejo del niño que puede adquirir a través del coordinador, intentando incorporarlo durante la sesión y a su entorno cotidiano.

c) CP-actividad: El objetivo del CP está en la actividad, en la realización correcta de la misma, busca llevar a cabo la actividad, terminarla de acuerdo a lo planteado, centra su intención en el resultado. Define el objetivo en la actividad y en el fin de la misma. Entiende el objetivo de la actividad y busca llevarla a cabo como parte de un proceso de evolución o una meta cumplida en el niño.

Se espera que el propósito del CP tenga una intención equilibrada hacia cada uno de los niveles, tomando como parte fundamental los objetivos planteados durante la sesión. Su conducta motivada dirigida hacia un propósito debe distribuirse, obteniendo los aspectos más importantes de cada elemento.

3) ACTITUD: Para los fines de la presente investigación la actitud constituye el componente de la motivación integrado por la variable de tipo afectivo, la cual se refiere a la disposición mental que presenta el CP ante un bagaje de creencias con respecto a su implicación en el programa, en relación a su hijo y al coordinador, que marca su tendencia de actuar de determinada manera a través de afectos positivos o negativos, expresados a través del lenguaje corporal y/o verbal. Está estrechamente ligada a los componentes previos ya que se genera a partir de la identificación del elemento de mi atención y el objetivo planteado hacia el mismo.

Es decir, la actitud hace referencia a la forma de actuar del CP en relación con el niño, el coordinador y la actividad para conseguir la meta planteada, a la forma de expresar su comportamiento una vez obtenida la información, delimitado el objeto de su interés y planteado su objetivo. La actitud se expresa a través del lenguaje y sus formas de expresión en el CP pueden ser:

a) Corporal: Se refiere al modo de expresión de la actitud del CP que refleja la respuesta afectiva positiva o negativa hacia el niño, el coordinador, la actividad y en general hacia el programa o su implicación dentro del grupo que se manifiesta a través del cuerpo y su lenguaje, es decir, cómo se posiciona, reposiciona, la postura que presenta, la forma en que realiza sus movimientos, cambios de posición, desplazamientos, etc. Se considera es una manifestación más observable de la actitud. La actitud corporal se percibe a través de cómo se posiciona el cuidador, la actitud de alerta sobre lo que sucede, las aproximaciones de enlace, búsqueda, asentimiento, etc. Por el contrario, dirigirse hacia otro lado, dejar vencer su cuerpo, voltear la mirada, etc.

b) Mental: Se refiere al modo de expresión de la actitud del CP que refleja la respuesta afectiva positiva o negativa hacia el niño, el coordinador, la actividad, hacia el programa e implicación dentro del grupo que se manifiesta a través del lenguaje oral, mostrando congruencia con el lenguaje corporal y la forma de ejercer una acción. Hace referencia a las opiniones, comentarios, dialogo que el CP manifiesta y su forma de actuar durante la sesión.

CATEGORIA 2 Y SUBCATEGORÍAS 1 Y 2.

INTERACCIÓN: Para los fines de la presente investigación esta categoría se refiere a la posibilidad de relación que existe entre el CP y el niño, mediante el cual establecen el tipo de vínculo presente entre ambos. Consiste en la capacidad del CP para reconocer la existencia de necesidades primarias de su niño en diferentes

momentos de su desarrollo, esperando que genere sensación de protección y confianza para crear relaciones nuevas con su entorno. La interacción se despliega a través del componente de la comunicación, la cual se presenta en 2 niveles de intercambio ya sea verbal y/o físico, los cuales se describen a continuación:

a) Verbal: Nivel de comunicación que se establece entre el CP y el niño a partir del lenguaje oral, se refiere a lo que el CP le expresa al niño a través de la palabra (canto, susurro, arrullo, grito, etc.).

b) Física: Nivel de comunicación que se establece entre el CP y el niño a partir de su expresión corporal y el contacto físico, se refiere a lo que el CP le comunica al niño a través de sus expresiones faciales y la forma en que lo manipula (lo toma para cargar, caricia, roce, etc.), es decir podemos encontrar una interacción física.

CATEGORÍA 3 Y SUBCATEGORÍAS 1 Y 2.

HABILIDAD: Para los fines de la presente investigación esta categoría se refiere a la capacidad responsiva y resolutive que presenta el CP dentro del grupo y posteriormente en su entorno. La habilidad está integrada por componentes cognitivos y socio-emocionales que se manifiestan en diferentes niveles de ejecución de una acción determinada dirigida hacia el niño, dentro del grupo y en su entorno.

Presenta un componente cognoscitivo que implica dos elementos en el CP, el primero se refiere principalmente a la destreza presente en el cuidador para mover su cuerpo, posicionarlo en relación al niño y lo que se pretende realizar, al igual que la capacidad para manipular o manejar físicamente al niño permitiendo la construcción en la actividad. El segundo se refiere a la capacidad de ejecutar sus acciones dentro de la sesión a partir del conocimiento propio sobre el niño, su manejo y cuidado, además de incorporar elementos propuestos durante la sesión que se adecuen a sus necesidades y objetivos planteados.

El componente socio-emocional implica el intercambio de un pensamiento u emoción del CP, hacia el niño, coordinador u otros padres dentro de la sesión. Es decir, la habilidad presente en el CP que le brinda la capacidad para expresar y percibir un mensaje, información proporcionada tanto del coordinador, otros padres e incluso la familia, en relación al manejo y cuidado del niño.

Está ligada a la interacción porque implica el reconocimiento de necesidades para presentar una respuesta, un ajuste o resolver, sin embargo implica la capacidad de responder y resolver a partir de las acciones y las necesidades del CP y su entorno, no exclusivamente hacia el niño.

El CP presenta la capacidad de desplegar un sistema de acciones que posibilita la realización de una actividad determinada sobre la base de hábitos y conocimientos adquiridos, a partir de la ejecución, la práctica, el perfeccionamiento constante desarrolla habilidades nuevas o las incorpora a su sistema si le ajustan con la finalidad de promover el desarrollo del niño. La actuación del CP se realiza por un fin consciente relacionado con el contexto y el objetivo de favorecer las respuestas del niño.

La estructura de una habilidad en el CP incluye siempre una base cognitiva y un sistema operacional que le permite aplicar correctamente dicho conocimiento. En el CP se puede manifestar esta capacidad ejecutora partir de componentes cognoscitivos y sociales.

El cognoscitivo incluye la capacidad del CP para resolver una situación determinada dentro del grupo en relación al niño, la actividad y su entorno. Se refiere a la experiencia, al conocimiento, al aprendizaje previo del CP y al que está incorporando a partir de su experiencia en las sesiones, la forma en cómo lo hace, si es capaz de discriminar, adaptar, tomar lo que le corresponde o no.

El conocimiento del CP se manifiesta a partir de la experiencia, se observa durante las sesiones. Este conocimiento se puede modificar de acuerdo al ajuste de

esquemas o construcción que realiza con el aprendizaje dentro del programa, el ajuste de información, incorporación o rechazo de la misma.

El componente cognoscitivo de la categoría habilidad, presenta variables como son la manipulación del niño y la aplicación del conocimiento previo sobre el niño y el adquirido dentro del grupo, nombrados como habilidad física e intelectual y se definen de la siguiente forma:

a) FÍSICA: Se refiere al movimiento corporal del CP, implica el nivel de manejo de su propio cuerpo para resolver una acción determinada con respecto al niño.

1. Posición del cuidador-niño: Implica la relación postural que guarda el CP con respecto al niño y la actividad sugerida por el coordinador, identifica la necesidad de incorporar una postura o movimiento, una acción determinada en relación a su cuerpo para mayor éxito en el niño y en su proceso de ejecución de la actividad. A la par que implica la capacidad de corregir o modificar la posición del niño, una vez identificado no es la óptima para la actividad realizada o podría mejorarse para beneficio del niño en la actividad.

b) INTELECTUAL: Capacidad en el CP de tipo cognitivo para utilizar el conocimiento previo y el adquirido, ajustándolo a los objetivos durante la sesión y dentro del grupo. Habilidad de adquirir nuevo conocimiento y utilizar el conocimiento almacenado a través de la experiencia, bagaje cultural o educación, con la finalidad de ajuste a partir del nuevo aprendizaje dentro del programa. A continuación se definen sus elementos:

- Conocimiento previo: Se refiere a la información adquirida del CP a través del bagaje cultural, educación o experiencia, que le permiten la comprensión de su realidad.

- Conocimiento adquirido: Habilidad en el CP de construir nuevos esquemas a partir de la base de conocimiento previo, teniendo la capacidad de adquirir, seleccionar,

integrar, transformar y ajustar la información nueva proporcionada en el programa a él y su entorno.

El componente socio-emocional incluye la capacidad para relacionarse dentro del grupo, durante la sesión. Se refiere a la capacidad del CP de intercambiar, transmitir y percibir información, sentimientos u opiniones dentro de la sesión, se encuentra influido por la experiencia y el bagaje cultural:

ANALISIS. Capacidad presente en el CP de reconocer, de captar, de asimilar la información proporcionada del coordinador y otros padres e incluso familiares, sobre las estrategias específicas para su diada, de su acción dentro del grupo, su papel dentro del grupo y en relación a su entorno.

ORGANIZACIÓN. Capacidad presente en el CP para manifestar o demostrar información acerca de sus pensamientos y emociones durante la sesión hacia otros padres y el coordinador, es decir, se refiere a la habilidad para emitir su pensar, su sentir respecto a la situación, a las actividades, a las sesiones, a las problemáticas presentes día a día, a resultados y expectativas dentro del grupo, etc.

Se presenta el Instrumento de Evaluación de la Participación del Cuidador Primario en programas de Atención Temprana conformado por 50 indicadores seleccionados a partir de los criterios establecidos.

LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO
PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL
INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL CUIDADOR
PRIMARIO EN PROGRAMAS DE AT

NIÑO: _____ DIAGNÓSTICO: _____ FN: _____ EXPEDIENTE: _____ EH: _____ COHORTE: _____ GRUPO: _____				
CP : _____ EDAD: _____ PARENTESCO: _____ OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____ CUIDADOR SECUNDARIO: _____				
Para calificar siga las siguientes claves según corresponda 1 S: SIEMPRE / MUY BIEN 2 F: FRECUENTEMENTE / BIEN 3 O: OCASIONALMENTE / DEFICIENTE 4 N: NUNCA / MAL				
INDICADORES				
CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: INTERÉS / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-NIÑO	1 S	2 F	3 O	4 N
1.- El cuidador primario (CP) llegó a la sesión de manera puntual*.				
2.- El CP dirige su atención hacia el niño, está pendiente de él, lo observa.				
3.- El CP orienta las acciones del niño oportunamente durante la sesión.				
4.- El CP logra tener la atención del niño durante la sesión y establece contacto con él.				
CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: INTERÉS / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-COORDINADOR				
5.- El CP dirige su atención hacia el coordinador cuando da las indicaciones generales y/o específicas, se muestra atento al escucharlo, lo mira, asiente, etc.				

CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: INTERÉS / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-ACTIVIDAD				
6.- El CP se involucra en la actividad, busca llevarla a cabo de acuerdo a lo planteado.				
CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: PROPÓSITO / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-NIÑO				
7.- El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias.				
8.- El CP despliega una serie de acciones para integrar al niño a la actividad.				
9.- El CP orienta las acciones del niño sin restarle oportunidad.				
10.- Permite al niño explorar y crear durante la actividad sin perder el objetivo establecido.				
CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: PROPÓSITO / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-COORDINADOR				
11.- El CP se muestra activo para aprender lo que el coordinador le transmite durante la sesión.				
CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: PROPÓSITO / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-ACTIVIDAD				
12.- El CP busca que el niño realice la (s) actividad (s), genera acciones durante la sesión para que se lleven a cabo de acuerdo a lo planteado.				
13.- El CP busca que la actividad se realice de acuerdo a lo planteado sin ponerlo como prioridad sobre las necesidades y acciones del niño.				

CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: ACTITUD / SUBCATEGORÍA 2: CORPORAL				
14.- La actitud corporal del CP con respecto al niño, sus movimientos, acercamientos, contacto, aproximaciones hacia el niño, denotan emociones positivas. (mirada, gestos, movimientos corporales que denoten alegría, etc.)				
CATEGORÍA: MOTIVACIÓN / SUBCATEGORÍA 1: ACTITUD / SUBCATEGORÍA 2: MENTAL				
15.- Durante la sesión sus comentarios, opiniones, dialogo, en general cualquier forma de expresión a través del lenguaje denota emociones positivas hacia el niño.				
16.- El CP implementa estrategias de sesiones anteriores, comenta sobre actividades que realiza en casa y cómo le han funcionado o no.				
17.- Durante la sesión sus comentarios, opiniones, dialogo, en general cualquier forma de expresión a través del lenguaje denota emociones positivas hacia el coordinador, otros padres o el programa.				
CATEGORÍA: INTERACCIÓN / SUBCATEGORÍA 1: COMUNICACIÓN / SUBCATEGORÍA 2: FÍSICA				
18.- Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.				
19.- Establece comunicación con el niño a través del contacto físico, el cual le denota afecto y es adecuado para el contexto.				
20.- Establece una adecuada comunicación física con el niño, no se limita a una acción, es decir, lo carga, lo besa, lo acaricia, etc.				
21.- Busca la mirada del niño, lo ve y le sonríe, le hace gestos, le aplaude, etc. Hace estas acciones de manera oportuna dentro del contexto.				

CATEGORÍA: INTERACCIÓN / SUBCATEGORÍA 1: COMUNICACIÓN / SUBCATEGORÍA 2: VERBAL				
22.- Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.				
23.- Le habla para alabarlo, felicitarlo, al realizar una acción considerada satisfactoria, como el esfuerzo por hacer la actividad, etc., adecuado para el contexto sin interferir la acción.				
24.- Busca que lo vea al momento de hablarle o dirigirse a él.				
25.- El CP establece adecuada comunicación verbal con el niño. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es claro y adecuado para él y lo que le desea expresar.				
26.- Utiliza diferentes tonos de voz, acorde a lo que le desea expresar, aprobación, desaprobación, etc.				
27.- Le habla durante la sesión, le platica, nombra los objetos, juguetes, propicia el lenguaje del niño.				
28.- Utiliza palabras o frases adecuadas para su edad. Su lenguaje está acorde con el contexto del niño.				
29.- Es adecuado el ritmo y cantidad de lenguaje, no lo satura.				
CATEGORÍA: HABILIDAD / SUBCATEGORÍA 1: FÍSICA / SUBCATEGORÍA 2: POSICIÓN CUIDADOR-NIÑO				
30.- El cuidador mantiene una relación postural óptima con el niño para facilitar la actividad o ayudarlo si es necesario.				

31.- La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto, darle alguna indicación o manipularlo.				
32.- Su relación postural denota protección y cuidado. Esta dirigida para prevenir algún riesgo o caída.				
33.- Cuida la posición del niño, siguiendo las indicaciones del coordinador, observa los detalles de la posición según la indicación, toma las precauciones para evitar posición inadecuada.				
34.- El CP reconoce que las posiciones primariamente indicadas le están permitiendo al niño cumplir los objetivos de la actividad, si no es así busca diferentes alternativas de posición para conseguir el objetivo planteado con la actividad y el mayor éxito en el proceso de ejecución del niño.				
35.- Le permite movimiento libre y oportunidad de experimentar el movimiento de su cuerpo, o buscar la mejor posición para él. No le dirige en exceso su acción.				
CATEGORÍA: HABILIDAD / SUBCATEGORÍA 1: INTELECTUAL / SUBCATEGORÍA 2: CONOCIMIENTO PREVIO				
36.- Es capaz de prestar ayuda solo la necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo o restarle oportunidad. Conoce y reconoce sus habilidades.				
37.- Conoce y explica el diagnóstico del niño o las dificultades presentes con él en relación a su desarrollo.				
38.- Logra transmitir sus dudas, comentarios sobre aciertos o dificultades presentes en la actividad.				
39.- Es capaz de inferir riesgos, los previene y/o evita que se desarrollen o soluciona de manera oportuna, ya sea proporcionando seguridad al niño o alejando oportunamente del riesgo.				

CATEGORÍA: HABILIDAD / SUBCATEGORÍA 1: INTELECTUAL / SUBCATEGORÍA 2: CONOCIMIENTO ADQUIRIDO				
40.- Es capaz de integrar la información recibida y transmitirla a su entorno.				
41.- El CP habla sobre los logros obtenidos en la sesión de manera acertada, es capaz de notar adecuadamente los aciertos del niño.				
42.- El CP habla sobre las dificultades que presentó el niño durante la sesión de manera acertada.				
CATEGORÍA: HABILIDAD / SUBCATEGORÍA 1: SOCIOEMOCIONAL / SUBCATEGORÍA 2: ORGANIZACION				
43.- Logra expresar sus emociones, pensamientos, sentimientos durante la sesión ya sea hacia el coordinador u otros padres.				
44.- Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.				
CATEGORÍA: HABILIDAD / SUBCATEGORÍA 1: SOCIOEMOCIONAL / SUBCATEGORÍA 2: ANÁLISIS				
45.- Identifica claramente los estados de ánimo de su niño, los menciona.				
46.- Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño. Brinda soluciones.				
47.- Identifica y atiende las necesidades del niño. (hambre, sed, calor, sueño, etc.).				
48.- Es capaz de poner atención a la indicación, a la actividad, los comentarios, etc., sin abstraerse totalmente en el niño.				
49.- El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador en relación a las sugerencias o comentarios dirigidos hacia su diada de manera específica.				
50.- Modula conductualmente al niño, percibe sus señales y da respuesta a ellas en el contexto de la actividad.				

S: Corresponde a la calificación "siempre". F: Corresponde a la calificación "frecuentemente"
O: Corresponde a la calificación "ocasionalmente". N: Corresponde a la calificación "nunca"
CP: CUIDADOR PRIMARIO. EH: EXPEDIENTE HOSPITALARIO F: FECHA DE APLICACION
FN: FECHA DE NACIMIENTO

Y por último se presenta la Guía de aplicación e interpretación del Instrumento.

GUIA DE APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACION DEL CUIDADOR PRIMARIO

La guía contiene las definiciones operativas de los indicadores que conforman el instrumento de Evaluación de la Participación del Cuidador Primario (CP), así como la descripción de la escala de calificación propuesta para cada uno de los indicadores. Se recomienda que el observador conozca la guía de aplicación e interpretación previamente para facilitar su manejo.

La escala de calificación denota una frecuencia de aparición en la conducta esperada cuando ésta es necesaria. Sin embargo, recurrentemente las opciones de calificación de los indicadores está en función de la cualidad de la conducta expresada por el cuidador primario y no en la cantidad de presentación de manera determinante. Es decir, lo que interesa no es que el cuidador presente muchas veces o de manera constante los comportamientos señalados durante la sesión sino también se exhiba la cualidad de esta acción: cómo lo hace, si lo hace en el momento adecuado, oportunamente para el contexto, entre otras cualidades que se consideran de manera específica para cada indicador. Por lo tanto la directriz de los indicadores es la cualidad de la conducta de manera preponderante y no la cantidad de presentación de la conducta.

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE CALIFICACION GENERAL DE LOS INDICADORES

SIEMPRE/MUY BIEN: Corresponde a que el CP realiza las acciones o conductas muy bien o de forma adecuada respecto a la petición descrita para cada indicador tanto en lo que predominó (frecuencia) durante la sesión como en la cualidad (calidad) de la conducta esperada. La conducta o acción que realiza el CP durante la sesión, con la calidad y/o frecuencia que se describe para cada indicador. Hace referencia a que en esa sesión se cumplen los criterios descritos para esa conducta.

FRECUENTEMENTE/BIEN: Se refiere a una conducta o acción que realiza el cuidador durante la sesión, mostrando algunas irregularidades en su presentación. La tendencia se dirige a presentar la conducta esperada en sus diferentes parámetros, sin embargo con algunas variaciones de frecuencia y/o cualidad de la conducta. Corresponde a que la calidad con la que lo hace esta bien pero le hace falta perfeccionar algunos detalles en su conducta, a la par que muestra cierta inconsistencia con la presentación de la conducta adecuada, en la mayoría de las ocasiones hace la conducta esperada y en ocasiones muestra ciertas variaciones no consideradas adecuadas.

OCASIONALMENTE/DEFICIENTE: Se refiere a una conducta o acción que realiza el cuidador durante la sesión, mostrando una tendencia a no realizar la conducta esperada en la mayoría de las ocasiones. Se presenta con mayor frecuencia la conducta no esperada en relación a la esperada. El cuidador presenta mayores deficiencias en relación a la conducta que se espera para cada indicador y la presencia de la conducta esperada es menor.

NUNCA/MAL: Se refiere a la ausencia o deficiencia predominante de la conducta esperada en el cuidador durante la sesión. El no la realiza de forma adecuada o de acuerdo a lo esperado. Muestra importantes dificultades para presentar la conducta esperada, existiendo una tendencia a hacerla predominantemente de manera inadecuada o no lograrla.

NOTA: EL INDICADOR 1 y 50 CAMBIAN EN RELACIÓN A LA CALIFICACIÓN ASIGNADA, YA QUE APARECE LA CALIFICACIÓN EN RELACIÓN A LA PUNTUALIDAD COMO: MUY BIEN, BIEN, DEFICIENTE, MAL, HACIENDO ÉNFASIS EN EL INIDCADOR 1 AL TIEMPO DE RETRASO Y LA ACTITUD DEL CUIDADOR PRIMARIO AL INCORPORARSE POSTERIORMENTE A LA HORA DE ENTRADA PARA EL INICIO DE LA SESIÓN.

DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACION DEL CUIDADOR PRIMARIO

CATEGORÍA: MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: INTERÉS / SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-NIÑO

1.- El cuidador primario (CP) llegó a la sesión de manera puntual*.

DESCRIPCIÓN: El CP asistió a la sesión puntualmente. Se considera la asistencia y puntualidad como determinantes de la motivación, sin embargo es importante poner atención en aspectos externos que pueden influir directa o indirectamente sobre esta acción.

MUY BIEN: El CP llegó y se incorporó puntualmente a la sesión programada.

BIEN: El CP llegó 10 minutos tarde, incorporándose rápidamente a la sesión.

DEFICIENTE: El CP llegó 10 minutos tarde pero no intenta incorporarse a la actividad hasta que lo llaman. O llegó después de 10 minutos incorporándose a la sesión.

MAL: El CP llegó a la mitad última de la sesión. No intenta incorporarse.

***NO CALIFICAR EL FORMATO SI LLEGA DESPUÉS DE LA MITAD DE LA SESIÓN.**

ES IMPORTANTE ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES EL MOTIVO QUE EXPRESA EL CP SOBRE SU HORA DE LLEGADA Y SU ACTITUD AL INCORPORARSE TARDE AL GRUPO; SI SE INCORPORA RÁPIDAMENTE, PIERDE TIEMPO PARA INTEGRARSE, INTENTA INICIAR LA ACTIVIDAD O NO LO HACE, ETC.

OBSERVACIONES: _____

2.- El CP dirige su atención hacia el niño, está pendiente de él, lo observa:

DESCRIPCIÓN: *Durante la sesión el CP está pendiente del niño, de sus acciones, sus gestos, necesidades, movimientos, etc. Si el niño ya se desplaza, lo sigue con la mirada, lo guía controlando el desplazamiento, infiere riesgos y no lo deja desplazarse, etc.*

SIEMPRE: El CP está atento al niño durante todo momento que es necesario, no pierde la atención hacia él. Privilegia su atención hacia el niño durante la sesión.

FRECUENTEMENTE: El CP está atento al niño, la mayoría de las veces que es necesario. Sin embargo, se distrae y llega a perderle atención en breves momentos de la sesión. Predomina la tendencia a mantener la atención hacia el niño oportunamente.

OCASIONALMENTE: El CP pierde fácilmente su atención hacia el niño. Su atención es irregular, con menor tendencia a mantenerla. Está atento al niño en menos ocasiones de las necesarias.

NUNCA: El CP no está atento al niño durante la sesión, se distrae fácilmente. Es muy difícil señalar algún momento en el que logró estar atento al niño. Le es difícil privilegiar su atención hacia el niño.

3.- El CP orienta las acciones del niño oportunamente durante la sesión.

DESCRIPCIÓN: *El CP orienta la acción del niño considerando el proceso de ejecución que está llevando a cabo, es capaz de inferir oportunamente las necesidades o dificultades presentes en su acción, así como sus aciertos o logros, interviene sin restarle oportunidad sin desorganizarlo.*

SIEMPRE: El CP orienta la acción del niño considerando el proceso de ejecución que está llevando a cabo, infiere oportunamente para cubrir las necesidades o dificultades presentes en su acción, así como mencionarle sus aciertos o logros. Interviene sin restarle oportunidad y dirigiendo su acción sin desorganizarlo.

FRECUENTEMENTE: El CP la mayoría de las ocasiones presentes, orienta la acción del niño considerando el proceso de ejecución que está llevando a cabo. Puede presentar cierta dificultad para inferir las necesidades o dificultades presentes en su acción, así como en sus aciertos o logros. Le resta oportunidad y/o perturba su acción negativamente pero en general logra orientarlo adecuadamente.

OCASIONALMENTE: El CP tiene dificultad para orientar oportunamente las necesidades o dificultades presentes en su acción, así como sus aciertos o logros. Cuando interviene, le resta oportunidad y/o desorganiza su acción predominantemente.

NUNCA: El CP no logra orientar la acción del niño de manera adecuada. No considera el proceso de ejecución que lleva a cabo, no es capaz de inferir las necesidades o dificultades presentes en su acción, así como sus aciertos o logros. Cuando interviene le resta oportunidad y desorganiza su acción.

4.- El CP logra tener la atención del niño durante la sesión y establece contacto con él.

DESCRIPCIÓN: *El CP logra tener la atención del niño durante la sesión. Genera estrategias para mantenerla y consigue establecer contacto con el niño.*

SIEMPRE: El CP oportunamente logra tener la atención del niño durante la sesión. Es capaz de generar estrategias para mantenerla y establecer contacto recíproco con el niño siempre que es necesario.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las ocasiones que es necesario y oportuno logra tener la atención del niño. Genera estrategias para tener la atención del niño y establecer contacto con él en algunas ocasiones que es necesario.

OCASIONALMENTE: El CP en menores ocasiones que es necesario y oportuno logra tener la atención del niño durante la sesión. Genera estrategias para tener la atención del niño y establecer contacto con él, en pocas ocasiones que es necesario.

NUNCA: El CP no logra tener la atención del niño, ya sea porque no genera estrategias o las que genera no le funcionan. No logra establecer contacto con él.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: INTERÉS

SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-COORDINADOR

5.- El CP dirige su atención hacia el coordinador cuando da las indicaciones generales y/o específicas, se muestra atento al escucharlo, lo mira, asiente, etc.

DESCRIPCIÓN: *El CP dirige su atención e interés hacia el coordinador cuando está ofreciendo la información en sus intervenciones dentro del grupo, ya sea para explicar una acción de manera general, o al dar una recomendación específica para el CP. Es decir, se puede observar que pone atención al coordinador buscando aprender de él.*

SIEMPRE: El CP en las intervenciones que hace el coordinador se muestra atento. Es capaz de determinar que es oportuno dirigir su atención de manera preponderante al coordinador.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las intervenciones que hace el coordinador dentro del grupo dirige su atención hacia él. Sin embargo llega a perderle atención, en ocasiones que no establece como prioritarias de manera oportuna o por no ser una recomendación específica.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones dirige su atención hacia las intervenciones que hace el coordinador dentro del grupo. No determina los momentos preponderantes en los que es necesario dirigir su atención al coordinador.

NUNCA: El CP no presta atención al coordinador al momento de hacer intervenciones dentro del grupo. De manera continua y preponderante no prioriza su atención al coordinador en el momento oportuno.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: INTERÉS

SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-ACTIVIDAD

6.- El CP se involucra en la actividad, busca llevarla a cabo de acuerdo a lo planteado.

DESCRIPCIÓN: *El CP se involucra en la actividad, muestra interés en la ejecución de la misma. Comprende el objetivo de la actividad y busca llevarla a cabo de acuerdo a lo planteado.*

SIEMPRE: El CP en todas las actividades propuestas en la sesión, busca involucrarse en la misma siguiendo el objetivo planteado con la actividad.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las actividades propuestas, busca involucrarse siguiendo el objetivo planteado. Sólo en algunas ocasiones pierde interés o atención en la realización de la misma o en el objetivo que se busca al realizarla.

OCASIONALMENTE: El CP en menores ocasiones busca involucrarse en las actividades propuestas siguiendo el objetivo planteado. Pierde constantemente el interés o atención en la realización de la actividad o en el objetivo planteado.

NUNCA: El CP no busca involucrarse en la actividad, ni en la realización de la misma de acuerdo al objetivo planteado.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: PROPÓSITO SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-NIÑO

7.- El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias.

DESCRIPCIÓN: El CP durante la actividad guía las acciones del niño de acuerdo a sus competencias y lo que busca desarrollar en él. Las estrategias que tiene el cuidador respetan la acción del niño y generan reto alcanzable.

Nota: El CP identifica el proceso de desarrollo del niño, es decir necesidades o demandas. El reto está en generar acciones en respuesta a necesidades.

SIEMPRE: El CP en todas las oportunidades presentes guía las acciones del niño de acuerdo a sus competencias. Siempre respeta la acción del niño generando retos alcanzables para él mismo.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las oportunidades presentes guía las acciones del niño de acuerdo a sus competencias. Sólo en pocas ocasiones no toma en cuenta lo que busca desarrollar en el niño ni sus competencias.

OCASIONALMENTE: El CP en muy pocas ocasiones guía las acciones del niño de acuerdo a sus competencias. En pocas ocasiones toma en cuenta lo que busca desarrollar en el niño y el despliegue de sus competencias.

NUNCA: El CP presenta dificultad importante para guiar las acciones del niño de acuerdo a sus competencias. No respeta la acción del niño, impone su forma de resolver y los retos que genera son inadecuados para él mismo.

8.-El CP despliega una serie de acciones para integrar al niño a la actividad.

DESCRIPCIÓN: El CP genera estrategias, es creativo, tiene herramientas para hacer llamativa la actividad e integrar al niño a la misma, incluso aun cuando le sea difícil al cuidador, lo intenta y persiste.

SIEMPRE: El CP en todas las actividades busca que el niño este interesado e integrado a la actividad, generando estrategias adecuadas y oportunas para llamar su atención hacia la misma.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las actividades busca que el niño este interesado e integrado a la misma, generando estrategias adecuadas y oportunas para llamar su atención la mayoría de las ocasiones. Sólo en pocas actividades no busca y/o ni genera acciones adecuadas y oportunas para integrarlo a la actividad.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas actividades busca que el niño este interesado e integrado a la misma. Sólo en pocas ocasiones genera acciones adecuadas y oportunas para integrarlo a la actividad.

NUNCA: El CP no busca integrar al niño y tampoco interesarlo en la actividad, desiste fácilmente, no genera acciones adecuadas ni oportunas para integrarlo.

9.- El CP orienta las acciones del niño sin restarle oportunidad.

DESCRIPCIÓN: *El CP orienta la acción del niño durante la actividad, respetando su ritmo y dándole oportunidad de desplegar sus competencias. No le resta oportunidad de acción. Esta acción por parte del cuidador implica reconocimiento de las competencias del niño y sus dificultades.*

SIEMPRE: El CP orienta la acción del niño adecuadamente, reconoce sus competencias y dificultades.

FRECUENTEMENTE: El CP la mayoría de las ocasiones orienta la acción del niño adecuadamente. En pocas ocasiones se le dificulta reconocer las competencias y dificultades del niño para realizar la actividad.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones orienta la acción adecuadamente. En la mayoría de las ocasiones se le dificulta reconocer sus competencias y dificultades.

NUNCA: El CP no reconoce las competencias y dificultades del niño, no es capaz de orientar adecuadamente su acción en ninguna oportunidad.

10.- El CP permite al niño explorar y crear durante la actividad sin perder el objetivo establecido.

***DESCRIPCIÓN:** El CP le da oportunidad al niño de conocer el material, explorarlo y realizar la actividad sin perder el objetivo planteado. Comprende que un objeto nuevo puede generar curiosidad y le da tiempo necesario de conocerlo. Lo introduce a la actividad paulatinamente.*

SIEMPRE: El CP le da oportunidad al niño de explorar el material que se va a utilizar y logra introducirlo a la actividad paulatinamente siguiendo el objetivo planteado con la misma.

FRECUENTEMENTE: El CP la mayoría de las ocasiones le da oportunidad de explorar el material que se va a utilizar y logra introducirlo a la actividad en la mayoría de las ocasiones lo hace de manera paulatina siguiendo el objetivo planteado con la misma.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones deja al niño explorar el material que se va a utilizar y lo introduce a la actividad siguiendo el objetivo planteado con la misma o le permite explorar el material que se va a utilizar pero, de manera predominante, pierde el objetivo planteado.

NUNCA: El CP no deja al niño explorar. Lo lleva a la actividad de manera abrupta, buscando llegar al objetivo planteado. Es predominante en el CP que pierda el objetivo planteado o no le permita explorar el material buscando la realización equivocada del objetivo.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: PROPÓSITO SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-COORDINADOR

11.- El CP se muestra activo para aprender lo que el coordinador le transmite durante la sesión.

DESCRIPCIÓN: *El CP genera estrategias para aprender lo que el coordinador le puede enseñar (a través de la explicación sobre la actividad y su objetivo, sobre las acciones del niño, las indicaciones para realizarla, acotaciones sobre puntos específicos durante la sesión, etc.). Le puede preguntar si lo está haciendo bien o cómo hacer determinada actividad o modificarla, comenta sobre sus acciones, genera diálogo en la sesión, propone tema de plática-análisis, etc.*

SIEMPRE: El CP en las oportunidades presentes durante la sesión, busca aprender del coordinador, generando estrategias como preguntar, expresar sus dudas, o comentar sobre la utilidad percibida o los alcances que puede tener la actividad en el desarrollo del niño. Se expresa con claridad y puede ser específico sobre lo que quiere ampliar de manera oportuna.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las oportunidades presentes durante la sesión, busca aprender del coordinador, generando estrategias como preguntar, etc. Expresa con claridad pero se restringe a la actividad en sí, sin proyectar los beneficios o utilidad o generalización de la misma. Presenta algunas dificultades para analizar y asimilar la información proporcionada.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones de las oportunidades presentes durante la sesión, busca aprender del coordinador, generando estrategias como preguntar, etc. Le es difícil expresar con claridad sus dudas o comentarios o los expresa mal la mayoría de las ocasiones, genera preguntas de manera inadecuada e inoportuna en relación al contexto de su niño.

NUNCA: El CP no genera estrategias para aprender del coordinador, no pregunta, no comenta, etc. Presenta gran dificultad para expresar sus dudas durante la sesión. Las preguntas que genera son inadecuadas e inoportunas en relación al contexto de su niño.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: PROPÓSITO

SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR PRIMARIO-ACTIVIDAD

12.- El CP busca que el niño realice la (s) actividad (s), genera acciones durante la sesión para que se lleven a cabo de acuerdo a lo planteado.

DESCRIPCIÓN: *El CP genera acciones y despliega estrategias para que el niño realice las actividades de acuerdo a lo planteado. Puede modificarlas respecto al material, agregar algún elemento como el cantar, etc. Sin perder el objetivo de la misma, comprende el objetivo de la actividad y busca conseguirlo.*

SIEMPRE: El CP genera acciones adecuadas que permiten que el niño lleve a cabo las actividades de acuerdo a lo planteado.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las actividades propuestas genera acciones adecuadas para que el niño realice las actividades de acuerdo a lo planteado, en algunas ocasiones pierde el objetivo o la acción generada no fue la adecuada para llevarlas a cabo.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas actividades propuestas genera acciones adecuadas para que el niño realice la actividad de acuerdo a lo planteado. Se distrae fácilmente, pierde el objetivo. Es predominante que no alcance a desplegar la acción del niño que se busca con la actividad o en varias actividades de la sesión ya que las estrategias generadas no son adecuadas.

NUNCA: El CP no genera acciones predominantemente en las actividades propuestas durante la sesión para que el niño las realice de acuerdo a lo planteado. O genera acciones pero dirigen al niño hacia otra actividad y no lo planteado, es decir, son inadecuadas.

13.- El CP busca que la actividad se realice de acuerdo a lo planteado sin ponerlo como prioridad sobre las necesidades y acciones del niño.

DESCRIPCIÓN: *El CP busca que la actividad se lleve a cabo de acuerdo a lo planteado por el coordinador, comprende la importancia de la actividad en relación al objetivo que se persigue al realizarla. Sin embargo, aunque tiene como objetivo realizar la actividad, no olvida el proceso de ejecución del niño y sus necesidades, las respeta. Es decir, no olvida el proceso de las competencias del niño para la realización de las actividades, ni sus necesidades, que podrían entrar en conflicto con la dinámica de la actividad, las considera y toma en cuenta.*

SIEMPRE: El CP busca que las actividades propuestas durante la sesión se realicen de acuerdo a lo planteado, tomando como prioridad el proceso de ejecución del niño y sus necesidades. Es decir, considera las necesidades y proceso de ejecución del niño cuando intenta implementar la actividad.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las actividades propuestas durante la sesión busca que se realicen de acuerdo a lo planteado, tomando como prioridad en cada una el proceso de ejecución del niño y sus necesidades. Sólo en algunas ocasiones llega a tomar como prioridad la realización de la actividad y la prepondera sobre las necesidades y proceso de ejecución del niño.

OCASIONALMENTE: El CP en la mayoría de las ocasiones toma como prioridad la realización de la actividad y lo prepondera sobre las necesidades y proceso de ejecución del niño. Sólo en algunas actividades propuestas durante la sesión busca que se realicen de acuerdo a lo planteado, tomando como prioridad en cada una el proceso de ejecución del niño y sus necesidades.

NUNCA: El CP pone como prioridad la realización de la actividad y la prepondera sobre las necesidades y proceso de ejecución del niño. Busca que el niño realice la actividad de acuerdo a lo planteado de manera preponderante.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: ACTITUD

SUBCATEGORÍA 2: CORPORAL

14.- La actitud corporal del CP con respecto al niño, sus movimientos, acercamientos, contacto, aproximaciones hacia el niño, denotan emociones positivas. (mirada, gestos, movimientos corporales que denoten alegría, etc.)

DESCRIPCIÓN: *El CP le transmite al niño con sus acciones emotivas, afectos como: seguridad, confianza, alegría, orgullo, etc. Se puede observar cuando mantiene la cercanía adecuada para protegerlo, tiene contacto físico con él para felicitarlo y/o animarlo. Su posición corporal con respecto al niño la mantiene en una cercanía óptima para realizar las actividades y darle oportunidad de explorar activamente el entorno; mantiene contacto con él a través de la mirada, la sonrisa, asiente si hace algo considerado como adecuado, etc. Es importante señalar que sea adecuado para el contexto.*

SIEMPRE: El CP durante la sesión le transmite afecto al niño, siendo adecuado para el contexto, su mirada, gestos, movimientos denotan aprobación hacia sus acciones o logros, no interfiere con las acciones del niño, lo manifiesta de manera oportuna.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las ocasiones le transmite emociones positivas al niño, siendo adecuadas para el contexto. Sin embargo, puede tener algunas variaciones en que transmita afecto pero no adecuado para el contexto o que no transmita en algunas ocasiones este afecto tal vez por distracción, etc.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones le transmite afectos al niño, siendo adecuado para el contexto o tiene muchas ocasiones en que transmite afecto pero no adecuados para el contexto.

NUNCA: El CP no le transmite al niño emociones que denoten afecto durante la sesión o cuando lo hace de manera predominante no es adecuado para el contexto.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

SUBCATEGORÍA 1: ACTITUD

SUBCATEGORÍA 2: MENTAL

15.- Durante la sesión sus comentarios, opiniones, diálogo, en general cualquier forma de expresión a través del lenguaje denota emociones positivas hacia el niño.

DESCRIPCIÓN: *El CP refleja emociones positivas hacia el niño al momento de hablar de él, hacer comentarios con respecto a sus logros y/o dificultades presentes en casa o durante la sesión. Comenta acerca del niño de manera positiva, resalta principalmente sus logros, siendo capaz de notar sus dificultades.*

SIEMPRE: El CP expresa emociones positivas en todos sus comentarios, opiniones, diálogo, etc., relacionados con él niño durante la sesión.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de sus comentarios, opiniones, diálogos, etc., relacionados con el niño y expresados durante la sesión, denota afecto. Sólo en algunas ocasiones llega a tener comentarios negativos sobre el niño.

OCASIONALMENTE: El CP en pocos comentarios, diálogo, opiniones, etc., relacionados con él niño denota emociones positivas. La mayoría de sus intervenciones resaltan sus dificultades antes que sus logros.

NUNCA: El CP en ningún comentario expresado durante la sesión, opiniones o diálogo denota emociones positivas hacia el niño. Lo descalifica en todo momento, sólo reporta dificultades.

16.- El CP implementa estrategias de sesiones anteriores, comenta sobre actividades que realiza en casa y cómo le han funcionado o no.

DESCRIPCIÓN: *El CP implementa estrategias comentadas en sesiones anteriores, hace mención sobre actividades que ha intentado en casa, como las ha implementado, los resultados obtenidos, y/o los cambios o modificaciones que hizo considerándolos necesarios para poder llevar a cabo lo aprendido en la sesión. Lo importante es el interés del cuidador para recordar e implementar las acciones aprendidas en la sesión.*

SIEMPRE: El CP expresa preguntas, comentarios y sugerencias de forma segura a otros padres y al coordinador que revelan que ha podido implementar las estrategias de la sesión anterior o de sesiones previas.

FRECUENTEMENTE: El CP expresa a través de preguntas, comentarios y sugerencias a otros padres y al coordinador que ha implementado algunas estrategias de sesiones anteriores.

OCASIONALMENTE: El CP expresa a través de preguntas, comentarios y sugerencias a otros padres y al coordinador que ha implementado pocas estrategias de sesiones anteriores.

NUNCA: El CP no expresa a través de preguntas, comentarios y sugerencias a otros padres y al coordinador que ha implementado las estrategias de sesiones anteriores.

17.- Durante la sesión sus comentarios, opiniones, dialogo, en general cualquier forma de expresión a través del lenguaje denota emociones positivas hacia el coordinador, otros padres o el programa.

DESCRIPCIÓN: El CP manifiesta a través de sus comentarios u opiniones dentro del programa, o en general cualquier manifestación a través del lenguaje, emociones positivas hacia los elementos que conforman el programa como son, el coordinador, otros padres o los preceptos del mismo.

SIEMPRE: El CP en sus comentarios, opiniones o dialogo en general dentro de la sesión manifiesta empatía, claridad, en general emociones positivas hacia los elementos del

programa. Hace comentarios que se dirigen hacia críticas constructivas, o llevan al aprendizaje y/o retroalimentación.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de sus comentarios, opiniones o dialogo en general dentro de la sesión manifiesta empatía, claridad, en general emociones positivas hacia los elementos del programa. Solo en algunas ocasiones llega a denotar comentarios negativos hacia los preceptos del programa, los padres, el coordinador. Es raro que exprese o haga comentarios sobre algún elemento del programa que no se dirijan hacia un aprendizaje o crítica constructiva del mismo.

OCASIONALMENTE: El CP en la mayoría de sus comentarios, opiniones o dialogo dentro de la sesión denota emociones negativas hacia los preceptos del programa, los padres, el coordinador. Es raro que sus comentarios presenten una carga positiva o una intención de aprendizaje o retroalimentación. O puede suceder que no exprese o haga comentarios, su tendencia es no expresar sus comentarios, opiniones, etc., no integrarse en la conversación, no aportar.

NUNCA: El CP en sus comentarios, opiniones o diálogo dentro de la sesión denota predominantemente sentimientos negativos hacia los preceptos del programa, los padres, el coordinador, se observa claramente una carga negativa sobre lo que expresa de alguno de los elementos del programa. O presenta una clara tendencia a mantenerse al margen del dialogo, no participar ni expresar sus opiniones o comentarios. Se mantiene al margen, solo se dirige a seguir indicaciones.

CATEGORÍA INTERACCIÓN
SUBCATEGORÍA 1: COMUNICACIÓN SUBCATEGORÍA 2: FÍSICA

18.- Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.

DESCRIPCIÓN: *El CP le transmite al niño adecuadamente sus distintas emociones y se las hace notar. Si le desea transmitir su enojo, felicidad, aprobación, etc., varia su gesto, sus movimientos, ademanes, etc., mostrando una clara congruencia su acción con su emoción.*

SIEMPRE: El CP siempre al dirigirse al niño logra expresar sus diferentes emociones, lo hace de manera clara, mostrando congruencia con sus gestos y sus acciones.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las ocasiones al dirigirse al niño logra expresar sus diferentes emociones de manera clara, mostrando congruencia con su dialogo, gestos, sus acciones con sus emociones. Son pocas las ocasiones en los que transmite un mensaje confuso al niño por no haber congruencia entre su emoción y acción.

OCASIONALMENTE: El CP en menor grado al dirigirse al niño logra expresar sus diferentes emociones de manera clara, no mostrando congruencia con su dialogo, gestos, sus acciones con sus emociones.

NUNCA: El CP al dirigirse al niño no logra expresar sus diferentes emociones de manera clara, no muestra congruencia con sus acciones y emociones. Es predominante la comunicación confusa e incongruente hacia las acciones del niño y lo que le desea expresar.

19.- Establece comunicación con el niño a través del contacto físico, el cual le denota afecto y es adecuado para el contexto.

DESCRIPCIÓN: *Durante la sesión el CP tiene muestras de afecto hacia el niño, a través de caricias, besos, abrazos, etc., cualquier contacto físico que tenga una connotación favorable para el niño y sea adecuada para el momento. Sus demostraciones físicas no interfieren con sus acciones.*

SIEMPRE: El CP establece contacto físico con el niño adecuado para el contexto, le demuestra afecto sin interferir en sus acciones, es decir, lo hace en momentos oportunos durante la sesión.

FRECUENTEMENTE: Establece contacto físico con el niño en general adecuado para el contexto, la mayoría de las veces no interfiere sus acciones para mostrarle un afecto. Predominan estas expresiones cada vez que es posible, aunque alguna vez lo hace de forma inadecuada o fuera de contexto.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones establece contacto físico con el niño, no se observa una carga afectiva evidente y es inadecuado para el contexto en la mayoría de las veces.

NUNCA: El CP establece contacto físico con el niño inadecuado para el contexto. O se manifiesta éste en pocas o nulas ocasiones. Cada vez que sucede interrumpe la actividad o la interacción posible del niño con los objetos o esquemas de acción propuestos.

20.- Establece una adecuada comunicación física con el niño, no se limita a una acción, es decir, lo carga, lo besa, lo acaricia, etc.

DESCRIPCIÓN: *El repertorio que tiene el CP para entablar comunicación con el niño, establecer contacto con él, se manifiesta en diferentes acciones que realiza como pueden ser besarlo, cargarlo, acariciarlo, etc. Establecer una comunicación física adecuada también hace referencia a la calidad de las expresiones en relación al momento oportuno en el contexto.*

SIEMPRE: El CP tiene un amplio repertorio de acciones para establecer comunicación física con el niño, no se limita a una sola acción. Identifica adecuadamente el momento oportuno para dar una muestra afectiva al niño, no interfiere con sus acciones y lo hace dentro del contexto.

FRECUENTEMENTE: El CP en la mayoría de las ocasiones establece comunicación física adecuada con el niño. En ocasiones no hace tantas variaciones en las expresiones físicas o llega a presentar dificultad para expresarlo adecuadamente en el contexto.

OCASIONALMENTE: El CP en menores ocasiones establece comunicación física adecuada con el niño. Tiene una tendencia a no presentar variaciones en la expresión física o hacerla inoportunamente en el contexto.

NUNCA: El CP tiene una tendencia muy marcada a no establecer comunicación física con el niño a menos que sea necesario o al hacerlo es predominantemente de manera inadecuada en el contexto.

21.- Busca la mirada del niño, lo ve y le sonríe, le hace gestos, le aplaude, etc. Hace estas acciones de manera oportuna dentro del contexto.

DESCRIPCIÓN: *El CP mantiene contacto con el niño sin necesidad de acercamientos físicos, busca su mirada, le sonríe, gesticula, le aplaude. Busca llamar la atención del niño, no perder contacto con él por largos periodos. Lo hace adecuado para el contexto del niño, respetando su acción o actividad realizada. A través de esta acción le hace saber al niño que está al pendiente de él y de sus acciones.*

SIEMPRE: El CP mantiene contacto con el niño de manera constante, le transmite emociones adecuadas a la acción o necesidad del niño, no interfiere con sus acciones sin embargo le hace saber a través de la mirada, la sonrisa, algún gesto que está al pendiente de él. Siendo adecuado al contexto del niño.

FRECUENTEMENTE: El CP presenta pocos periodos en los que pierde contacto con el niño o lo hace de manera inoportuna fuera del contexto del niño. Hay una tendencia a si mantener comunicación a distancia con el niño, sin embargo por momentos se distrae y prioriza inadecuadamente otras acciones a su alrededor.

OCASIONALMENTE: El CP presenta constantes periodos en los que pierde contacto con el niño y lo hace de manera inoportuna fuera del contexto del niño. Es mayor la tendencia a perder contacto con el niño, son más frecuentes los momentos en que se distrae que aquellos en los que le hace saber al niño que está al pendiente de él y de sus acciones.

NUNCA: El CP presenta periodos amplios y constantes en los que no establece contacto con el niño a través de la mirada, algún gesto, etc., y cuando lo hace se presenta de manera predominante fuera de contexto. Hay una clara tendencia a perder contacto con el niño, no buscar su atención. no ve al niño, no tiene interacción gestual, visual con él.

CATEGORÍA INTERACCIÓN SUBCATEGORÍA 1: COMUNICACIÓN SUBCATEGORÍA 2: VERBAL
--

22.- Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.

DESCRIPCIÓN: *El CP le habla al niño, le explica sobre las acciones que van a realizar en el juego o actividad planteada por el coordinador, lo dirige durante la actividad demostrándole paciencia, calma, tranquilidad. Si el niño se equivoca o no realiza la acción esperada no lo descalifica. Se dirige a él denotando en general afectos aún al corregirlo por alguna acción inadecuada lo hace de manera optima para la comprensión y aprendizaje del niño.*

SIEMPRE: El CP le habla al niño denotando afecto, no lo descalifica en sus acciones aun cuando se haya equivocado, le explica, lo corrige, lo dirige.

FRECUENTEMENTE: El CP presenta una tendencia a establecer una comunicación verbal con el niño adecuado para el contexto y que denota afecto. Sólo en algunas ocasiones le habla al niño denotando desaprobación (le dice tonto, es que no sabe, etc.), realiza acciones que no denotan afecto hacia el niño.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones le expresa una comunicación verbal al niño que denote afecto. Presenta una tendencia a establecer comunicación verbal inadecuada para el contexto y que denota sentimientos negativos, lo descalifica constantemente.

NUNCA: El CP le habla al niño denotando de manera marcada sentimientos negativos hacia él. No le explica sobre acciones a realizar, si se equivoca automáticamente lo descalifica, no se muestra paciente para dirigirlo, etc.

23.- Le habla para alabarlo, felicitarlo, al realizar una acción considerada satisfactoria, como el esfuerzo por hacer la actividad, etc., adecuado para el contexto sin interferir la acción.

DESCRIPCIÓN: *El CP reconoce los logros, aciertos y esfuerzo en las acciones que el niño realiza a través de comentarios, alabanzas, felicitaciones, aplausos, etc., y se lo hace saber de manera oportuna, no interfiriendo o desorganizando su acción.*

SIEMPRE: El CP le manifiesta y expresa reconocimiento de forma adecuada al niño (a través de alabos, aplausos, etc.) cuando tiene logros, aciertos, se esfuerza al intentar alguna acción y se lo hace saber sin interferir o desorganizar su acción.

FRECUENTEMENTE: El CP presenta una tendencia a reconocer los logros, el esfuerzo y aciertos que el niño tiene y a expresar su aprobación adecuadamente. Sin embargo en algunas ocasiones no lo hace, por lo que no lo alaba, incentiva o felicita por alguna acción considerada satisfactoria. O lo hace pero interfiere y desorganiza al niño de forma esporádica.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad para expresar su reconocimiento sobre los logros, el esfuerzo y aciertos que el niño tiene al intentar alguna acción y cuando lo hace y se lo quiere demostrar interfiere o desorganiza la acción del niño.

NUNCA: El CP tiene gran dificultad para expresar su reconocimiento sobre los logros, el esfuerzo y aciertos que el niño tiene al intentar alguna acción. Es notoria y predominante la tendencia a interferir con la acción del niño o desorganizarlo al querer demostrar que noto alguna acción que considera positiva en el niño.

24.- Busca que lo vea al momento de hablarle o dirigirse a él.

DESCRIPCIÓN: *El CP comprende la importancia del lenguaje y el establecimiento de una comunicación acertada en cada etapa del niño. Cuando el niño inicia la adquisición del lenguaje es por imitación y más adelante es para confirmar una recepción adecuada del mismo. Por lo cual busca mirar al niño y que él lo mire al momento de transmitirle un mensaje.*

SIEMPRE: El CP de manera predominante busca que el niño lo vea al momento de hablarle. Identifica adecuada y oportunamente que es importante para mayor claridad del lenguaje y para adquisición del mismo, captar la atención del niño al momento de dirigirse a él.

FRECUENTEMENTE: El CP busca que el niño lo vea al momento de hablarle, solo en algunas ocasiones, se dirige al niño sin importar que el mensaje se transmita o se haya recibido de manera oportuna de acuerdo a lo que le quiere expresar pasando por alto la importancia de tener la atención del niño al momento de hablarle.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones se esfuerza por buscar la mirada del niño. Presenta una mayor tendencia a hablarle al niño sin buscar su atención, no busca que el niño lo mire al hablarle. No impone un patrón, a veces busca su mirada y otras no lo hace.

NUNCA: El CP de manera constante y predominante pierde la atención del niño, no se interesa o esfuerza por buscar su mirada al hablarle, son muy inconstantes las ocasiones en que lo hace.

25.- El CP establece adecuada comunicación verbal con el niño. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es claro y adecuado para él y lo que le desea expresar.

DESCRIPCIÓN: *El CP le habla al niño de manera clara, y lo hace de acuerdo a lo que desea expresar en el momento adecuado y oportuno. Si el niño está realizando alguna acción inadecuado, lo regaña, lo corrige, le habla de acuerdo a la comprensión del niño o si lo quiere felicitar, consentir lo hace sin interferir o desorganizar alguna acción.*

SIEMPRE: El CP establece una adecuada comunicación verbal con el niño, le habla al niño de manera clara, y lo hace de acuerdo a lo que desea expresar en el momento adecuado y oportuno.

FRECUENTEMENTE: El CP establece una adecuada comunicación con el niño, solo en ocasiones lo hace de manera confusa y no le transmite el mensaje deseado o lo hace en momentos inoportunos propiciando que el niño se desorganice (por ejemplo: regañarlo por una acción que hizo el niño después de un largo periodo, etc.). Presenta ocasiones en que deja pasar momentos oportunos en los que puede entablar comunicación verbal con el niño.

OCASIONALMENTE: El CP se exprese poco a nivel verbal con el niño o se expresa pero tiene dificultad para establecer una adecuada comunicación con el niño, lo confunde, no le transmite de manera predominante el mensaje deseado, o lo hace de manera constante en momentos inapropiados e inoportunos.

NUNCA: El CP presenta muy pobre expresión verbal con el niño, le habla solo lo necesario. O cuando lo hace presenta una marcada tendencia a no establecer una adecuada comunicación verbal con él, de manera constante confunde al niño, cambia las indicaciones, los mensajes no son claros o los transmite predominantemente en momentos inadecuados.

26.- Utiliza diferentes tonos de voz, acorde a lo que le desea expresar, aprobación, desaprobación, etc.

DESCRIPCIÓN: *El CP es capaz de transmitir de manera acertada un mensaje gracias a que utiliza apropiadamente cambios en su tono de voz, así le transmite al niño y le hace notar si lo está consintiendo, corrigiendo, etc.*

SIEMPRE: El CP utiliza adecuadamente diferentes tonos de voz para transmitir al niño el mensaje que desea expresar. Sus diferencias en el tono de voz, permiten que el niño identifique la emoción del mensaje y lo hace de manera adecuada a la acción del niño.

FRECUENTEMENTE: El CP en algunos momentos es plano al hablarle al niño, lo que hace que el niño se confunda y no reciba adecuadamente la información deseada. Sin embargo presenta mayor tendencia a utilizar adecuadamente los diferentes tonos de voz.

OCASIONALMENTE: El CP en pocas ocasiones transmite el mensaje de manera clara. Presenta una marcada inconsistencia al utilizar los diferentes tonos de voz, por lo que la transmisión del mensaje es confusa.

NUNCA: El CP tiende a ser plano al hablarle o dirigirse al niño. Sus tonos de voz no son adecuados hacia lo que le desea expresar.

27.- Le habla durante la sesión, le platica, nombra los objetos, juguetes, propicia el lenguaje del niño.

DESCRIPCIÓN: *El CP propicia el lenguaje del niño, al iniciar alguna actividad le habla, le describe objetos, remarca características de un juguete, nombra cosas, etc. En general le muestra y le hace conocer lo que está y ocurre a su alrededor a través del lenguaje. (lo importante es el promover el lenguaje a través de nombrar, hablarle, describir, no la claridad con la que envía el mensaje.)*

SIEMPRE: El CP aprovecha y reconoce oportunamente los momentos en que puede comunicarse con el niño y enseñarle lo que está a su alrededor a través del lenguaje. Le habla, nombra objetos, le enseña el nombre de las cosas, le explica las acciones que va a realizar, etc.

FRECUENTEMENTE: El CP presenta una tendencia a si promover el lenguaje en el niño. Sin embargo en ocasiones pierde oportunidades importantes durante la sesión para promover el lenguaje del niño. No logra reconocer momentos en que puede enseñarle al niño su alrededor a través de nombrarle objetos, explicarle lo que va a realizar, etc.

OCASIONALMENTE: El CP presenta una tendencia a no hablarle al niño por periodos prolongados o hacerlo muy poco, de manera constante pierde oportunidades importantes durante la sesión para promover el lenguaje del niño. Le es muy difícil reconocer momentos en que puede enseñarle al niño su alrededor a través de nombrarle objetos, explicarle lo que va a realizar, etc..

NUNCA: El CP no propicia el lenguaje en el niño, le habla muy poco, no le transmite información de lo que está a su alrededor, se limita a hablarle lo necesario o puede suceder le habla mucho pero sin dirigirse al niño. Presenta gran imposibilidad para reconocer y aprovechar oportunidades que pueden ayudar a fomentar el lenguaje en el niño.

28.- Utiliza palabras o frases adecuadas para su edad. Su lenguaje es adecuado a la edad y contexto del niño.

DESCRIPCIÓN: *El CP le habla al niño utilizando un lenguaje claro para su edad. Permitiendo transmitir acertadamente el mensaje que desea expresar. El lenguaje que utiliza es adecuado al contexto del niño.*

SIEMPRE: El CP le habla al niño utilizando un lenguaje claro y adecuado a la edad del niño.

FRECUENTEMENTE: El CP tiende a utilizar un lenguaje optimo la mayoría de las veces. Sin embargo solo en algunas ocasiones utiliza palabras o frases que no son adecuadas a la edad del niño. Lo confunde o propicia que el mensaje no sea recibido de manera clara.

OCASIONALMENTE: El CP utiliza de manera constante palabras o frases que no son claras para la edad y contexto del niño. El mensaje no es transmitido continuamente.

NUNCA: El CP no logra establecer un lenguaje adecuado con el niño. Las palabras o frases que utiliza no son claramente las adecuadas para la edad del niño, por lo cual el mensaje no se transmite de manera constante y predominante.

29.- Es adecuado el ritmo y cantidad de lenguaje que utiliza, no lo satura.

DESCRIPCIÓN: *El CP le habla al niño sin saturarlo, le transmite lo que le desea expresar de manera clara, siendo su lenguaje adecuado en ritmo y cantidad.*

SIEMPRE: El CP utiliza un lenguaje adecuado en ritmo y cantidad hacia el niño, establece turnos de habla o cuando le habla da un tiempo para recibir la respuesta del niño si es que esta se presenta, por lo que logra transmitir el mensaje deseado sin saturarlo.

FRECUENTEMENTE: El CP tiende a utilizar un lenguaje adecuado para el niño. Sin embargo en algunas ocasiones no logra transmitir el mensaje que le desea expresar al niño, ya que le habla demasiado o lo hace muy rápido.

OCASIONALMENTE: El CP tiene gran dificultad para transmitir lo que le desea expresar al niño ya que le habla mucho o muy rápido, o le habla muy poco y cuando lo hace es en el momento inoportuno, interfiriendo la recepción del mensaje. Le es muy difícil dosificar la cantidad de lenguaje expresado o el ritmo con el que le habla para lograr una mejor transmisión del mensaje. Le es difícil responder oportunamente cuando hay oportunidad de hablarle al niño de acuerdo a la acción que está realizando.

NUNCA: El CP no logra transmitir adecuadamente el mensaje que le desea expresar ya que pierde la atención del niño una vez que lo satura (le hablo demasiado) y perdió la atención del niño o el ritmo utilizado fue inapropiado. Puede presentarse una clara tendencia a hablarle solo lo necesario o no responder oportunamente cuando hay oportunidad de hablarle al niño a partir de su acción.

CATEGORÍA HABILIDAD

SUBCATEGORÍA 1: FÍSICA

SUBCATEGORÍA 2: CUIDADOR-NIÑO

30.- El cuidador mantiene una relación postural óptima con el niño para facilitarle la actividad o ayudarlo si es necesario.

DESCRIPCIÓN: *El CP se posiciona de manera optima para asistir al niño, protegerlo, ayudarlo, o facilitarle alguna acción de ser necesario, identifica cuál es el mejor lugar para su comodidad propia y el mejor contacto y apoyo hacia el niño. Identifica adecuadamente la necesidad del niño para realizar tal actividad y la importancia de su apoyo hacia él durante su acción. El énfasis esta en el control postural que muestra el cuidador dentro de sus posibilidades para realizar la actividad.*

SIEMPRE: El CP guarda una adecuada relación postural con el niño, permitiendo asistirlo, ayudarlo o facilitarle la acción de ser necesario. Claramente identifica cual es el mejor lugar con respecto a su niño para poder ser partícipe de la acción que realiza.

FRECUENTEMENTE: El CP en algunas ocasiones no logra identificar cual es el mejor lugar con respecto a su niño para poder ser partícipe de la acción que realiza. Se le dificulta en algunas actividades y no guarda una adecuada relación postural con el niño, que le impide asistirlo, ayudarlo o facilitarle la acción de ser necesario. Logra posicionarse adecuadamente la mayoría de veces sin embargo tiende a corregir constantemente por no tomar una posición adecuada desde el inicio.

OCASIONALMENTE: El CP de manera constante no logra posicionarse adecuadamente con respecto a su niño y las necesidades que pueda presentar durante la acción que realiza. La relación postural que guarda con el niño por lo general no es optima (presentando riesgos de caídas) y no le permite facilitarle su acción, asistirlo o apoyarlo oportunamente.

NUNCA: El CP presenta una dificultad marcada para posicionarse con respecto a su niño, no identifica de manera predominante durante la sesión cual es el mejor lugar para su comodidad propia y el mejor contacto y apoyo hacia el niño.

31.- La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto, darle alguna indicación o manipularlo.

DESCRIPCIÓN: *El CP reconoce adecuadamente la relación postural óptima para dirigirse hacia el niño, darle alguna indicación o manipularlo.*

SIEMPRE: El CP mantiene una relación postural optima para darle alguna indicación al niño, dirigirse hacia el o manipularlo. Identifica adecuadamente la posición óptima de él con respecto al niño y la adopta.

FRECUENTEMENTE: El CP tiende a mantener una adecuada posición con respecto al niño. Sin embargo en ocasiones no logra una optima relación postural optima con él, puede ser que la identifique adecuadamente pero no la adopte o que no logre identificarla.

OCASIONALMENTE: El CP tiene dificultad para identificar o adoptar una posición optima con respecto a su niño para poder dirigirse hacia él, darle alguna indicación o manipularlo.

NUNCA: El CP de manera constante y predominante no logra mantener una relación postural optima con el niño para darle alguna indicación, dirigirse hacia el o manipularlo. Le es muy difícil identificar una posición adecuada para con su niño o la identifica pero no la adopta.

32.- Su relación postural denota protección y cuidado. Esta dirigida para prevenir algún riesgo o caída.

DESCRIPCIÓN: *El CP identifica riesgos en el niño al realizar alguna acción por lo que es capaz de guardar una relación postural que le permita demostrar protección hacia el niño y reaccionar oportunamente de ser necesario. Si el niño está trabajando con objetos pequeños que se puede llevar a la boca o si puede resbalarse, etc.*

SIEMPRE: El CP infiere adecuadamente situaciones u acciones de riesgo por lo que guarda una relación postural optima de protección y cuidado hacia el niño.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones no identifica e infiere adecuadamente situaciones o acciones de riesgo para el niño, por lo que no se posiciona de manera óptima en relación con él.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad marcada para identificar adecuada y oportunamente situaciones o acciones de riesgo para el niño, por lo que no se posiciona de manera optima en relación con él de manera constante. Siendo en más frecuentes las situaciones de riesgo para el niño.

NUNCA: El CP raramente infiere situaciones o acciones de riesgo para el niño, el cual se encuentra constantemente en riesgo. No le demuestra protección y cuidado.

33.- Cuida la posición del niño, siguiendo las indicaciones del coordinador, observa los detalles de la posición según la indicación, toma las precauciones para evitar posición inadecuada.

DESCRIPCIÓN: *El CP está atento a la importancia de las indicaciones del coordinador sobre la posición del niño, por lo que cuida detalles relacionados con la posición que adopta.*

SIEMPRE: El CP está al pendiente de la posición del niño y la cuida tomando en cuenta las consideraciones o comentarios que hace el coordinador e intenta seguirlos de manera constante.

FRECUENTEMENTE: El CP está al pendiente de la posición del niño y la cuida, aunque la posición no sea completamente adecuada es lo suficiente para realizar la actividad. Solo en algunas ocasiones descuida la posición del niño, ya sea que no siguió las indicaciones, no comprendió los detalles o comentarios y no se intereso por seguirlos o si lo hizo pero perdió atención al respecto.

OCASIONALMENTE: El CP presenta gran dificultad para manejar la posición del niño, de manera constante la descuida y no toma en cuenta las consideraciones hechas por el coordinador.

NUNCA: El CP no se preocupa por cuidar la posición del niño durante la actividad, ya sea por falta de interés, falta de comprensión o restar importancia al respecto.

34.- El CP reconoce que las posiciones primariamente indicadas le están permitiendo al niño cumplir los objetivos de la actividad, si no es así busca diferentes alternativas de posición para conseguir el objetivo planteado con la actividad y el mayor éxito en el proceso de ejecución del niño.

***DESCRIPCIÓN:** El CP es capaz de reconocer la necesidad, la comodidad y mejor posición para el niño y hace cambios en la misma sin perder el objetivo de la actividad. Cuando es necesario busca alternativas si no se ajusta la posición del niño para conseguir el objetivo planteado.*

NOTA: Si no se identifica necesidad de buscar alternativas calificar como siempre.

SIEMPRE: El CP reconoce necesidades del niño y busca alternativas con respecto a su posición para favorecer el proceso de ejecución del niño durante la actividad.

FRECUENTEMENTE: El CP en algunas ocasiones se centra en la posición del niño y la actividad y no busca alternativas que se ajusten a las necesidades del niño.

OCASIONALMENTE: El CP de manera constante presenta dificultad para reconocer las necesidades del niño, pone mayor atención en posicionarlo para conseguir el objetivo planteado, sin buscar alternativas cuando es necesario que favorezcan el proceso de ejecución del niño.

NUNCA: El CP no busca alternativas en la posición del niño, se interesa más en llegar al objetivo que en promover y resolver las necesidades del niño y su proceso de ejecución.

35.- Le permite movimiento libre y oportunidad de experimentar el movimiento de su cuerpo, o buscar la mejor posición para él. No le dirige en exceso su acción.

DESCRIPCIÓN: *El CP comprende y reconoce la importancia que tiene que el niño experimente a través del movimiento, le da oportunidad de conocer, equivocarse, le permite el movimiento libre sin ser en exceso directiva con su acción motora.*

SIEMPRE: El CP de manera predominante le permite al niño el movimiento libre y le da oportunidad de experimentar el movimiento de su cuerpo, lo dirige solo cuando es necesario, no le limita su acción.

FRECUENTEMENTE: El CP tiende a permitir al niño el movimiento libre y le da oportunidad de experimentar con el movimiento de su cuerpo. Sin embargo en algunas ocasiones puede llegar a interferir con el movimiento del niño, lo limita parcialmente, no le permite experimentar o lo dirige en exceso.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad para darle oportunidad de movimiento libre al niño y experimentar a través de él. Lo dirige en constantes ocasiones. Son pocas las ocasiones en las que promueve el movimiento sin restricción constante.

NUNCA: El CP de manera constante y predominante evita el movimiento libre al niño, por miedo a caídas, protección, etc., no le permite experimentar o lo dirige en exceso.

CATEGORÍA HABILIDAD

SUBCATEGORÍA 1: INTELECTUAL

SUBCATEGORÍA 2: CONOCIMIENTO PREVIO

36.- Es capaz de prestar ayuda solo la necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo o restarle oportunidad. El CP conoce y reconoce sus habilidades.

DESCRIPCIÓN: *El CP conoce y reconoce las habilidades del niño, por lo que sólo le presta la ayuda necesaria para realizar alguna acción o actividad cuando es necesario, lo dirige, lo guía permitiendo experimentar y con oportunidad de fomentar su proceso de ejecución.*

SIEMPRE: El CP identifica claramente las habilidades del niño, le permite experimentar en alguna acción o actividad y sólo le brinda o lo dirige proporcionando la ayuda necesaria.

FRECUENTEMENTE: El CP en algunas ocasiones no logra identificar las habilidades del niño y le resta oportunidad, dirigiendo en exceso su acción o brindando una ayuda excesiva o puede suceder no brinde ayuda cuando lo necesita. Sin embargo presenta una mayor tendencia a conocer y reconocer las habilidades del niño, prestando la ayuda cuando es necesario.

OCASIONALMENTE: El CP tiende a restarle oportunidad al niño para realizar alguna acción o no ayudarlo cuando es necesario, presenta dificultad para reconocer las habilidades del niño, puede llegar a irritarlo o perturbarlo.

NUNCA: El CP no tiene claridad sobre las habilidades del niño, irrumpe de manera constante su acción en su afán de guiarlo, le resta claramente oportunidad o le brinda ayuda en momentos que no es necesario. No es capaz de conocer y reconocer las habilidades del niño.

37.- Conoce y explica el diagnóstico del niño o las dificultades presentes con él en relación a su desarrollo.

DESCRIPCIÓN: *El CP comenta acertadamente sobre el diagnóstico del niño. Se puede observar cuando explica o habla al respecto que identifica los elementos importantes en relación al niño y su desarrollo. (Importancia del medicamento, áreas de mayor deterioro o atraso, necesidades en el niño, objetivos, etc.)*

SIEMPRE: El CP al comentar sobre el diagnóstico o desarrollo del niño, denota comprensión del tema o un claro interés por entender los puntos de mayor necesidad sobre los cuales incidir.

FRECUENTEMENTE: El CP parece denotar confusión en algunos puntos importantes y necesidades sobre las cuales incidir al momento de comentar sobre el diagnóstico del niño. Sin embargo tiene de manera amplia el panorama del niño.

OCASIONALMENTE: El CP al comentar sobre el diagnóstico del niño denota confusión, no identifica aspectos de mayor necesidad sobre en el niño y su desarrollo.

NUNCA: El CP muestra confusión importante sobre el diagnóstico del niño, no comenta acertadamente sobre necesidades básicas del mismo, sobre las cuales incidir. No se observa un claro interés por informarse o conocer sobre los elementos importantes en relación a él y su desarrollo.

38.- Logra transmitir sus dudas, sus comentarios sobre aciertos o dificultades presentes en la actividad.

DESCRIPCIÓN: *El CP expone y transmite sus comentarios, dudas durante la sesión o actividad de manera específica.*

SIEMPRE: El CP presenta facilidad para transmitir sus dudas, comentarios, aciertos o dificultades presentes durante la sesión o actividad.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones no logra transmitir sus dudas, comentarios, aciertos o dificultades presentes durante la sesión o actividad. Se observa dificultad para expresarlo de manera clara.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad marcada para transmitir sus dudas, comentarios, aciertos o dificultades presentes durante la sesión o actividad. Lo hace muy poco o no logra transmitir lo que desea expresar.

NUNCA: El CP no logra de manera predominante transmitir sus dudas, comentarios, aciertos o dificultades presentes durante la sesión o actividad.

39.- Es capaz de inferir riesgos, los previene, los evita y/o soluciona de manera oportuna, ya sea proporcionando seguridad al niño o alejando oportunamente del riesgo.

DESCRIPCIÓN: *El CP reconoce de manera oportuna situaciones u objetos que representan peligro para el niño, logra inferir, es perceptivo y actúa ya sea alejando el riesgo, proporcionando seguridad al niño o le explica sobre el riesgo buscando que tenga un aprendizaje, como por ejemplo que inicie a reconocer y tener precaución ante los peligros.*

SIEMPRE: El CP infiere oportunamente los riesgos que presenta el niño, si tiene un objeto que se puede llevar a la boca, una caída, etc., y una vez que detecta el riesgo busca solución

adecuada, ya sea no dando el objeto pequeño o estando al pendiente del niño, buscando su atención para evitar tropezarse o quitándole objetos de riesgo de acuerdo a su edad lo orienta.

FRECUENTEMENTE: El CP infiere el riesgo que presenta el niño, sin embargo en ocasiones pasa algunas situaciones de riesgo por alto o las minimiza, o infiere los riesgos oportunamente sin embargo no logra dar una solución adecuada en algunos momentos.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad para inferir riesgos en el niño, le permite experimentar pero perturba sus acciones, ya sea que minimice o exagere situaciones de peligro para el niño, busca dar soluciones, actúa pero lo hace con dificultad y sin éxito en constantes ocasiones para dar seguridad al niño o brindarle un aprendizaje.

NUNCA: El CP no logra inferir los riesgos para el niño, presenta dificultad importante para percatarse de situaciones de riesgo, o contrariamente lo limita en exceso evitando riesgos inoportunamente percibidos. Actúa de manera inoportuna e inconstante. No genera un aprendizaje adecuado en el niño.

CATEGORÍA HABILIDAD	
SUBCATEGORÍA 1: INTELECTUAL	SUBCATEGORÍA 2: CONOCIMIENTO ADQUIRIDO

40.- Es capaz de integrar la información recibida y transmitirla en su entorno.

DESCRIPCIÓN: *El CP integra la información que recibe en el grupo y la aplica a su entorno. Hay una clara reproducción de lo realizado en la sesión a su entorno y es capaz de ajustarlo al mismo. Lo denota al realizar comentarios sobre las experiencias que tiene en casa, las modificaciones necesarias, las acciones que realiza en la sesión que permiten observar que comprende los objetivos perseguidos pero si es necesario realiza adaptaciones que le resultan adecuados para su diada.*

SIEMPRE: El CP logra integrar la información recibida durante la sesión y transmitirla a su entorno realizando los ajustes necesarios para su diada.

FRECUENTEMENTE: El CP tiende a aplicar a su entorno las experiencias sugeridas en el grupo. Solo

en algunas ocasiones denota dificultad para adaptar o ajustar acciones o actividades que se realizan en la sesión a su diada.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad para aplicar lo aprendido en grupo a su entorno, tiene dificultad para hacer adaptaciones o modificaciones que se ajusten a su diada. Se observa en sus acciones realizadas en grupo.

NUNCA: El CP de manera predominante presenta una clara dificultad para transmitir, aplicar y ajustar a su entorno lo aprendido durante la sesión, se observa al no mostrar facilidad para hacer ajustes que se adapten a su diada.

41.- El CP habla sobre los logros del niño obtenidos en la sesión de manera acertada, es capaz de notar adecuadamente sus aciertos.

DESCRIPCIÓN: *El CP reconoce adecuadamente los logros alcanzados por el niño durante la sesión y los comenta acertadamente.*

SIEMPRE: El CP identifica los logros que el niño tiene durante la sesión y los comenta acertadamente.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones no logra identificar los logros alcanzado por el niño durante la sesión, por lo que presenta dificultades para hablar de ellos acertadamente.

OCASIONALMENTE: El CP presenta una notoria dificultad para identificar los logros alcanzado por el niño de manera constante, por lo que presenta gran dificultad para comentar al respecto.

NUNCA: El CP no logra identificar adecuada ni acertadamente los logros alcanzados por el niño durante la sesión, confunde claramente logros reales en el niño. Lo sobrevalora o no logra reconocerle logros por lo que no comenta acertadamente.

42.- El CP habla sobre las dificultades que presentó el niño durante la sesión de manera acertada.

DESCRIPCIÓN: *El CP reconoce adecuadamente las dificultades presentadas por el niño durante la sesión y las comenta de manera acertada.*

SIEMPRE: El CP identifica las dificultades que el niño tiene durante la sesión, lo comenta de manera acertada.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones no logra reconocer o identificar las dificultades que el niño presenta durante la sesión por lo que no lo comenta acertadamente.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad importante para identificar las dificultades que el niño presenta de manera constante por lo que no comenta sobre dificultades aun cuando se le pregunte y éstas hayan sido notorias durante la sesión, justifica al niño continuamente.

NUNCA: El CP no logra identificar adecuada ni acertadamente las dificultades presentes en el niño durante la sesión. No las comenta, las pasa por alto de manera constante.

CATEGORÍA HABILIDAD

SUBCATEGORÍA1:SOCIO-EMOCIONAL

SUBCATEGORÍA2:ORGANIZACIÓN

43.- Logra expresar sus emociones, pensamientos, sentimientos durante la sesión ya sea hacia el coordinador u otros padres.

DESCRIPCIÓN: *El CP tiene apertura y facilidad para expresar sus emociones presentes en la sesión o en su cotidianidad con respecto al desarrollo de su niño, si se desespero, se enoja, se frustra, se preocupo, se alegre, etc., ante alguna acción realizada con el niño o por su niño. Lo manifiesta de manera abierta.*

SIEMPRE: El CP logra expresarse abiertamente, tiene facilidad para comentar su sentir sobre situaciones específicas, presenta una tendencia a buscarle solución al sentimiento expresado.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones presenta emociones que no logra manejar, y le es difícil expresar, por momentos se nota disperso, distraído, durante el grupo.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad importante para expresar sus ideas, sentimientos, emociones durante la sesión, se observa por lo general callado, pensativo, no participa de manera continua y abierta en las sesiones. Es esporádico cuando participa.

NUNCA: El CP presenta una clara dificultad para ser y sentirse parte del grupo, no logra expresar abiertamente sus ideas, sentimientos, etc.

44.- Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.

DESCRIPCIÓN: *El CP es claro al expresar sus emociones hacia el niño, le permite conocer su sentir con respecto a determinadas acciones relacionadas o no con el niño y lo expresa de manera acertada a través del lenguaje, sus acciones, tono de voz, gestos, frases, etc. Le transmite adecuadamente la emoción, mantiene congruencia su acción con lo que desea expresar. Expresa abiertamente sus emociones, si está cansada, preocupada, feliz, triste, etc.*

SIEMPRE: El CP es congruente con sus acciones y lo que le desea expresar al niño, no lo confunde. Le expresa de manera abierta su sentir, comprende que el niño es capaz de reconocer las diferentes emociones y se las hace notar.

FRECUENTEMENTE: El CP presenta una mayor tendencia a expresar sus diferentes emociones de manera adecuada. Sin embargo presenta variaciones, en ocasiones es congruente con sus acciones y lo que le desea expresar al niño, lo hace de manera abierta, sin embargo en algunas emociones presenta mayor dificultad para demostrarle su sentir al niño.

OCASIONALMENTE: El CP presenta dificultad para ser congruente con sus acciones y lo que le desea expresar al niño, lo confunde de manera constante. Le es difícil mostrar su emoción de manera abierta o intenta hacerlo pero no hay una clara congruencia entre su acción y emoción.

NUNCA: El CP expresa de manera incongruente y continua sus emociones hacia el niño, o no lo hace, se observa distante hacia él, no lo hace partícipe de sus emociones.

CATEGORÍA HABILIDAD

SUBCATEGORÍA 1: SOCIO-EMOCIONAL

SUBCATEGORÍA 2: ANALISIS

45.- Identifica claramente los estados de ánimo de su niño, los menciona.

DESCRIPCIÓN: El CP le da la oportunidad al niño de reconocer sus propias emociones, no lo restringe, ni lo limita, comprende que el niño está reconociendo sus diferentes estados de ánimo y le permite identificarlos, los cuales nombra buscando el aprendizaje y reconocimiento de los mismos.

SIEMPRE: El CP nombra los diferentes estados de ánimo de su niño y le ayuda a identificarlos. Reconoce las diferentes emociones del niño, le ayuda a identificarlas adecuadamente y le da espacio u orienta para resolverlas.

FRECUENTEMENTE: El CP presenta en algunas ocasiones dificultades para reconocer los estados de ánimo, de su niño, o los reconoce pero no lo guía y orienta para resolverlas, sólo en algunos momentos.

OCASIONALMENTE: El CP presenta mayor dificultad para identificar las emociones del niño, por ejemplo confunde berrinches cuando el niño requiere cubran necesidades básicas, es decir le es difícil reconocer los estados de ánimo del niño, por lo que no cubre sus demandas de manera satisfactoria. Nombra de manera inadecuada las emociones, haciendo que el niño se confunda.

NUNCA: El CP no presta la atención necesaria al niño, para identificar, reconocer sus estados de ánimo, se abstrae en otras situaciones, y deja a un lado al niño, lo atiende solo lo necesaria, por lo cual no le nombra emociones, ni lo guía para experimentarlas y resolverlas, opta por regañarlo o ignorarlo.

46.- Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño. Brinda soluciones.

DESCRIPCIÓN: *El CP responde de manera adecuada a las diferentes emociones que presenta el niño. Le permite experimentar y explorar la emoción, lo regula.*

SIEMPRE: El CP dirige adecuadamente al niño en sus diferentes emociones, lo deja experimentar la emoción y lo regula.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones confunde al niño, no lo dirige o lo hace de forma inadecuada. Sin embargo, predominantemente lo regula y lo guía adecuadamente en su emoción.

OCASIONALMENTE: El CP presenta una mayor tendencia a no regular al niño, lo desorganiza, intenta guiarlo pero lo hace de forma inadecuada, lo confunde o irrita.

NUNCA: El CP no intenta regular al niño o guiarlo, no interviene más que lo necesario.

47.- Identifica y atiende las necesidades del niño (hambre, sed, calor, sueño, etc.).

DESCRIPCIÓN: *El CP identifica las necesidades básicas del niño, y las cubre oportuna y adecuadamente.*

SIEMPRE: El CP identifica de manera oportuna las necesidades del niño, no confunde con otros estados de ánimo y si tiene duda está pendiente para cerciorarse que es lo que hace que el niño este intranquilo, demandante en general.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones se confunde sobre las necesidades básicas del niño y alguna otra demanda, puede prolongar la cobertura de la necesidad del niño por no identificarla.

OCASIONALMENTE: El CP se confunde continuamente sobre las necesidades básicas del niño y la demanda ante otra necesidad, comúnmente el niño llega al berrinche.

NUNCA: El CP no logra identificar acertadamente las necesidades básicas del niño; o si lo hace, las prolonga hasta donde el niño ya le haga una exigencia máxima como un berrinche. El niño continuamente se comunica así con berrinches.

NOTA: *Es importante diferenciar entre necesidad y demanda en el niño, y esta variara de acuerdo a la edad.*

48.- Es capaz de poner atención a la indicación, a la actividad, los comentarios, etc., sin abstraerse totalmente en el niño.

DESCRIPCIÓN: *El CP regula adecuadamente su atención al niño, lo observa, lo cuida, lo guía en momentos necesarios y oportunos, es capaz de estar pendiente de otras acciones, situaciones que ocurren durante la sesión sin perder atención del niño y a su vez poner atención en elementos importantes que ocurren alrededor de ellos.*

SIEMPRE: El CP dirige su atención al niño y a los elementos dentro de la sesión, no se abstrae únicamente en el niño, dirige la atención necesaria en el momento adecuada y oportuno, permitiéndole ser parte de lo que ocurre a su alrededor y que puede ser de importancia para su diada.

FRECUENTEMENTE: El CP en ocasiones se centra en el niño, y deja de lado lo que ocurre a su alrededor, perdiendo elementos importantes para su diada. Predomina una conducta equilibrada en la que distribuye de manera adecuada su atención a todos los elementos del programa.

OCASIONALMENTE: El CP presenta constantes momentos en que se abstrae en el niño, perdiendo integración, atención y contacto con elementos dentro del grupo. Le es difícil distribuir su atención sin restar importancia a otros cuando es necesario.

NUNCA: El CP no identifica momentos necesarios y oportunos para estar atento al niño u otros elementos del programa, en inconstante de manera continua en la atención que brinda al niño y a los demás. Por lo general no lo hace de manera acertada y oportuna.

49.- El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador en relación a las sugerencias o comentarios dirigidos hacia su diada de manera específica.

DESCRIPCIÓN: *El CP asimila y aplica las recomendaciones, sugerencias o comentarios, hechos hacia su diada específicamente. Logra asimilar la importancia que tiene para su diada la especificidad de la información proporcionada por el coordinador y muestra interés por la misma buscando llevarla a cabo.*

SIEMPRE: El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador de manera específica para su diada, comenta las estrategias llevadas a partir de lo planteado así como los resultados. Se observa un gran interés por la información proporcionada, ya que comprende el objetivo y busca transmitirla a su diada.

FRECUENTEMENTE: El CP intenta asimilar y aplicar la información, sin embargo refiere ciertas dificultades. Si busca llevarlo a cabo, tal vez porque de pronto no tiene claridad en el objetivo, busca tener el mismo material, etc. Muestra interés pero presenta dificultades para conseguir el resultado esperado.

OCASIONALMENTE: El CP presenta poca consistencia para seguir las indicaciones específicas para su diada, refiere olvidos, no tener el material, etc., no logra integrar la información proporcionada por el coordinador a su diada. Su interés es inconstante.

NUNCA: El CP no muestra interés por lo cual no busca aplicar e integrar la información recibida para su diada.

NOTA: *Se debe considerar el tiempo para presentar las acciones esperadas, como por ejemplo buscar una guardería. Lo importante es la capacidad para asimilar la especificidad de los comentarios y sugerencias, y si muestra acciones o formas de relación con el niño que guarden relación con lo recomendado. Calificar siempre si el CP no ha recibido indicación específica.*

50.- Modula conductualmente al niño, percibe sus señales y da respuesta oportuna a ellas en el contexto de la actividad.

DESCRIPCIÓN: *El CP percibe las señales del niño y modula su conducta oportunamente, le da soporte y guía sus conductas. Las acciones y respuestas que el CP lleva a cabo son adecuadas para modular la conducta del niño.*

MUY BIEN: El CP logra modular las conductas del niño dando respuesta y aplicando estrategias adecuadas para hacerlo. Es capaz de percibir oportunamente sus señales y les da solución adecuada y oportuna.

BIEN: El CP es inconsistente al modular al niño conductualmente, ya que algunas de las acciones y estrategias que genera no son las adecuadas o en ocasiones no logra percibir sus señales oportunamente.

REGULAR: El CP tiene dificultad para modular conductualmente al niño intenta pero no logra aplicar y generar estrategias adecuadas y/o presenta dificultad para percibir sus señales de manera oportuna.

MAL: El CP presenta gran dificultad para modular conductualmente al niño, puede intentarlo pero no logra generar acciones y estrategias y aplicarlas oportunamente. A la par que no logra percibir sus señales. Puede no mostrar interés por lo cual no lo intenta.

VII.- DISCUSIÓN

El niño, su desarrollo, la calidad y cualidad del mismo se convierten en el eje central de nuestra acción como profesionales, sin embargo, es necesario resaltar que no podemos dirigirnos exclusivamente al niño esperando grandes resultados si no lo hacemos a partir de tomar a los cuidadores como piezas claves y centrales en un programa de intervención temprana, fomentando en este sentido su participación. (Carl J. Dunst et al., 2002). Los padres conforman el entorno inicial del niño y a través de ellos es que logramos incidir en mayor o menor medida, una vez que se han involucrado en un programa de atención temprana y comprenden los preceptos del mismo. (Bricker & Cripe, 1992)

En un programa de intervención temprana, las actividades propuestas durante las sesiones, se consideran una de nuestras herramientas para incidir en el desarrollo del niño y es a través de éstas donde el niño experimenta y aprende, a la par que el cuidador experimenta, aprende y se espera sea capaz de comprender el objetivo de la misma, siendo no la actividad en sí misma el objetivo, como ya se ha dicho en otras ocasiones. (Sánchez & Rivera. 2009) Para ser más precisa la actividad en sí misma no tiene ningún sentido si no se tiene claro lo que se pretende alcanzar o lograr en el niño. El aprendizaje, la experiencia a conseguir, se pueden obtener no con una actividad específica, sino con muchas más acciones o situaciones que lleven en su contexto el objetivo planteado. Los padres al ser capaces de comprender el sentido de una actividad se espera puedan desplegar una serie de acciones en casa, en su entorno que le brinden al niño experiencias similares o diferentes con una misma dirección u objetivo, es decir ofrecer al niño oportunidades de aprendizaje. (Carl J. Dunst & Bruder, 2002)

Dentro de un grupo de intervención temprana los cuidadores presentaran diferentes conductas en relación a esta herramienta llamada actividad, esta actividad va en función del niño, en este sentido es de nuestro interés poner énfasis en cada comportamiento que despliega el cuidador en base a cada elemento dentro del

programa ya que influirá en el niño. Y reconocer el sentido que el cuidador primario le otorga a la actividad. Es decir, podemos encontrar un cuidador involucrado en la actividad perdiendo interés por el niño en ese momento o viceversa, que interactúe mucho con el niño y no entienda el sentido de la actividad.

Otro enfoque que se considera importante es la relación que tiene el cuidador primario con otro elemento dentro del programa como es el profesional. Lo asume como figura de máxima autoridad y conocimiento influyendo esta visión en su participación dentro del programa o el CP es capaz de reconocerse como individuo con conocimiento sobre su hijo, y reconocer al profesional como individuo a cargo del programa con el que trabajara a la par para desencadenar estrategias que favorezcan el desarrollo del niño. Las diferentes visiones que tenga el cuidador a este respecto son las que marcan la pauta en su nivel de participación, es decir, será un individuo que fungirá dentro del grupo como receptor ya que se reconoce como figura de menor conocimiento o será capaz de auto reconocerse como figura de mayor conocimiento en lo que respecta a su hijo y será capaz de proponer, discutir, intercambiar opiniones, entre otras acciones más que pueda desplegar y favorezcan su nivel de participación dentro del grupo.

Tomando en cuenta este enfoque el "Instrumento de evaluación de la participación del Cuidador Primario" pretende lograr la evaluación de la participación en relación a los diferentes elementos con los que estará interactuando el cuidador dentro del programa, ya que hacía cada uno de estos elementos presentara una conducta determinada. Cabe aclarar que no es que se reste énfasis en el niño y lo que se pretende obtener, sin embargo se considera que el evaluar las conductas o competencias del cuidador va en relación a todo el despliegue de acciones que ejecute dentro del programa en relación con cada elemento del mismo, incluso como hemos mencionado en relación con los otros padres inmersos en el programa.

En este trabajo se prepondero la determinación de las categorías, su descripción y comprensión de las mismas en sus posibilidades de interpretación a partir de la

metodología empleada. A la vez que resolver aspectos que en experiencia han generado conflicto con la evaluación de la participación. Cabe aclarar que el hecho de plantear esta segmentación no tiene el objetivo de jerarquizar la relación del cuidador hacia el niño, coordinador o actividad, o establecer que tengan la misma importancia. Lo que se busca con este planteamiento es poner atención de manera específica de la conducta del cuidador en relación a cualquier situación, evento, herramienta dentro del programa que influye de manera directa o indirecta en su nivel de participación.

La experiencia del LSND ha sido amplia en observar la participación materna en el programa como parte de la observación global de observar las competencias maternas para ser elementos organizadores y promotores del desarrollo, es claro sin embargo que esta experiencia de observación tiene diversas posibilidades de extensión, profundidad e implicaciones diagnósticas y de intervención en el proceso. El reto en el presente trabajo fue plasmar bajo la orientación del grupo de expertos que dirigieron el trabajo u otros que participaron en los grupos focales y las consultas académicas o expertos. Las categorías que podrían ser susceptibles de integrarse en una propuesta con capacidad de ser asimilada e implementada por personas con un conocimiento e información básicos de los proceso de intervención, interacción, promoción del desarrollo y crianza.

Un aspecto que queremos destacar es que el trabajo muestra no sólo los resultados de la ultima parte del proceso investigación. Desde la parte de metodología han quedado sentados los procedimientos que se implementaron para la selección y construcción de los indicadores y parámetros de calificación, pero también la forma en que se caracterizaron los mismos, el mismo testimonio de cuáles eran a fin de que el lector tenga la capacidad de ser de su interés, reconstruir incluso el proceso que se llevó a cabo para tener la penúltima y última versión.

Las secuencias metodológicas siguientes están también esbozadas pues como es necesario en estos casos, las propuestas deben ser evaluadas y reevaluadas con criterios teóricos, experienciales, operativos y económicos entre los más importantes.

Para nosotros es muy significativo que las categorías propuestas para el instrumento se formularon a partir de la revisión del instrumento previo confrontada con la revisión de la literatura y un proceso de sistematización inicial que recupera las perspectiva de los actuales actores en el proceso de intervención del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo.

VIII.- CONCLUSIONES

Los programas de intervención temprana tienen actualmente como precepto una atención que implique no exclusivamente al niño, sino a su familia y entorno, esto por lo menos es lo que se plantea a nivel teórico, sin embargo a nivel práctico en lo que respecta a nuestro país, todavía falta mucho por aprender para poder llevarlo a la práctica, ya sea por falta de interés de los profesionales, por cuestiones institucionales o incluso por un desconocimiento sobre el tema. De tal manera que se presenta cada vez con más fuerza, la necesidad de generar cambios en los paradigmas tradicionales que han guiado las prácticas institucionales y dirigir los servicios de intervención temprana hacia una práctica que permita la participación activa de la familia.

En este sentido, reconociendo que la participación de la familia y de manera específica del cuidador primario, determina en gran medida la evolución del niño, es evidente la necesidad de tener un instrumento que permita medir ese grado de participación en los programas de intervención temprana, con el afán de incidir en los padres y generar el despliegue de estrategias de manejo con sus niños. Sin embargo es importante considerar las características propias que ofrecen los programas de Intervención Temprana, y si hacen factible y posible la participación del cuidador primario.

Finalmente es importante señalar que el "Instrumento de evaluación de la participación del cuidador primario" deberá someterse a distintos procesos de validación que nos permitan conocer su correspondencia con el marco que sustenta la teoría sobre la cual se construyó, y sobre la cual se mide el fenómeno de participación.

BIBLIOGRAFIA

- Able-Boone, H. S. R. (1990). An informed, family-centered approach to Public Law 99-457: Parental views. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10(1), 100.
- Aignerén, M. (2009). La técnica de recolección de información mediante grupos focales. Medellín.
- Bandura, A. (2012). Social cognitive theory. In P. A. M. V. Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology (Vol 1)* (pp. 349-373). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Beck, R. C. (2003). Motivation: Theories and Principles. (Pearson Education Indian ed., Vol. 4).
- Blackman, J. A. (2002). Early intervention: A global perspective. *Infants and young children*, 15(2), 11-19.
- Bolles, R. C. (1966). *Theories of motivation*. Harper and Row: New York.
- Bowlby, J. (1995). Maternal Care and Mental Health (2a. ed. ed.). London: The master work series.
- Bricker, D., & Cripe, J. J. W. (1992). *An activity-based approach to early intervention*. Baltimore, MD, England: Paul H. Brookes Publishing.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742. doi: 10.1037/0012-1649.22.6.723
- Cofer, C. N., & Appley, M. H. (1964). *Motivation: Theory and research*. Oxford, England: John Wiley.
- Cáceres-Manrique, F. d. M. (2009). Oportunidades y amenazas para la participación en salud en el escenario de la globalización. (Spanish). *Threats and opportunities for participation in the health scenario of globalization. (English)*, 12(2), 91-95.
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A Review of Processes and Outcomes in Family-Centered Services for Children With a Disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(1), 42-52.
- Dunst, C. J., Boyd, K., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2002). Family-Oriented Program Models and Professional Helpgiving Practices. *Family Relations*, 51(3), 221.
- Dunst, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued Outcomes of Service Coordination, Early Intervention, and Natural Environments. *Exceptional Children*, 68(3), 361.
- Dunst, C. J., Johanson, C., Trivette, C. M., & Hamby, D. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115-126.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 119-143. doi: 10.1080/10522150802713322
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2009). Meta-analytic structural equation modeling of the influences of family-centered care on parent and child psychological health. *Int J Pediatr*, 2009, 576840. doi: 10.1155/2009/576840
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Davis, M., & Cornwell, J. (1988). Enabling and empowering families of children with health impairments. *Children's Health Care*, 17(2), 71-81. doi: 10.1207/s15326888chc1702_2
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(4), 370-378. doi: 10.1002/mrdd.20176
- Eayrs, C. B., & Jones, R. P. (1992). Methodological issues and futures directions in the evaluation of early intervention programmes. (pp. 15-28).
- Education., E. A. f. D. i. S. N. (2005). Atención Temprana. Analisis de la situación en Europa. Aspectos claves y recomendaciones.: Victoria Soriano.

- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. doi: 10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x
- Feuerstein, R., Feuerstein, R. S., Falik, L. H., & Rand, Y. a. (2002). *The dynamic assessment of cognitive modifiability: The Learning Propensity Assessment Device: Theory, instruments and techniques. (rev. and exp. ed. of The dynamic assessment of retarded performers)*. Jerusalem, Israel: ICELP Publications.
- Forcada Margarita G. (2007). Observación y análisis de las interacciones tempranas padres-bebe. Servicio de Neonatología Hospital Universitatio de Lausana, Suiza Seminario de Apego: Universidad Catolica del Maule Talca.
- Fordham, L. G. F. B. J. (2012). Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Child: Care, Health & Development*, 38(5), 647-653. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01324.x
- Garduño, B. *Desarrollo general de niños con hipotiroidismo congénito y la participación de las madres en un programa de intervención temprana*. (Licenciatura), Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.
- GAT., G. d. A. T. (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. (Vol. Serie Documentos No. 55). Madrid: Real Patronato de la Discapacidad.
- Gomez Espinosa, M. P., Meza García, C. L., & Rosas Maldonado, L. E. (1998). *Indicadores de cambio en el comportamiento de la madre o cuidador para la evaluación de un programa de intervención temprana*. . (Maestría en Rehabilitación Neurológica), Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.
- Guralnick, M. J. (2000). Early Childhood Intervention. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 15(2), 68.
- Guralnick, M. J., & Weinhouse, E. (1984). Peer-related social interactions of developmentally delayed young children: Development and characteristics. *Developmental Psychology*, 20(5), 815-827. doi: 10.1037/0012-1649.20.5.815
- Hemmeter, M. L., Joseph, G. E., J., B., & Sandall, S. (2001). DEC Recommended Practices program assessment: Improving Practices for young children with special needs and their families. *Council for exceptional children*, 120.
- Hernández, M., & Prieto, C. (2002). Un acercamiento a la motivación. In H. M (Ed.), *Motivación animal y humana*. (Manual Moderno ed.). México.
- Isidoro, C. G. (2002). Aspectos generales de la Atención Temprana. *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas del Desarrollo*.
- Leer, B. V. (2001). La participación de padres y madres en programas de desarrollo infantil temprano. *Espacio para la Infancia*.
- Legal, D. (2001). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Levy, K. N. (2013). Introduction: Attachment Theory and Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 69(11), 1133-1135. doi: 10.1002/jclp.22040
- Lieberman, L. M. (1982). *Journal of Learning Disabilities*, 15(9).
- Martinez-Sanchez, F., Fernández Abascal, E. G., & Palmero, F. (2002). Teorías emocionales. In M. Hill (Ed.), *Psicología de la motivación y la emoción* (Palmero, Fernández Abascal, Martínez y Chóliz ed.).
- Navarra., G. d. (2004). *La Atención Temprana en Navarra*. Pamplona.

- Nicolás Cruz, E. J. (2008). *Relación entre participación materna, estimulación en el hogar y desarrollo cognitivo del niño con hipotiroidismo congénito*. (Maestría en Rehabilitación Neurológica), Universidad Autónoma Metropolitana México, D.F.
- Participación de los padres y calidad de la educación. (Spanish). (2004). *The Family as an Educational Framework. (English)*(6), 27-38.
- Porter, L. (2002). *Educating young children with special needs*. London: Paul Chapman Publishing.
- Pérez-Madrid, F. (2013). Indicadores de participación de los padres en la escuela. Un enfoque innovador para una educación de calidad. (Spanish). *Estudios Sobre Educacion*(24), 269-272.
- Reeve, J. (1997). *Motivación y emoción* (M.-H. I. d. España Ed.). Mexico.
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. (3a. ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Rivas Borrell, S. (2007). La participación de las familias en la escuela. (Spanish). *Parental involvement in school. (English)*(238), 559-574.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (1990). Transactional regulation and early intervention. In S. J. M. J. P. Shonkoff (Ed.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Santamaría Pinzón, O. L., Angarita Fonseca, A., Bayona Gualdrón, L. K., Delgado Silva, J., Parra Guerrero, I. Y., & Pérez Ortega, Á. P. (2013). Asociación entre participación social de los niños con discapacidad y la satisfacción de los padres. (Spanish). *Relationship between the social participation of children with disabilities and the satisfaction of their parents. (English)*, 85(1), 17-27.
- Sanz Andrés, M. d. J. (2003). Introducción a "La Atención Temprana". *Revista Minusvalía. Atención Temprana.*, 3.
- Shonkoff, J. P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sierra Garcia, P., & Gutiez Cuevas, P. (2012). Introducción. Atención Temprana: Desarrollo y Educación. (Spanish). *Introduction. Early attention: Development and Education. (English)*, 18(2), 95-96.
- Spitz, R. A. (1949). *Child Development*, 20(3), 145.
- Sánchez-Rodríguez, G., Quintero-Villegas, L. J., Rodríguez-Camelo, G., Nieto-Sanjuanero, A., & Rodríguez-Balderrama, I. (2010). Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. (Spanish). *Stress reduction in prematures to promote their neurodevelopment: a new therapeutic approach. (English)*, 12(48), 176-180.
- Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (1990). Assessing family strengths and family functioning style. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10(1), 16.
- Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (1995). Family-oriented program models, helpgiving practices, and parental control appraisals. *Exceptional Children*, 62(3), 237-248.
- Trivette, C. M., Dunst, C. J., Allen, S., & Wall, L. (1993). Family-Centeredness of the Children's Health Care Journal. *Children's Health Care*, 22(4), 241.
- Velazquéz Félix, N. E. (2012). *Validación del contenido del "Registro de la Participación Materna" en la sesión de grupo de cuidado integral*. (Maestría en Rehabilitación Neurológica.), Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco, México, D.F.
- Vicente Hernández, V. (2006). *Participación materna y su relación con el desarrollo integral del niño con hipotiroidismo congénito en un programa de intervención temprana*. (Maestría en Rehabilitación Neurológica.), Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.
- Villarroel, G. E. (2014). Atributos de la participación: acercamiento a un análisis conceptual. (Spanish). *The Attributes of Participation: Approach to a Conceptual Analysis. (English)*, 23(2), 219-240.

- Vygotsky, L. S. (1987). The problem of mental retardation: A tentative working hypothesis. *Soviet Psychology*, 26(1), 78-85.
- Wiersma, U. (1992). Occupational and organizational Psychology. 65, 101-114.

ANEXO 1

* Categorías del registro de participación materna, sus variables e indicadores y los resultados del trabajo de validación del instrumento.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN		
VARIABLES	INDICADORES	RESULTADOS
1. Puntualidad	1) Puntual, 2) Retardo > a 10 min de inicio 3) Falta	Incongruentes por considerarse más relacionado con factores administrativos, generales y del entorno y no con la categoría respectivamente.
2. Interés	1) Atiende a la información. Pregunta, comenta congruente 2a) Se distrae. Pregunta, comenta adecuadamente. 2b) Atiende a la información, no pregunta, no comenta. 3a) Se distrae: pregunta, comenta fuera de lugar. 3b) No atiende, no pregunta, ni comenta.	Muestran mayor grado de congruencia, es decir, la correspondencia teórica de la categoría y/o variable con el constructo de la PM en el PCIN
3. Evidencio dificultad para asistir	1) No 2a) Si, económico 1) No 2b) Si, familiar (red de apoyo) 1) No 2c) Si, trabajo papás 1) No 2d) Si, trabajo del niño 2e) otro	Incongruente en menor grado que el 1), y pertinente en relación a la ubicación de la variable a evaluar y sus subvariables pero insuficiente en indicadores.
4. Participación	1a) Espontánea 1b) En preguntas abiertas 2) solo en preguntas directas 3a) No participa 3b) Participa mal	Algunos con mayor grado de congruencia, y otros lo consideraron que corresponde a un programa típico de ET

CATEGORÍA CONOCIMIENTO		
VARIABLES Con respecto a su percepción de la condición del niño:	INDICADORES	RESULTADOS
5. En relación a la condición (Diagnostico)	1) Sabe y entiende 2) Confusamente 3) Resistencias o negación	Gran grado de confusión, que radica en la ausencia de definiciones operativas de los indicadores, no está claro el proceso para evaluar, por interrogatorio directo u observación., así como la edad de desarrollo en la que se califica. Se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes.
6. Sobre los cambios (comportamiento)	1a) Sensible, los nota y explica bien. 1b) Detecta signos 2) Los observa, no hace inferencias. 3) No los nota, no los comenta.	
7. Desarrollo	1a) Reporta avances 1b) Reporta obstáculos 2a) Reporta comentarios inconsistentes. 2b) Selectivo en sus reportes (anotar). 3) No reporta	
VARIABLES Con respecto a su propia actuación con respecto al niño	INDICADORES	RESULTADOS
8. Consideración sobre su papel para el desarrollo de su hijo (anexo def operativas)	1a) Organizador Si=1 No=3 1b) Transformador Si=1 No=3 1c) Facilitador Si=1 No=3 1d) Orientador Si=1 No=3 1) Perturbador (+)=1 no=2 (-) =3 1) Regulador Si=1 No=3 2) Intermediario Si=1 No=3 3) Desorganizador Si=1 No=1 * OBSERVACIONES	Gran grado de confusión, que radica en la ausencia de definiciones operativas de los indicadores, no está claro el proceso para evaluar, por interrogatorio directo u observación., así como la edad de desarrollo en la que se califica. Se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes
9. Su papel con relación a la pareja e hijo	1a) Asume tareas y responsabilidades 1b) Acepta limitaciones, pide ayuda, coopera. 2) No acepta la responsabilidad, sin embargo, la asume. 3) No asume tareas ni responsabilidades. () otro (anotar)	

Capacidad de aprendizaje del cuidador con respecto a las indicaciones 10. Nivel en el manejo de la información	1a) Aporta sobre temas y aspectos tratados. 1b) Entiende contenidos, hábil en el manejo específico 2a) Expresa más dudas 2b) Entiende contenidos, no hábil en el manejo específico 3a) Se confunde con los contenidos 3b) No entiende	Pertinente, se refiere a la ubicación de las variables con respecto a sus categorías a evaluar o subvariable con variable a evaluar y puede ser que corresponde o no. Esta si corresponde pero es insuficiente en sus indicadores.
Con respecto de las características del programa 11. Tenía expectativas sobre el contenido a tratar en la sesión de CI	1) Se cumplieron 2) Diferentes 3) No tenía	Mayor grado de congruencia es decir la correspondencia teórica de la categoría y/o variable con el constructo de la PM en el PCIN
12. La información que recibió le pareció	1) Fácil 2) Fácil pero demasiada 3) Muy complicada	Presento mayor grado de confusión, debido a la imprecisión de definiciones operativas de los indicadores. Corresponden a un PET

CATEGORÍA NIVEL DE HABILIDAD EN EL MANEJO DEL CUIDADOR AL NIÑO		
VARIABLES	INDICADORES	RESULTADOS
13. Posición	1) La facilita 2) Intenta posicionar 3) No le toma atención	Presento mayor grado de confusión, debido a la imprecisión de definiciones operativas de los indicadores. Corresponden a un PET
14. Manipulación	1a) Hábil 1b) Segura 2) Lenta 3a) Brusca 3b) Requiere vigilancia	Presento mayor grado de confusión, debido a la imprecisión de definiciones operativas de los indicadores. Corresponden a un PET
15. Manejo de Técnicas y estrategias	1) Técnica adecuada 2) No técnica, resuelve 3) Técnica inadecuada	Corresponde a un programa típico de ET. Pertinente en relación a la ubicación de sus variables con respecto a sus categorías a evaluar o subvariable con variable a evaluar y si corresponde.
16. Uso de acciones	1) Propone bien 2) Sigue instrucción 3a) Mal interpreta 3b) No sigue ejemplos 3c) Propone mal	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes. Otros muestra mayor grado de congruencia, es decir correspondencia teórica de la categoría con el constructo de la PM en el PCIN
ELECCIÓN DE MATERIAL 17. Nivel de desarrollo, habilidades y capacidad del niño, textura, color, tamaño	1) Adecuado 2) No se presentó 3) Inoperante	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes.
18. Quien trabajo con el niño	1) Mamá 2) Cuidador sustituto regular 3) Cuidador sustituto eventual *Cuidador que asistió	No corresponde a su ubicación, no es pertinente.

CATEGORÍA RELACIÓN SOCIO-AFECTIVO CUIDADOR-NIÑO		
VARIABLE Sensibilidad hacia las demandas del niño	INDICADORES	RESULTADOS
19. Reconocimiento y respuesta	1a) Pronto y adecuadas 1b) Las anticipa 2) Algunas ocasiones (muy evidentes) 3a) Reconoce, responde inadecuadamente 3b) No reconoce () Otro (anotar)	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes.
EXPRESIONES DE AFECTO 20. Verbal	1a) Platica, ruidos 1b) Canto, arrullo 1c) combina 2) Utiliza tono fluctuante, el niño no siempre interpreta el mensaje 3a) Tono de voz desorganizador, las correcciones son de desapruebo 3b) No le habla	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes. Es pertinente, si corresponde en su ubicación
21. Física	1a) Toca suave 1b) Acaricia 1c) Abraza 1d) Combina 2) Acaricia solo en respuesta al niño. 3a) Toca o acaricia interfiriendo la actividad del niño 3b) No acaricia	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes
22. Intensidad	1) Moderada (anima, alaba) 2) Lo necesario (en consuelo) 3a) Sobreprotección (interfiere) 3b) Toda la sesión (desorganiza por interrumpir)	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes

CATEGORÍA VARIABLES SOBRE FINES DE AFRONTAMIENTO		
VARIABLE S	INDICADORES	RESULTADOS
23. Manifestación de estados emocionales desencadenados por la problemática del niño	Angustia (1) No (2) Si Incertidumbre (1) No (2) Si Temor (1) No (2) Si Rechazo (1) No (2) Si Tranquilidad (2) No (1) Si Otro (anotar)	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes. Consideraron que son correspondientes a un programa típico de ET
24. Actitud general del cuidador con respecto del niño	(1) Habló de lo que se hizo con el niño (2) Habló más del niño (3) El cuidador habló más de él o ella (0) Otro (anotar)	Mayor grado de confusión, radica en la ausencia o imprecisión de las definiciones operativas de los indicadores, no está claro el procedimiento para calificar, así como edad de desarrollo, se hace necesario que los indicadores sean mutuamente excluyentes.
25. Quien acompañó al niño a la sesión	(1a) Mamá (1b) Mamá y papá (1c) Mamá, abuelita (2a) Papá (2b) Abuela (3) Tía	No pertinente, la variable no corresponde a su ubicación.
OBSERVACIONES:		

ANEXO 2

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS PROPUESTAS PARA EL INSTRUMENTO.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	DESCRIPCION DEL COMPONENTE	SUBCATEGORÍA 2
MOTIVACIÓN	Interés	Identifica el objeto de atención hacia el que se dirige mi conducta motivada	CP-niño CP-actividad CP-coordinador
	Propósito	Establece el objetivo planteado a partir del objeto de atención.	CP-niño CP-actividad CP-coordinador
	Actitud	Despliegue de la conducta a partir de la disposición mental	Corporal Verbal

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE	SUBCATEGORÍA 2
INTERACCIÓN	Comunicación	Intercambio entre el CP-niño durante la sesión a través de lenguaje oral (arrullos, canto, etc.)	Verbal
		Intercambio entre el CP-niño durante la sesión a través del contacto físico. (Caricia, abrazo, etc.)	Física

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE	SUBCATEGORÍA 2
HABILIDAD	Física	Capacidad del CP para manejar su propio cuerpo y el del niño en relación a la posición y postura que mejor favorezca sus construcciones al realizar determinado proceso en la actividad.	Manejo CP-niño
	Intelectual	Capacidad del CP para desplegar el conocimiento que posee a partir de su experiencia y bagaje cultural en relación al manejo del niño y de incorporar y ajustar la información propuesta durante la sesión para conseguir el objetivo planteado de acuerdo a sus necesidades.	Conocimiento Previo Conocimiento adquirido
	Socio – emocional (	Capacidad para expresar y percibir pensamientos y/o sentimientos propios y de los implicados durante la sesión.	Análisis Organización

ANEXO 3

GUIA DE OBSERVACIÓN ABIERTA DE LA PARTICIPACIÓN MATERNA EN EL GRUPO DE CUIDADO INTEGRAL			COHORTE:
NIÑO:	F. NACIMIENTO:	EDAD:	FECHA:
CUIDADOR:	OBSERVADOR:	COORDINADOR:	GRUPO:

INSTRUCCIONES: El siguiente listado muestra una serie de preguntas que pretenden identificar la actitud del cuidador con respecto a su participación en la sesión grupal. Indica de manera clara y precisa la actitud que más predomine durante la sesión y menciona brevemente lo que determinó tu respuesta. Se sugiere que consideres como se expresa el cuidador, el interés que muestra, las habilidades en relación al niño, al grupo y coordinador del grupo. Si estimas que se presentan aspectos de la participación que fluctúan o incluso son contrarios, por ejemplo de una actividad a otra, puedes describir lo positivo y lo negativo en una misma pregunta.	
Durante la sesión el cuidador:	Actitud/acción, menciona 3 -5 acciones
1. Muestra o no motivación por la actividad cuando...	
2. Muestra o no motivación con respecto a las actividades que realiza el niño en la sesión cuando...	
3. Muestra o no motivación por el desarrollo de la sesión cuando...	
4. Manipula al niño de forma adecuada porque...	
5.- El cuidador demuestra su conocimiento con respecto al niño y su dx. Cuando...	
6.- Muestra su habilidad para manejar la actividad indicada con el niño cuando...	
7.- Tiene muestras de afecto con el niño cuando...	
8.- Presenta estado de ánimo negativo hacia el niño...	
9.- Presenta estado de ánimo positiva hacia el niño...	
10.- Modifica positivamente la actividad indicada según las necesidades del niño cuando...	
11.- Simplifica la actividad según las demandas del niño cuando..	
12.- ¿Con cual expresión calificarías <u>la actitud</u> de la madre con respecto al niño?	
13.- ¿Con cuál expresión calificarías <u>la actitud</u> de la madre con respecto a las actividades?	
14.- Qué te pareció la participación en general del cuidador y como la evaluarías....	
15.- Cuáles son las características que consideras más importantes para calificar al cuidador...	

Anota las ACTIVIDADES (A) realizadas durante la sesión:

A1	A3	A5
A2	A4	A6

Qué actividad consideras te permite ver mejor las características de este cuidador porque.....