



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

**Habilidad emocional del profesional de Atención  
Temprana y prácticas relacionales y participativas con  
la familia**

**D<sup>a</sup>. María Marco Arenas**

**2018**





**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

Tesis Doctoral:

**Habilidad emocional del profesional de Atención  
Temprana y prácticas relacionales y participativas con  
la familia**

Dirigida por:

**Dra. M<sup>a</sup> Cristina Sánchez López**

**Dr. Francisco Alberto García Sánchez**

Presentada por:

**D<sup>a</sup>. María Marco Arenas**

Marzo 2018



Dedicada a todos aquellos que me enseñaron a vivir cada minuto con una sonrisa,  
pero sobre todo a los doctorandos que están en el camino.

*SONRÍE, aunque el camino A VECES sea gris,  
tu sonrisa es el arma más poderosa para continuar.*



# AGRADECIMIENTOS

A mis directores, por enseñarme valores como excelencia, eficacia y perfección. Por el tiempo incalculable que dedican a nuestro trabajo, por la capacidad de enseñar y de amar lo que se hace, por las incalculables aportaciones que me mostraron, pero principalmente por la constancia que en esta carrera de fondo se necesita.

A Cristina Sánchez López, por ser directora, compañera y amiga, por creer siempre en mí aun cuando la gente tenía dudas, por ayudarme a crecer como persona e investigadora, por enseñarme y darme tiempo para aprender, por todas las horas que te sentaste junto a mí, por compartir tantas risas, por las innumerables teorías de la vida que me aportaste, pero sobre todo gracias por no dejarme llorar y malgastar el tiempo que tan valioso es.

A Francisco Rafael Lázaro Tortosa, mi amigo, mi confidente y mi pareja de batallas, por acompañarme en este camino y no dejarme jamás sola, encontrando siempre palabras de aliento y tiempo para reflexionar, llorar, reír e inventar. Por toda la ayuda prestada en la recta final y por las horas de trabajo junto a mí.

A mi generación ONE, Concha Carbajo Martínez, por enseñarme la belleza de la vida, la reflexión profunda de cualquier palabra, sentimiento o acción, y sobre todo, las grandes diferencias entre el cerebro masculino y femenino.

A Antonio Sánchez por ayudarme en este trabajo cuando de introducir datos se trataba y a Angelita López por ofrecerme todo lo que en su casa había, sobre todo cariño maternal.

A todos mis amigos, sin saberlo fuiste de gran ayuda para mí, les agradezco que en estos años no se hayan olvidado de mí. Y, sobre todo, gracias por tantas risas. No ha sido nada fácil mantener el contacto conmigo, por lo que agradezco de todo corazón vuestra generosa amistad.

A mis “chicas de la Resi” por la gran paciencia que me hacéis desarrollar, pero gracias por vuestros ánimos incansables y las risas inagotables, somos una gran familia.

A la persona especial que baila junto a mí, gracias por ser mi pareja de baile, por elegirme, por no perder nunca el ritmo, por tu comprensión, pero sobre todo por tu generosidad para esperar el momento oportuno y mostrarme el paso a seguir.

A mi madre y a mi padre, por no entender nada y entenderlo todo, por educarme en lo que soy, por los valores de sacrificio asociados al trabajo que me han inculcado y por darme todo lo que tengo.

A mis hermanos Jesús, Ana y Carmen por mostrar su apoyo y admiración siempre hacia mí.

Y sobre todo, a mi pequeña Elsa, *amor incondicional*, gracias por ser mi distracción, la risa asegurada y mi fuente de inspiración con tan solo tres años.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN GENERAL</b>	1
<b>CAPÍTULO 1. ATENCIÓN TEMPRANA</b>	
INTRODUCCIÓN	5
1.1. CONCEPTUALIZACIÓN	6
1.2. MODELOS SOBRE EL DESARROLLO Y EL APRENDIZAJE DEL NIÑO	11
1.2.1. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO	12
1.2.2. MODELO TRANSACCIONAL DEL DESARROLLO	14
1.2.3. MODELO ECOCULTURAL	15
1.2.4. MODELO DE INTERACCIÓN FAMILIAR Y COMPETENCIA SOCIAL	16
1.3. EVOLUCIÓN DE LA FILOSOFÍA DE TRABAJO EN ATENCIÓN TEMPRANA	19
1.3.1. MODELO DE PROFESIONAL COMO EXPERTO - REHABILITADOR	19
1.3.2. MODELO DE LA FAMILIA COMO CO-TERAPEUTA	20
1.3.3. MODELO INTEGRAL DE ACTUACIÓN ATENCIÓN TEMPRANA	20
1.3.4. MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA	26
1.4. EL TRABAJO EN EQUIPO EN ATENCIÓN TEMPRANA	34
<b>CAPÍTULO 2. PRÁCTICAS RELACIONALES Y PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS EN LA INTERVENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA</b>	
INTRODUCCIÓN	41
2.1. PRÁCTICAS RELACIONALES	43
2.1.1. INTERACCIÓN PROFESIONAL-FAMILIA	45
2.1.2. TRATO CON LA FAMILIA	45
2.1.3. COMUNICACIÓN	46
2.1.4. RESPETO DE CREENCIAS Y VALORES DE LA FAMILIA	47
2.1.5. RECONOCIMIENTO DE HABILIDADES Y FORTALEZAS EN LA FAMILIA	47
2.2. PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS	48

2.2.1. COLABORACIÓN CON LA FAMILIA	51
2.2.2. INCLUSIÓN DE LA FAMILIA EN LA PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS	51
2.2.3. PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR	52
2.2.4. POTENCIACIÓN DE FORTALEZAS FAMILIARES	53
2.2.5. FOMENTO DE RECURSOS Y OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN	54
2.2.6. AYUDA PARA LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES	55
2.2.7. APOYO A LAS DECISIONES FAMILIA	56
2.2.8. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIÓN FLEXIBLE E INDIVIDUALIZADA	56
2.2.9. CONSIDERACIÓN DE NECESIDADES Y PRIORIDADES FAMILIARES	57
2.2.10. ENFOQUE DE TRABAJO POSITIVO- REFUERZO DEL ESFUERZO	57
2.3. ACTUACIONES PARA UN APOYO FAMILIAR EFECTIVO	58
 <b>CAPÍTULO 3. INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA</b>	
INTRODUCCIÓN	65
3.1. INTELIGENCIA: RAZÓN Y EMOCIÓN	66
3.2. INTELIGENCIA EMOCIONAL	73
3.3. COMPETENCIA VERSUS HABILIDAD	76
3.4. MODELOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	80
3.4.1. MODELO DE HABILIDAD MAYER Y SALOVEY	80
3.4.2. MODELO MIXTO DE GOLEMAN	83
3.4.3. MODELO MIXTO DE BARON	84
3.4.4. MODELO DE PETRIDES Y FURNHAN	86
3.5. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DESARROLLO LABORAL	88
3.5.1. ÉXITO PROFESIONAL	89
3.5.2. CALIDAD DEL SERVICIO	92
3.5.3. SATISFACCIÓN DEL SERVICIO	94
3.5.4. EMPATÍA O DESGASTE EMOCIONAL	96
3.6. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PERSONALIDAD	99
 <b>CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
INTRODUCCIÓN	103
4.1. FINALIDAD Y OBJETIVOS	105

4.1.1. OBJETIVO GENERAL	105
4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	105
4.2. MÉTODO	106
4.2.1. PARTICIPANTES	106
4.2.2. INSTRUMENTOS	111
4.2.2.1. INVENTARIO SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA	111
4.2.2.2. TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS)	114
4.2.3. PROCEDIMIENTO	115
4.2.3.1. BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA	115
4.2.3.2. CONSTRUCCIÓN DEL INVENTARIO	116
4.2.3.3. VALIDAR INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL JUICIO DE EXPERTO	118
4.2.3.4. DISTRIBUCIÓN DE INSTRUMENTOS A LOS PARTICIPANTES	120
4.2.4. DISEÑO Y ANÁLISIS DE DATOS	128
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS</b>	
INTRODUCCIÓN	131
5.1. ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	132
5.1.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	132
5.2. CONOCER LAS PRÁCTICAS RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS DENTRO DE LA INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA	145
5.2.1. PRÁCTICAS RELACIONALES, PARTICIPATIVAS Y MODELO AMBULATORIO EN ATENCIÓN TEMPRANA	145
5.2.2. PRÁCTICAS EN ATENCIÓN TEMPRANA-LUGAR DE TRABAJO	149
5.2.3. PRÁCTICAS EN ATENCIÓN TEMPRANA –PARTICIPACIÓN FAMILIAR	156
5.3. EVALUAR LAS HABILIDADES EMOCIONALES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA	164
5.3.1. INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA	164
5.3.2. HABILIDADES EMOCIONALES- LUGAR DE TRABAJO	167
5.3.3. HABILIDADES EMOCIONALES- PARTICIPACIÓN FAMILIAR	168
5.4. ANALIZAR POSIBLES DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES REALIZADAS EN ATENCIÓN TEMPRANA EN FUNCIÓN DE LAS HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES.	171
5.4.1. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS RELACIONALES Y HABILIDAD EMOCIONAL	172
5.4.2. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS Y HABILIDAD EMOCIONAL	183

5.5. IDENTIFICAR UN PERFIL EMOCIONAL DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACTUACIÓN	198
5.5.1. PERFILES EMOCIONALES EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA	198
5.5.2. PERFIL EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN FUNCIÓN DEL SEXO Y DEL TIPO DE ACTUACIÓN	200
<b>CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES</b>	
INTRODUCCIÓN	205
6.1. ELABORAR UN INSTRUMENTO PARA QUE LOS PROFESIONALES PUEDAN VALORAR SU PRÁCTICA EN ATENCIÓN TEMPRANA CON LA FAMILIA, ATENDIENDO A SUS DIMENSIONES RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS	206
6.2. CONOCER LA VALORACIÓN QUE LOS PROFESIONALES HACEN DE LAS PRÁCTICAS RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS QUE DESARROLLAN EN SU INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA	208
6.3. EVALUAR DIFERENTES HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA	214
6.4. ANALIZAR SI EXISTEN DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN FUNCIÓN DE LAS HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL MEDIDAS EN LOS PROFESIONALES	216
6.5. PERFIL EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACTUACIÓN	218
6.6. LIMITACIONES E IMPLICACIONES FUTURAS	220
<b>REFERENCIAS</b>	225
<b>RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS</b>	259
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I. INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE JUICIO DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO DE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA-PPAT	266
ANEXO II. INVENTARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA	274
ANEXO III. INVENTARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA	275
ANEXO IV. TMMS-24	280
ANEXO V. HOJA DE RESPUESTAS	282

# INTRODUCCIÓN GENERAL

La presente Tesis doctoral se titula HABILIDAD EMOCIONAL DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN TEMPRANA Y PRÁCTICAS RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS CON LA FAMILIA. Este trabajo está organizado en dos partes; la primera corresponde al estudio teórico, donde se destaca y se resume la literatura consultada y la segunda, la empírica, que reúne el diseño de la investigación, el análisis de los resultados y las conclusiones.

La idea inicial de esta investigación surgió de mi afán por seguir aprendiendo acerca de la Inteligencia Emocional y de mis reflexiones sobre las relaciones existentes entre los profesionales que intervienen en Atención Temprana y las familias de los niños que acuden a este servicio. Como maestra de Educación Infantil sé que el niño aprende en su entorno y como Logopeda puedo resaltar que para conseguir mayores éxitos necesitamos ver al niño en su globalidad.

La práctica en Atención Temprana ha evolucionado desde prácticas centradas en el profesional, como agente clave, a prácticas centradas en la familia, donde tanto profesionales como cuidadores principales son elementos importantes. Desde hace algunas décadas se sabe que las actuaciones deben plantearse teniendo en cuenta la realidad o naturaleza en la que crece el niño (Bronfenbrenner, 1994; García-Sánchez, Castellanos & Mendieta, 1998; Gat, 2000; 2005), adaptando la intervención a las rutinas diarias que se producen en el vínculo familiar (McWilliam, 2010).

De acuerdo con Dunst, Boyd, Trivette y Hamby (2002) el trabajo centrado en la familia tiene dos dimensiones. Una, la *dimensión* relacional, en la que se tienen presentes las competencias que el profesional debe tener de manera intrapersonal, como la escucha activa, el respeto, la empatía.... Son prácticas necesarias para construir relaciones

efectivas con las familias y fomentar alianzas de trabajo. Y otra, la *dimensión práctica*, orientada a la acción, a la forma de compartir entre los profesionales la información con ellos mismos y con la familia, a tomar decisiones, a utilizar sus conocimientos y capacidades y ayudar a las familias a aprender nuevas habilidades (Dempsey & Dunst, 2004; Dunst, 2002; Dunst & Trivette, 1996; Espe-Sherwindt, 2008). Estas segundas prácticas son las que realmente están orientadas a la acción, al control y la forma de compartir la intervención. Por ello, es en las prácticas participativas donde se puede observar si varían o no unos modelos de Atención Temprana de otros.

Se puede decir que tanto el desempeño de prácticas relacionales como participativas van asociadas a la inteligencia emocional y a las competencias individuales de cada profesional (Climent, 2014). Por lo tanto, es importante conocer que habilidades emocionales tiene el profesional de Atención Temprana y saber si tiene proyección o no al modelo actual de intervención.

El punto de partida del proceso de investigación de este trabajo comienza con el planteamiento de los siguientes interrogantes generales: *¿Cómo realizan la intervención los profesionales de AT?, ¿Qué tipo de práctica realizan los profesionales?, ¿Influye la Inteligencia Emocional de los profesionales en su práctica?*

El intento de responder a todas estas preguntas es el eje vertebrador que estructura los seis capítulos que completan esta investigación.

En el primer capítulo, se realiza un recorrido de la Atención Temprana hasta la actualidad. En el segundo capítulo se reflexiona y se fundamenta el modelo centrado en la familia a través de las prácticas relacionales y participativas. En el tercer capítulo, se exponen las ideas más relevantes sobre la Inteligencia Emocional y sus modelos.

La parte empírica de esta investigación se plasma en los capítulos cuarto, quinto y sexto. El cuarto capítulo, Planteamiento y desarrollo de la investigación, responde a la cuestión inicial *¿cómo podría desarrollarse este estudio?* El procedimiento utilizado ha sido fruto de un minucioso y laborioso trabajo de creación de un instrumento, para conocer la intervención de los profesionales, y la elección del test adecuado sobre Inteligencia Emocional. Envío y recepción de los instrumentos cumplimentados.

También fue muy cuidado la introducción de los datos en el programa estadístico SPSS versión 19. Y finalmente, se realizó el análisis estadístico.

La dificultad mayor de este proceso estuvo, por un lado, en acceder al mayor número posible centros de Atención Temprana de nuestro país, ya que no existen listados actualizados de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana por Comunidades Autónomas, además de que tampoco existe una normativa legal a nivel estatal. Y por otro lado, la colaboración de los centros en la investigación, ya que no todos los centros estaban dispuestos a destinar 20 minutos para contestar a los instrumentos enviados. Este hecho es un indicador de la escasa tradición de investigación a pie de obra o de la desconexión entre los estudios de la universidad y los que puedan realizar los profesionales.

Los tests que hemos utilizado para esta investigación son: el *Inventario de práctica profesional en Atención Temprana IPPAT*, un instrumento que consta de 46 ítems y que recoge información sobre aspectos relacionados con la práctica relacional y participativa. Y para evaluar la Inteligencia Emocional se utilizó la escala *Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)*.

Los análisis realizados se han estructurado en cinco apartados, dando respuesta a los objetivos específicos de la investigación y resolviendo los interrogantes iniciales. En el primer apartado se describen los resultados obtenidos en la elaboración del instrumento para la valoración de la práctica profesional. En el segundo apartado, se analizan las actuaciones relacionales y participativas dentro de las intervenciones en Atención Temprana. En el tercer apartado, se evalúa las habilidades emocionales de los profesionales de Atención Temprana. En el cuarto apartado, los resultados se analizan con la intención de conocer si existen diferencias en la práctica profesional en función de la habilidad emocional de los profesionales de Atención Temprana. Y en el quinto apartado, los resultados se refieren a la identificación del perfil emocional de los profesionales de Atención Temprana en función del tipo de actuación.

Los resultados obtenidos nos han facilitado unas primeras conclusiones sobre la situación actual de la Atención Temprana en nuestro país. En este sentido podemos

afirmar que este trabajo es el primero que relaciona la forma de hacer intervención y la influencia de la Inteligencia Emocional en los profesionales de Atención Temprana.

Así pues, los aportes más novedosos de esta investigación son, por un lado, el instrumento creado para poder discriminar si los centros hacen o no unas prácticas relacionales y participativas que les acercan, más o menos, a un modelo centrado en la familia. Por otro lado, pudimos detectar relaciones importantes entre las puntuaciones de los profesionales en las dimensiones de inteligencia emocional y su intervención en prácticas relacionales y participativas.

Este estudio, junto con la Tesis de la doctora Claudia Tatiana Escorcía “Estilos y estrategias de interacción en Atención Temprana desde la perspectiva de padres y profesionales”, defendida en 2014 y realizada también dentro del grupo de investigación de Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia; y la del doctor Pau García Grau defendida en 2015 y que versa sobre Atención Temprana: Modelo de intervención en entornos naturales y calidad de vida familiar, son pioneras en España en relación a esta temática. Otra fortaleza que caracteriza al presente estudio es la heterogeneidad de la muestra, ya que se recoge información de 13 Comunidades Autónomas. Esta singularidad abre numerosas posibilidades de investigación para ir profundizando en el conocimiento del modelo y la formación en Inteligencia Emocional en los profesionales, dada su importancia en el desarrollo laboral y personal de cualquier ser humano.

Para agilizar la redacción y facilitar la lectura de esta tesis doctoral se ha optado por la utilización del masculino como genérico.

# CAPÍTULO 1

## ATENCIÓN TEMPRANA

*Es una locura odiar a todas las rosas sólo porque una te pinchó.  
Renunciar a todos tus sueños sólo porque uno de ellos no se cumplió.*

EL PRINCIPITO

### INTRODUCCIÓN

A lo largo de este primer capítulo, se realizará un breve recorrido del concepto de Atención Temprana, se explicará los modelos del desarrollo infantil y del aprendizaje de un niño y cómo ha evolucionado la intervención sobre niño en esta disciplina.

Durante el capítulo se hablará de los distintos modelos principales de intervención, teniendo en cuenta cual ha sido la participación del profesional y de la familia en todo el recorrido de Atención Temprana. Una vez que conozcamos la evolución del término y de la intervención, nos ajustaremos al modelo centrado en la familia como forma de trabajo actual a nivel internacional.

Para terminar, haremos alusión al trabajo en equipo como clave fundamental del modelo centrado en la familia, y como clave de excelencia en el trabajo con las familias.

## 1.1. CONCEPTUALIZACIÓN

La denominación Atención Temprana se refiere al campo de trabajo con niños de cero a seis años. El significado de este término, que en nuestro país empezó a usarse en los años ochenta, ha ido variando desde el significado inicial de Estimulación Precoz, y más tarde Atención Precoz al actual de Atención Temprana. Estas expresiones son las más utilizadas por los especialistas que trabajan en este ámbito. Las múltiples expresiones no implican desconexión o descoordinación en el campo de actuación (Gútiérrez, Saenz-Rico & Valle, 1993), siendo realmente consecuencia del propio proceso de depuración del término parejo con la evolución de su significado. Así pues, interesa aclarar la definición del concepto para determinar si nos referimos o no a lo mismo con idénticas o diferentes palabras (Belda, 2000), o si, por el contrario, el término ha cambiado sencillamente porque el objetivo de trabajo también ha sufrido modificaciones.

El término inicial de Estimulación Precoz surge en los años setenta para referirse al trabajo que se realizaba con niños durante los primeros años de vida, de cero a cinco años, en centros de estimulación precoz (Arizcum, Gútiérrez & Ruiz, 2006; Casado, 2004; Juan-Vera & Pérez-López, 2009; Valle, 1992). La intencionalidad primera de estos centros era poner en marcha una vertiente asistencial de ayuda al crecimiento en condiciones favorables, proporcionando ambientes enriquecidos dentro del contexto del niño (Cabrera & Sánchez, 2002; Gútiérrez & Ruiz, 2012). El concepto estaba fuertemente ligado a la discapacidad (Bugié, 2002; Robles & Sánchez, 2013) y el profesional que intervenía procedía en la mayoría de veces del ámbito social y sanitario con el apoyo de equipos multidisciplinarios de distinta índole (Prats-Viñas, 2007).

Fue en 1979, a raíz de las Jornadas Internacionales sobre Estimulación Precoz, cuando desde el ámbito institucional del Servicio Social de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos y Psíquicos (SEREM) se impulsó la creación de equipos profesionales y se creó la figura del “Estimulador precoz” en todos los Centros Base de Atención a Minusválidos de España (Domínguez, Fernández & Martínez, 2004; Millá, 2005). Se pretendía que los niños diagnosticados con cualquier tipo de deficiencia,

ya fuese sensorial, física o psíquica, pudiesen recibir tratamiento acorde a sus necesidades.

El uso del término Estimulación Precoz pronto se queda obsoleto al no contemplar los principios esenciales del trabajo con niños en estas edades. Esta palabra está fuertemente ligada al término tradicional que se tenía del niño como el único y el principal cliente, con objetivo primordial de recibir un entrenamiento sensoriomotor y fundamentar este tratamiento en conseguir desarrollar habilidades concretas en el niño (Perpiñán, 2009). Es a partir de este momento, cuando se aprecia más acertado la utilización del término Atención Temprana (García-Sánchez et al., 1998; GAT, 2000). Este cambio de vocablo es consecuente a la evolución en la terminología que lleva implícita una transformación metodológica como veremos más adelante (Andrés-Vilora, 2011).

Antes de contemplar el término Atención Temprana también se utilizaba la expresión intervención temprana, como recoge Gútiez et al. (1993), haciendo referencia al “conjunto de técnicas educativas dirigidas al niño y a su familia, con la finalidad de paliar la falta de estímulos a los problemas de aprendizaje de niños con deficiencias claras o simplemente de los niños incluidos en el grupo de los denominados de alto riesgo, pretendiendo potenciar al máximo las posibilidades psicofísicas del niño, mediante la estimulación regulada, sistemática y continuada, llevada a cabo en todas las áreas del desarrollo sin forzar el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central, aplicándose dicha técnica a toda la población comprendida entre los cero a tres años de edad” (p.118).

Posteriormente, en los años ochenta, empiezan a surgir voces críticas referente al significado del término y a lo que debería consistir la Atención Temprana. Así, autores como García-Sánchez et al. (1998) consideran que el campo de actuación va más allá de dar apoyos y recursos sociales de manera formal o informal a la familia y al niño, defendiendo la Atención Temprana como:

“Un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, su familia y su entorno, desarrolladas desde la acción coordinada de un equipo interdisciplinar, con la finalidad de dar una respuesta global, sistemática, dinámica e integral a las necesidades transitorias

o permanentes de la población infantil que en la primera infancia (de cero a seis años) presenta trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos” (p.58).

Un paso más en la justificación de lo que debería abarcar este campo de actuación profesional partiría de las observaciones de la práctica diaria. En concreto, en nuestro país, un grupo de profesionales de distintos ambientes laborales, pero unidos por una vinculación con la disciplina, observaron las problemáticas diarias que planteaban niños diagnosticados y necesitados de estimulación y decidieron consolidar un foro que fuese de referencia para otros profesionales y organismos públicos implicados en Atención Temprana. Su iniciativa comenzó redactando y difundiendo un texto de referencia en el que adoptaron el término de *Atención Temprana* y establecieron aquellos elementos claves a tener en cuenta para estructurar los recursos propios de este campo de actuación (GAT, 2000).

Ese texto de referencia fue el *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Una primera aportación de esta publicación es la definición de la disciplina que funciona como estándar y es utilizada por todo el colectivo de profesionales que intervienen en este ámbito de trabajo. El *Libro Blanco* entiende la Atención Temprana como “el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (GAT, 2000, p.13; GAT, 2005, p.12). Asimismo, la defensa del trabajo con niños en su primera etapa de desarrollo es una cuestión considerada, aceptada y asumida en todas las comunidades autónomas del país.

El citado documento, además de aportar una definición de referencia, recoge aspectos metodológicos de interés para la disciplina, como la importancia del trabajo en equipo, o la necesidad de planificar las intervenciones para ser desarrolladas por equipos de profesionales con una formación específica y común (Aranda & Andrés-Vilora, 2004;

Arizcum et al., 2006), con una orientación mínima de trabajo interdisciplinar (Artigas-Pallarés, 2007).

Otro aspecto que recoge el *Libro Blanco de la Atención Temprana* es la insistencia sobre el valor que tiene la familia y el entorno sin olvidar que el centro de la intervención es el niño. Esta connotación también se aprecia fuera de España, empezando a consolidarse concepciones más cercanas a las familias como factor de éxito en la intervención. Un ejemplo de este avance del concepto lo encontramos en Guralnick (2001a) quien se refiere al término de Atención Temprana como un sistema diseñado para apoyar y reorientar conductas familiares, para mejorar y estimular la interacción entre familia y niño y así potenciar el desarrollo evolutivo del niño. Otros autores, además, comentan lo importante de potenciar la autonomía, el desarrollo y el bienestar del niño y el de su familia, posibilitándole su integración completa en el medio social, escolar y familiar (Candel, 2003a; Robles & Sánchez, 2013).

También se encuentran referencias a la Atención Temprana en informes de instituciones de compromiso amplio como La Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). Este organismo la valora como un conjunto de intervenciones para pequeños y sus familias, ofrecidas en un momento determinado de la vida del niño, abarcando cualquier acción que necesite: un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño.

Otro documento que se interesa por la Atención Temprana es el titulado *Childhood Development and Disability: a discussion paper*, firmado por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. En él se habla de programas diseñados para apoyar a los niños pequeños que están en riesgo de sufrir un retraso en su desarrollo o en los identificados con algún retraso o discapacidad, buscando asegurar el desarrollo personal de los niños, fortalecer las competencias de las familias y animar a la inclusión social de las familias y los niños (Organización Mundial de la Salud & UNICEF, 2012).

En la actualidad se sigue insistiendo en la definición del término en el mismo sentido. Así García-Sánchez, Sánchez-López, Escorcía y Castellanos (2012) comentan que Atención Temprana se refiere a algo más que al trabajo dirigido a niños con problemas. Para estos autores, es una intervención que trasciende un trabajo sistemático, apostando por una comprensión de apoyo a los infantes y a sus familias, en los primeros años de vida. El trabajo incluye la detección temprana, el diagnóstico precoz y el apoyo temprano, teniendo o no trastorno. Incluso delimitan como recursos los servicios médicos, terapéuticos, educativos, pedagógicos, psicológicos y especiales que necesite el niño. En este sentido resulta evidente pensar en algo dinámico como la reorganización familiar, el entorno y en la coordinación con otros profesionales, que permiten satisfacer dichas necesidades de forma coherente (Escorcía, 2014). Por tanto, se puede afirmar que los nuevos términos ya no recogen solamente la figura del niño como sujeto principal del tratamiento, sino que se añade la relevancia de la familia y el entorno.

Asimismo, interesa anotar que en todas las definiciones contempladas se aprecia el derecho de igualdad, llegando a todos y cada una de las personas que necesiten ayuda, así como los objetivos de reducir o mejorar una situación problemática y de potenciar el desarrollo máximo del niño, atendiendo a todas las necesidades que pueda poseer él o su familia. Todo ello nos lleva a calificar de compleja la actuación de este campo profesional y los estudiosos siguen indagando en estas cuestiones con el fin de mejorarla.

Después de este recorrido en torno al desarrollo del concepto, podemos afirmar que ha existido una evolución de la visión del sujeto hacia el que va destinada la acción, así como del espacio en la que tiene lugar. La Estimulación Precoz se centraba únicamente en el niño y se desarrollaba en los centros de estimulación precoz. Sin embargo, cuando se habla de Atención Temprana se hace hincapié en que la intervención debe ir dirigida tanto al niño como a la familia que pueda necesitar ayuda. Junto a las dos piezas claves de la intervención, es necesario que se tenga en cuenta una tercera: el entorno, escenario principal de los aprendizajes. De esta manera, se puede entender que la misión de los profesionales de Atención Temprana va dirigida a generar entornos competentes para el desarrollo del niño (Perpiñán, 2003a, 2009). Así pues, se piensa que esta acción profesional no se puede encaminar sólo a rehabilitar, sino que va más allá, se trabaja al

mismo tiempo atención médica, psicológica, educativa y apoyo a la familiar en Centros de Desarrollo Infantil de Atención Temprana (CDIAT). Los especialistas comentan que el apoyo familiar, en ocasiones, se lleva a cabo en circunstancias que suelen ser especialmente críticas como, por ejemplo, la generada por la aceptación de la discapacidad de un hijo (Mulas & Millá, 2002).

## **1.2. MODELOS SOBRE EL DESARROLLO Y EL APRENDIZAJE DEL NIÑO**

La Atención Temprana se fundamenta en las teorías del desarrollo infantil y de los procesos de aprendizaje. En esta línea interesa citar el enfoque evolutivo de Gesell, que considera que en el desarrollo de un niño intervienen tanto la biología y la genética como su propio transcurso madurativo. Este enfoque mantiene que los progresos identificados en determinados logros y pautas de conducta se aprecian a medida que aumenta la edad (Arbizu, 2003; Bleger, 1982). Por su parte, la teoría del “condicionamiento operante” de Skinner, concede un gran protagonismo a los estímulos del ambiente, considerando que éstos están estrechamente unidos a la formación de la personalidad (Reynolds, 1968). La acción de la Atención Temprana también se fundamenta en la epistemología genética de Piaget que postula la capacidad innata del niño para adaptarse al medio a través de dos subprocesos, la asimilación y la acomodación. La mayor parte del tiempo los niños asimilan información de su entorno, adecuada a su desarrollo mental, y la clasifican de acuerdo con lo que ya saben (Piaget, 1983). Dicho aprendizaje está asociado a las características específicas del entorno, las diferencias culturales y sociales con el fin de que exista un desarrollo en la cognición de manera individual (Gomis, 2007).

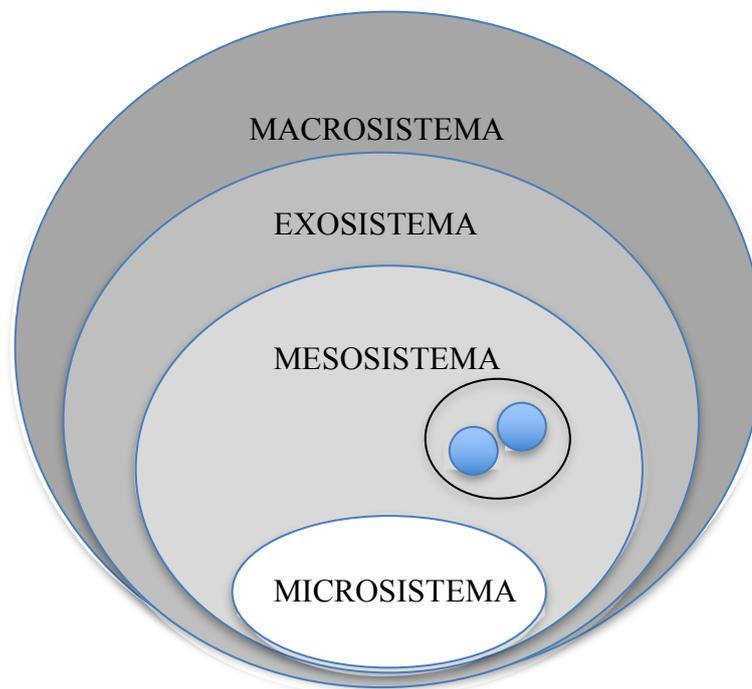
La Atención Temprana también le debe mucho al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner y al Modelo de Desarrollo Transaccional, como queda constatado en los informes de la Agencia Europea del Desarrollo del Niño con Necesidades Educativas (2003). En estos modelos se considera prioritario explicar la influencia del contexto (familia y entorno) como piezas claves en el desarrollo del niño (Escorcía, 2014).

### **1.2.1. MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO**

El Modelo Ecológico del desarrollo se remonta a la década de los 70 y su principal expositor es Bronfenbrenner. Su reflexión sobre la importancia que tienen los ambientes naturales para nuestro desarrollo le llevó a afirmar que éstos son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana. Su posicionamiento de una visión integral, sistémica y natural del desarrollo psicológico del niño le hace tener en cuenta la influencia de multitud de factores estrechamente ligados al ambiente (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez & López-López, 2002).

Las ideas de Bronfenbrenner se apoyan en las de Lewin (1936) quien, en la exposición de su teoría dinámica de la personalidad, se refería a la conducta como resultado de la función de la persona con su ambiente (Conducta=Función (Persona-Ambiente)). Esta autoridad va un paso más allá cuando habla del ambiente refiriéndose a entornos estructurados y seriados, llamándole “ambiente ecológico”. En el modelo no sólo se contempla el contexto inmediato en el que nace o se desenvuelve el niño, sino que se tiene en cuenta todos los entornos a los que puede pertenecer un sujeto, puesto que el desarrollo no es algo estático, sino que implica una reorganización dinámica de la conducta y un proceso de interacción a lo largo del tiempo (De Linares & Rodríguez, 2004; Gifre & Esteban, 2012).

De ello se deriva que el modelo plantee cuatro niveles o sistemas que condicionan el desarrollo humano y que afecta de manera directa o indirecta al infante (Bronfenbrenner, 1994; Bronfenbrenner, 2002; Escorcía, 2014; García-Sánchez, 2001; Pérez-López, 2004; Verdugo, 2004).



*Figura 1:* Representación de los cuatro sistemas que condicionan el desarrollo humano a partir de Bronfenner (1994)

*Macrosistema.* Se refiere a los marcos culturales e ideológicos de la sociedad en la que está incluido el niño.

*Exosistema.* Referido a sistemas donde el niño no está incluido, pero puede que los acontecimientos que se producen en él puedan llegar a afectarle de forma colateral y, por lo tanto, pueden condicionar su desarrollo.

*Mesosistema.* Donde se desencadenan relaciones entre dos microsistemas donde el niño participa, por ejemplo, la escuela o el barrio y su familia.

*Microsistema.* Donde se produce la interacción de la persona en desarrollo y sus circunstancias ambientales inmediatas, originándose los aprendizajes interpersonales que experimenta el niño.

El postulado básico del que habla Bronfenbrenner nos viene a decir que el desarrollo de un individuo es la acomodación mutua de la persona como ente activo y su relación con el entorno, siendo una relación bidireccional ya que se produce una reciprocidad entre el ambiente y el sujeto. Por lo tanto, la evolución del niño se entiende

como un proceso de desarrollo continuo e interactivo dependiendo de las actividades que realice (García-Sánchez, 2001, p. 2). Desde el punto de vista de la actuación en Atención Temprana, este modelo da mayor importancia a que existan interacciones socio-comunicativas con el niño y su familia. Asimismo, es prioritario que el aprendizaje se lleve a cabo en su contexto natural y con actividades de tipo funcional (Candel, 2003a).

De esta manera, en nuestro campo de estudio es importante tener conocimiento de los contextos en los que interacciona el sujeto y con ello, las necesidades y los estilos familiares para comenzar a trabajar (Fuertes & Palmero; 1998; De linares & Rodríguez, 2004).

### **1.2.2. MODELO TRANSACCIONAL DEL DESARROLLO**

El modelo Transaccional considera prioritario mejorar la realidad del niño con discapacidad, apoyándose en el entorno como algo dinámico y en constante cambio, con el fin de que el niño pueda enriquecerse y ajustarse mejor a su desarrollo (citado en García-Sánchez, 2001; Sameroff & Chandler, 1975; Verdugo, 2004). El modelo combina influencias del entorno y hereditarias, siendo ambos factores claves en el sistema de aprendizaje básico en un niño, teniendo consecuencias en su comportamiento (De Linares & Rodríguez, 2004). Igualmente, se puede afirmar que las interacciones del niño están influidas tanto por el entorno como por el estilo conductual del niño (Díaz, Pérez-López, Martínez, Herrera & Brito, 2000).

De esta manera, se puede decir que el modelo estudia el genotipo y el fenotipo del niño y sus variaciones dependiendo del entorno donde el infante crece. Los niños se desarrollan tras las experiencias que van teniendo y no están diseñados desde su nacimiento para tener una evolución ya programada (Sameroff & Fiese, 1990). El desarrollo se hace posible debido a una interacción bidireccional y recíproca entre el niño y su entorno a lo largo del tiempo (De Linares & Rodríguez, 2004), influyendo que las interacciones del niño con su propio contexto sean continuas, dinámicas y potenciadoras de experiencias. Además, las respuestas del adulto al comportamiento del niño y las variables relacionadas con el ambiente pueden influir en numerosas posibilidades a lo

largo de su desarrollo, con influencias ambientales que pueden cambiar la dirección del aprendizaje (European Agency for development in Special Needs Education, 2003; García-Sánchez, 2001; Sameroff & McKenzie, 2003).

Además de destacar la interacción entre el niño y los padres como medio para potenciar el mejor desarrollo, también destaca la importancia de la intervención basada en el respeto. El objetivo de esta actitud radica en fortalecer el contexto familiar y comunitario, con un soporte planificado para los cuidadores (De Linares & Rodríguez, 2004; Martínez-Moreno & Calet, 2015; Prats-Viñas, 2007). Para ello, el modelo trabaja centrándose en tres estrategias claves de intervención temprana, el *remedio*, la *redefinición* y la *reeducación*. El *remedio* es trabajo especializado para reconstruir las anormalidades biológicas y erradicar así la forma de actuación del niño con su familia. La *redefinición* penetra en la normalización de las reacciones de los padres con sus hijos y la *reeducación* sería la parte final de la intervención cuando se le da estrategias a los padres para educar o cuidar a sus hijos (Pérez-López, 2004).

Respecto al modelo anterior, este se centra en mejorar el desarrollo en las personas con discapacidad, apoyando que el aprendizaje es la suma de las relaciones que el individuo tiene con el entorno y los factores hereditarios que posee.

### **1.2.3. MODELO ECOCULTURAL**

De la suma de la corriente ideológica del modelo ecológico y transaccional nos surge apoyarnos en el enfoque Ecocultural como forma de entender la respuesta que pueden tener las familias en el desarrollo del niño. Este modelo se sustenta en tres pilares básicos recopilando los aspectos más importantes del desarrollo integral del infante: características del niño, las condiciones físicas/sociales del hogar y de la familia, los objetivos y creencias de los miembros de la familia (Belda, 2000; Bernheimer & Keogh, 1995). El modelo Ecocultural se basa en la organización que hacen las familias de los ambientes donde el niño se mueve. Ellas son responsables de orientar, atribuir sentido a las acciones, velar por la vida del niño... (García-Grau, 2015). Los cuidadores saben lo que pueden hacer con el niño y la significatividad de los objetivos a alcanzar en el contexto (Bernheimer & Keogh, 1995).

Este modelo se apoya en la ecología y en la cultura como adaptaciones y sostenibilidad del día a día o de las rutinas familiares (Más & Giné, 2012; Vera & Rodríguez, 2009), como dimensiones interdependientes, donde incluyen a quienes participan en las actividades diarias; reconociendo sus fines, valores y creencias que subyacen en los patrones recurrentes de organización social (Vera & Rodríguez, 2009). Es a partir de aquí cuando surge la teoría de las identidades múltiples, interculturalidad, diversidad y procesos de intercambio entre sistemas culturales llegando a entender de una forma globalizada la educación del niño.

Una de las aportaciones más importantes del modelo es el instrumento *Ecocultural family interview* para valorar y dar la oportunidad a los padres de poder explicar que cosas creen importantes y lo que supone adaptar su día a día a las necesidades de su hijo (Más & Giné, 2012). Conocer sus ideas ayuda a predecir sus comportamientos ante las distintas situaciones o sucesos, siendo en la mayoría de veces imposible conocer sus pensamientos ocultos difíciles de verbalizar (Cristóbal, Fornós, Giné, Más & Pegenante, 2010).

Este modelo respecto a los anteriores intenta comprender que ocurre en los entornos determinados y cuáles son sus causas. Por eso, resalta tres características principales a tener en cuenta a la hora de estudiar el desarrollo: las características del niño, las condiciones de la familia y las metas que la familia se plantea.

#### **1.2.4. MODELO DE INTERACCIÓN FAMILIAR Y COMPETENCIA SOCIAL**

En 1990, Guralnick confecciona un modelo basado en los patrones de interacción familiar. Este da sentido a la competencia o habilidad social que debe de poseer cualquier persona para que se produzca un desarrollo integral en sí mismo, proponiendo objetivos de inclusión social (Guralnick, 2001a). Como hemos dicho anteriormente, tanto en el modelo de Bronfenbrenner como en el modelo de Sameroff parten de la importancia que tiene el entorno y las interrelaciones en este para el aprendizaje de un niño. La ausencia de las relaciones del niño con el entorno puede reducir la capacidad del infante para interpretar las señales sociales. Esto puede ocasionarle dificultades en la regulación emocional y, así, llevarle a la interpretación errónea de los hechos (Guralnik, 1999).

Guralnik propone un modelo de desarrollo donde los aprendizajes más significativos se producirán en las relaciones que tiene el niño en su seno familiar. De esta manera, se valora las interacciones de padres e hijos, las experiencias que vive el niño proporcionadas por su familia y el estado de confort al niño proporcionado por su familia en cuanto a su seguridad, salud y bienestar (Guralnik, 2005). Al resultado evolutivo del niño se le suma tanto las características familiares (características personales, los recursos económicos, los apoyos sociales...), como las características del niño (discapacidad del niño, riesgos biológicos, necesidades materiales y económicas) (Belda, 2000; Guralnick, 2001b; Guralnick, 2005; Guralnick, 2006).

Estas interacciones que se dan en el contexto suelen contribuir a adoptar importantes tareas sociales, tales como la obtención de entrada en un grupo, la resolución de conflictos, mantener el equilibrio entre el grupo... y de esta manera, no sufrir una exclusión social (Trianes, Blanca, García & Sánchez, 2003). Algunos indicadores de las relaciones podrían ser: el amplio número de relaciones con los compañeros y las medidas de amistad, los aspectos de la participación social, las interacciones negativas... (Guralnik, 1999). En este modelo, la Atención Temprana se ejecuta como una intervención centrada en la familia como sistema, sin olvidar la competencia social y comunicativa, el juego y la conducta (Belda, 2000; Tamarit, 2009).

Tabla 1.1

*La evolución y la interacción como fuente de aprendizaje del niño (Guralnick, 2001; 2005)*

<b>Evolución de niño</b>	
<i>Características familiares</i>	<i>Características del niño</i>
Características personales	Necesidad de información
Recursos económicos	Malestar familiar e interpersonales
Apoyos sociales	Necesidad de recursos
Temperamento del niño	Pérdida de confianza
<b>Interacción padre-hijo</b>	
Calidad de las interacciones	
Experiencias del niño con la familia	
Salud y seguridad por la familia	

El autor principal del modelo, habla de cinco procesos socio-cognitivos en las relaciones entre iguales que tenemos diariamente y que un niño debería de desarrollar a lo largo de su aprendizaje:

- La interacción con nuestra familia y con el resto de la sociedad.
- La codificación de las señales sociales.
- La interpretación para la comunicación efectiva.
- Las estrategias sociales.
- La generalización de la estrategia.

Para ello, Guralnick (1998) sugiere que la intervención en Atención Temprana se basa en aspectos importantes como el asesoramiento familiar, la coordinación de los servicios primarios y los apoyos sociales en las relaciones entre la familia y el profesional. Tal y como refuerza Espe-Sherwindt (2016) las relaciones cambian el cerebro a lo largo de nuestro ciclo vital. En Atención Temprana la intervención no sólo debe tratar de intervenir en el niño, sino que también debe destacarse la labor que se realiza con las relaciones que tiene el niño con su entorno. Cuando intimidamos con las familias, estamos intercalando con el estado interno de la otra persona. Las relaciones son muy importantes. Cuando conocemos a las familias, estamos influyendo en su forma de pensar y de actuar (Espe-Sherwindt, 2016).

El modelo de interacción familiar de Guralnick, da una visión más completa de cómo es el desarrollo de los niños con trastornos o con riesgo de padecerlos, tiene en cuenta las características de los padres, además de las características familiares. Su teoría se basa en los patrones de interacción familiar. Esta forma de entender el desarrollo del niño nos facilitará entender el modelo de trabajo centrado en la familia que veremos posteriormente.

### **1.3. EVOLUCIÓN DE LA FILOSOFÍA DE TRABAJO**

A finales de los años ochenta y principios de los noventa se produce un cambio en la forma de entender el trabajo de Atención Temprana. Se pasa de considerar al profesional como único protagonista en delimitar las mejoras del desarrollo y aprendizaje del niño con discapacidad, a valorar a la familia como agente clave en los logros del infante. La forma de llevar a cabo el trabajo de los profesionales se ve afectada por los cambios sociales, así como por los derivados de incluir a la familia en la intervención del niño.

#### **1.3.1. MODELO DE PROFESIONAL COMO EXPERTO – REHABILITADOR**

En los primeros años de vida de la disciplina de Atención Temprana, la intervención se centró en un trabajo con el niño de manera exclusiva, teniendo como único propósito un enfoque rehabilitador (Aranda, 2008; De Linares, 2012; De Linares & Rodríguez, 2004). El papel de la familia en el trabajo con el niño era pasivo. El trabajo que se hacía con ellas, se resumía en trabajar el impacto que provocaba la discapacidad de su hijo en el entorno familiar y el cómo se influía en el proceso de adaptación de la problemática que estaban viviendo (Giné, 2012).

Autores como Belda y Casbas (2013) hacen alusión a la figura del profesional como el “despotismo ilustrado”, en el sentido de “persona que trabaja para la familia, pero sin ella”. El profesional coloca actividades, horarios y marca los objetivos, que normalmente suponen un sobreesfuerzo para la figura responsable en el seno familiar. Todo ello sin preocuparse de los pensamientos ni de las inquietudes que la familia pudiera tener en relación a su hijo, persiguiendo únicamente el logro de las metas planificadas (Belda & Casbas, 2013).

Desde este enfoque, la figura experta asume un rol de protagonista (Bravo & Cardona, 2012), considerando a los padres del niño parte del problema, es decir, parte del trabajo a hacer. En este modelo, el entorno del niño, en su rol pasivo, vuelca toda la responsabilidad en el profesional, como figura experta para trabajar con el problema (Espe-Scherwindt, 2008; Watts, McLeod & McAllister, 2009).

### **1.3.2. MODELO DE LA FAMILIA COMO CO-TERAPEUTA**

Este modelo de trabajo, a diferencia del anterior, deja de considerar a las familias como entes pasivos y parte del trabajo por hacer. Por el contrario, los valora como ayudantes (Watts, McLeod & McAllister, 2009), o como un miembro más del equipo de intervención (Castellanos, García-Sánchez, Mendieta, Gómez & Rico, 2003). En esta tipología de trabajo el profesional asigna a las familias distintas funciones para trabajar con el niño en su día a día. En este sentido se pueden catalogar a las familias de co-terapeutas. La persona responsable de la intervención, que sigue siendo el profesional, marca las pautas necesarias para que la familia trabaje con el niño en su entorno. Sin embargo, sigue sin tener en cuenta las características y necesidades familiares y, mucho menos, sus opiniones. En la mayoría de los casos, esta situación crea estrés en los cuidadores, al intentar conseguir hacer todo lo que el experto les recomienda.

En este modelo, la familia tiene una participación activa en el trabajo con su hijo. Algunos autores comentan que, esta forma de trabajar puede, en muchos momentos, lleva a confundir, en la familia, los roles que le caracterizan, llevando incluso a que los padres abandonen su comportamiento como tales padres (Castellanos et al., 2003). La reflexión sobre las consecuencias que puede acarrear este modelo de trabajo en la familia, lleva a que se produzca una nueva inflexión en el modelo de Atención Temprana a desarrollar. Así, se pasa de un modelo de trabajo, donde la familia es co-terapeuta en la intervención, a una línea del trabajo donde la se considera más el rol propio de la familia, mostrando el profesional una actitud más amigable hacia esa familia. Así, sin olvidar no convertir a la familia en “segundos profesionales”, se busca que ésta pueda colaborar, prestando su ayuda en todo lo que tenga que ver con el desarrollo de su hijo.

### **1.3.3. MODELO INTEGRAL DE ACTUACIÓN ATENCIÓN TEMPRANA**

El Modelo Integral de Actuación Atención Temprana (MIAAT) surge a partir de la realidad de Atención Temprana que existe en la Región de Murcia y en buen parte del territorio español, cuando es enunciado. Mendieta y García-Sánchez (1998) lo delimitan diciendo que:

*La atención temprana debe de entenderse como un conjunto de actuaciones dirigidas al niño, a su familia y su entorno, desarrolladas desde la acción coordinada de un equipo interdisciplinar, con la finalidad de dar una respuesta inmediata, planificada con carácter global, sistemática, dinámica e integral a las necesidades transitorias o permanentes de la población infantil que en la primera infancia (de cero a seis años) presenta trastornos en su desarrollo o riesgos de padecerlos.*

Esta filosofía de trabajo, como se aprecia en su definición, tiene en cuenta tanto la patología del niño como sus características psicológicas y socio-familiares inmersas en un contexto (Mendieta & García-Sánchez, 1998). Su finalidad es conseguir la mejor integración socio-educativa posible del niño con discapacidad en el entorno más próximo a él. Por ello, este modelo propugna una intervención simultánea sobre el niño, su familia y su entorno, con una implicación claramente más educativa o psicoeducativa que meramente terapéutica. Este patrón de trabajo en Atención Temprana aúna el cómo hacer y el cómo se debe de entender esta disciplina, siempre a partir de los principios de intervención ecológico-transaccional, cuidando el diseño de la organización del CDIAT, para acceder al entorno natural, y la coordinación de recursos disponibles en dicho entorno, para facilitar una respuesta integral a las necesidades del niño y su familia (García-Sánchez, Castellanos & Mendieta, 1998; Castellanos et al., 2003; Escorcía, 2014; García-Sánchez, 2001).

En este esquema de trabajo se destacan diferentes características que debería cumplir la intervención. Como la idea de que debe de ser inmediata, ya que se persigue aprovechar la plasticidad del sistema nervioso del niño. Asimismo, debe ser una intervención planificada y de carácter global, evitando improvisar en el programa de trabajo y con el fin de abordar todas las áreas del desarrollo evolutivo del niño de forma global. El trabajo debe de ser unificado y organizado, con una respuesta sistemática en la actuación, aunque teniendo siempre prevista la flexibilidad necesaria y la posibilidad de cambiar para adaptarse a la evolución del niño y su familia. Todo ello teniendo, como

meta final, la búsqueda de la máxima integración del niño en su compleja realidad (García-Sánchez et al., 1998).

Los autores que nos aclaran las características MIAAT resaltan tres facetas de trabajo:

- La intervención educativa, a través de una intervención que potencie el trabajo tanto físico como cognitivo sin perder de vista la globalidad del niño.
- La intervención psicológica que aborde el tratamiento de problemas de conducta, emociones, fobias, miedos y preocupaciones, tanto del niño como de la familia.
- La intervención médico-rehabilitadora, centrada especialmente en las dificultades físicas que se le presentan al niño. Aun viendo al niño con dichas dificultades, no puede olvidarse de que la intervención debe de ser global e integral, y que su trabajo debe de ser coordinado con profesionales del campo de la Atención Temprana.

Además de destacar los tres ámbitos de trabajo, este modelo recalca cinco connotaciones importantes para entender su ejecución en la intervención (García-Sánchez, 2001, 2002):

En primer lugar, cree de absoluta relevancia contemplar un *marco teórico multidisciplinar*, para percibir la Atención Temprana con una fundamentación teórica multidisciplinar desde el campo de las neurociencias, la psicología, la educación...

En segundo lugar, se necesita de una *delimitación conceptual* de lo que es y no es Atención Temprana, coincidiendo con la definición que se recoge en el libro blanco de esta disciplina.

En tercer lugar, un *modus operandi* sobre cómo realizar las cosas. El profesional se caracteriza por ser flexible y versátil, estando preparado para el cambio. Nos delimita en qué ámbitos y a qué niveles debemos de intentar llegar, los objetivos y perspectivas de la intervención propiamente dicha, la cual ha de llevarse a cabo sobre el niño, su familia

y su entorno (intervención rehabilitadora, psicólogo/clínica y educativa, psicoeducativa o socioambiental). Igualmente, se posiciona abiertamente seleccionando una serie de herramientas para llevar a cabo la intervención, como son el juego, la estimulación sensorimotriz, la modificación de conducta y la comprensión sistémica de la dinámica familiar (García-Sánchez, 2001).

En cuarto lugar, un *modelo de organización del servicio* relacionado con el análisis de los profesionales que intervienen en cada ubicación, entorno y momento, y sobre qué objetivos concretos se trabajan (Mendieta & García-Sánchez, 1998).

Y en quinto lugar, un *modelo de coordinación de recursos* para la prevención, la detección e intervención, con la finalidad de aumentar la efectividad de la Atención Temprana y dar la respuesta integral que se demanda.

El MIAAT, al que nos referimos, delimita detalles de la actuación a realizar de forma más precisa de lo que lo hace el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000). En este sentido, es un modelo que aúna tres elementos. Por un lado, los postulados defendidos en este Libro Blanco, con los propuestos en el Manual de Buenas Prácticas de Atención Temprana (FEAPS, 2001). Pero, por otro lado, también con el detalle de una praxis profesional que busca trabajar la globalidad con el niño, desde una posición de profesional experto; pero a la vez quiere ser sensible a las necesidades de la familia y ayudarle a que sea útil, desde su papel de padres y madres, para fomentar el desarrollo del niño. Todo ello sin olvidar que la Atención Temprana ha de ser una actuación integral, con un servicio organizado para hacer todo lo planteado y que, a la vez, trabaje también con el entorno del niño y su familia y se coordine con diferentes agentes del ámbito sanitario, educativo y social.

En este sentido, debemos recordar que los servicios de Atención Temprana realizan sus actuaciones procurando coordinación con aquellos esfuerzos que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorezcan la salud, la educación y el bienestar social del individuo y su familia (Aranda & Andrés-Vilora, 2004; GAT, 2000; Juan-Vera & Pérez-López, 2009; Millá, 2005).

De esta manera y siguiendo a la Organización Mundial de la Salud se definen tres niveles de prevención en Atención Temprana, atendiendo a los tipos de destinatarios y con distintas finalidades: prevención *primaria*, *secundaria* y *terciaria*. Esta clasificación se hizo patente desde el ámbito sanitario siendo más tarde extrapolada a otros campos como los servicios sociales, el educativo o en su modo, la Atención Temprana (Vicente, 2015).

El primer nivel (Prevención Primaria), corresponde a las actuaciones y a la protección de la salud, orientada a promover el bienestar de los niños y sus familias. En esta faceta preventiva se diseñan medidas de carácter universal, con el propósito de llegar a toda la población. Los agentes que intervienen son los Servicios de Salud Comunitaria, Atención Temprana, Servicios de Obstetricia y Pediatría (Aranda & Andrés-Vilora, 2004; GAT, 2000; Poch, 2003). Los recursos de prevención de Atención Temprana tienen que ver con la identificación de aquellas circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de normas o derechos universales en el ámbito de la promoción y protección general del desarrollo infantil. Como comenta Ezpeleta (2005), la prevención es la forma más deseable de intervención. Es así que la intervención preventiva tendría como objeto contrarrestar el efecto de los factores de riesgo y potenciar los de protección.

El segundo nivel (Prevención Secundaria), incluye como parte fundamental la detección precoz de las enfermedades, trastornos, o situaciones de riesgo. Consiste en intervenir cuando la situación de riesgo o la discapacidad ya está presente y aún no ha desarrollado todos sus efectos. Por ello, se trabaja a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo, como por ejemplo en los niños prematuros, en las unidades familiares con embarazos de adolescentes, embarazos a partir de los 35 años (riesgo de cromosomopatías), o niños con cualquier discapacidad. Este tipo de actuaciones requiere de campañas de sensibilización hacia los profesionales de las distintas redes y hacia la propia sociedad para la detección precoz de las necesidades, así como los protocolos de derivación rápida al trabajo con niños y familias que haya una detención del problema (Aranda & Andrés-Vilora, 2004; GAT, 2000; Poch, 2003).

El tercer nivel (Prevención Terciaria), son las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como necesidades de tipo biopsicosocial, evitando que la discapacidad profundice e intentando impulsar soluciones. Estas actuaciones son tarea específica del servicio de Atención Temprana, en el que recae la máxima responsabilidad de activar un proceso de intervención, trabajando con el niño, con la familia y con el entorno en el que vive (Aranda & Andrés-Vilora, 2004; GAT, 2000; Poch, 2003). En ocasiones, con una intervención eficaz se puede lograr una normalización del niño en su entorno cotidiano, y además se alcanzan nuevos equilibrios en las dinámicas familiares más o menos rápido. Pero otras veces, pueden pasar periodos muy largos de tiempo para lograr objetivos, al limitarse las posibilidades de movilidad, de comunicación y de autonomía de un miembro de la familia. La complejidad de estas situaciones hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinar de profesionales.

Para apoyar la idea de un modelo integral de actuación ágil en Atención Temprana, Gútiez (2003) explica que esta supone un pilar básico para la educación sistemática de la primera infancia, dando tanto respuesta desde el nacimiento, como solidez al trabajo que se realiza desde los equipos de profesionales.

Continuando con la idea de una intervención ágil y globalizada, la labor profesional de los equipos es prioritaria para mejorar la calidad de vida de los niños detectados con necesidad de apoyo, para realizar una educación compensatoria eliminando las diferencias existentes y para procurar su integración en la sociedad...

Por todo ello, se considera esencial “la existencia de los profesionales de Atención Temprana, que tanto desde la escuela infantil, los equipos de Atención Temprana, como en centros específicos, contribuyen a ofrecer un servicio educativo de calidad que debe permitir el pleno desarrollo y favorecer la futura integración social de todos los niños, sean cuales sean sus circunstancias” (Gútiez, 2003, p. 62). Así, la etapa infantil se entiende como la base e inicio del proceso educativo, dirigida y ofertada a todos los niños que la demanden, debe ser una oferta educativa reglada y generalizada para toda la población comprendida entre los cero y los seis años (Gútiez, 1995).

En la actualidad, todavía se encuentran opiniones que buscan perfilar el modelo de trabajo para que sea más correcto y eficaz con la realidad de los CDIAT. O bien, para incluir algunas realidades que se habían olvidado o no estaban suficientemente claras, como la importancia de la investigación, la calidad de los servicios o la importancia del papel de la familia.

Este modelo considera el trabajo en Atención Temprana como un proyecto de colaboración con las familias, estableciendo relaciones de trabajo amigable. El profesional busca mejorar el funcionamiento en los centros y renovar la atención prestada a los niños con discapacidad y a su entorno.

#### **1.3.4. MODELO CENTRADO EN LA FAMILIA**

Resulta obvio que para intervenir en el niño también es necesario trabajar con la familia y tener en cuenta las condiciones que rodean al infante. No resulta lógico ver a los niños sin tener en cuenta a sus familias y fuera de su entorno familiar. Por ello, es necesario ver a las familias como figuras relevantes en todo el proceso de trabajo con su hijo, con la intención dejar a un lado el protagonismo profesional (Bailey, Raspa & Fox, 2012).

*Había una vez un hombre que daba clases a padres sobre cómo ser padres. La clase la tituló “Diez mandamientos para padres”, y los padres, inseguros de sus aptitudes, venían de todas partes para asistir a su clase y aprender cómo ser mejores padres. En aquel entonces no estaba casado ni tenía hijos. Un día conoció a la mujer de sus sueños y se casó. Con el tiempo tuvieron un hijo. Entonces cambió el título de su clase, “Cinco sugerencias para padres”. Con el tiempo fueron bendecidos con otro hijo. Y entonces le puso un nuevo nombre a su clase, “Tres pistas provisionales para padres”. Cuando nació su tercer hijo dejó de dar clase...*

A partir de este fragmento, que circula desde hace años por internet y que también se ha utilizado en el entorno de la Atención Temprana por algunos profesionales (Mendieta, 2001), se puede expresar lo que es verdaderamente importante en el servicio de trabajo centrado en la familia y que siempre debería estar presente a lo largo del

proceso. Por un lado, la figura de la familia, como cuidador principal del niño, potenciador máximo de sus aprendizajes y pieza clave en la intervención. Por otro lado, el profesional como provocador de cambios en el contexto a través de una interacción eficaz con los padres y los educadores, además de en el proceso de intervención y apoyo a la familia en el trabajo con el niño (Perpiñan, 2003a).

Continuando con la misma idea, interesa tener en cuenta que, en todo momento del proceso de intervención, hay tres figuras que colaboran: familia, niño y profesional. El resultado de la evolución del infante, como ya se expuso al presentar el modelo ecológico-transaccional, es la interrelación siempre compleja del niño con su ambiente (De Linares, 2012). Así, interesa tener siempre presente que la intervención en Atención Temprana no es solamente dirigir pautas a los infantes sino mediar en todos los ambientes con los que se relaciona y se encuentra inmerso (Bravo & Cardona, 2012; Mayorga, Madrid & García-Martínez, 2015). El principal es el familiar. Dada su valoración como eje fundamental, nos detenemos en presentar brevemente las definiciones más al uso sobre el concepto de familia y vínculo familiar.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española recoge el término familia como grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas (RAE, 2015). Sin embargo, Mendieta (2001) y De Linares (2012) amplían la definición y se refiere a figuras en la vida del niño, considerando la familia como un sistema abierto, donde un grupo de individuos tiene una interacción dinámica entre ellos mismos y el entorno, que trabajan para lograr objetivos comunes. Algunas de las funciones de la familia pueden ser la protección psicosocial de sus miembros, lo que otorga un sentido de pertenencia e identidad a la acomodación y la transmisión de una cultura. Nadie duda que la familia como perteneciente a una sociedad debe garantizar alguna continuidad a su cultura concreta (Mendieta, 2005).

Siguiendo en la misma línea, Sonsoles Perpiñan (2003b) habla de un conjunto de personas que comparten hogar y que además interactúan formando un sistema complejo. Esta autora parte de la idea de que cada familia es diferente y, por lo tanto, en el momento de la intervención se deben buscar estrategias que se adapten cada una de ellas. Algunas

variables a considerar son: la estructura (número de personas que componen la familia), la historia o antecedentes, el estilo educativo, las emociones y el sistema de atribuciones para construir pensamientos. Y, sobre todo, las necesidades que demandan y las expectativas que esperan lograr.

Hay autores que son más escuetos en sus definiciones, como Leal (1999) que simplemente se refiere al concepto de familia como unidad de apoyo social que cría y protege al niño. A pesar de su concisión, esta autora, al igual que Perpiñan (2003b), hace especial hincapié en considerar que la familia no solamente es el conjunto de personas con vinculación sanguínea sino, además, todas aquellas que forman parte del cuidado y apoyo mutuo.

Es complejo definir el término familia como institución social, ya que engloba aspectos sociales y culturales que con el transcurso del tiempo sufre modificaciones. De esta manera, no nos debe preocupar tanto la terminología o el modelo familiar en el que se encasilla a un niño sino las interacciones que se producen entre ellos y las que mantienen con otros sistemas (Fuertes & Palmero, 1998).

El modelo de Atención Temprana centrada en la familia parte de la idea de dar mayor importancia a la actividad de los padres o cuidadores principales, desarrollando en ellos habilidades o competencias en el cuidado de sus hijos y enseñándoles otras para lograr un mejor desarrollo del niño en su entorno natural (Bailey et al., 2012; Brito, 2013; Dunst, 2005; García-Sánchez et al., 2014; Mahoney, 2009; Mayorga, Madrid & García-Martínez, 2015). Pero para ello, es necesario especificar con claridad cómo será la participación y cuál será el rol que asumirá la familia (Calvo, Verdugo & Amor, 2016). A través de esta metodología se consolida una relación de confianza entre el profesional y el cuidador (Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson & Beegle, 2004). La familia pasará de ser un mero cliente, a ser colaboradora activa y agente dinámico e inquieto del cambio en el entorno del niño, pudiendo tomar un protagonismo mayor en las decisiones y en el trabajo diario con el niño (Bailey et al., 2012; Espe-Sherdwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014; Martínez-Moreno & Calet, 2015). El énfasis de implicar las personas del vínculo familiar en el modelo surge de la corriente de las teorías ecológicas que

proponía Bronnfrenner con la mediación de la familia en los aprendizajes del niño (Fuertes & Palmero, 1998; Mahoney & Perales, 2012).

Es por eso que, hablar de prácticas centradas en la familia incluye, no solo, la toma de decisiones familiares informadas, asesoramiento y orientación sin prejuicios, sino que, además, son prácticas que destacan por profesionales que traten a los miembros de la familia con dignidad y respeto, reconociendo sus fortalezas como familia y brindándoles apoyo y orientación (Dunst, 2017a).

En la misma línea, autores como Brown, Galambos, Poston y Turnbull (2007) y Ginè et al. (2008) apoyan dicho modelo viendo a la familia como unidad de apoyo, haciendo referencia a la satisfacción y al bienestar de la misma. También hacen mención a los cuidadores principales refiriéndose a ellos como protagonistas con capacidad de elección dentro de la intervención, teniendo el derecho y el deber de atender sus objetivos, además de poder tomar decisiones informadas en el proceso. Por último, los autores resaltan la importancia de dar apoyos basados en las fortalezas, destacando la necesidad de extraer de cada familia sus capacidades naturales de cuidado, desarrollar sus habilidades y fomentar su confianza para potenciar la eficacia en el trabajo (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016).

En este modelo, se precisa que las familias mejoren el desarrollo de sus hijos a través de actuaciones integradas en las rutinas diarias (Mahoney, 2009), ya que cada niño es diferente, cada familia es distinta y como no, cada entorno es desigual teniendo cada uno sus propios matices (Petrenchik & King, 2011). Tales actos no deben suponer distorsión en su realidad cotidiana, ni tampoco sobreesfuerzo familiar que lleve a propiciar estrés añadido o frustración ante la no consecución de los objetivos (Watts et al., 2009). El trabajo en su entorno natural debe suponer en las familias bienestar y satisfacción, generando beneficios a todos los miembros de la estructura familiar (Dunst, Bruder, Trivette & Hamby, 2006; Dunst, Trivette, Hamby & Bruder, 2006).

Para que la intervención se pueda realizar sin ser incómoda, es necesario reorientar los roles tanto de las familias como de los profesionales, centrando la intervención en el entorno (Fuertes & Palmero, 1998; Tamarit, 2009). La preocupación para los

profesionales ya no es trabajar con el niño un número de sesiones cerradas, sino orientar, capacitar y apoyar a los padres hacia la intervención diaria con sus hijos aprovechando las rutinas y sus entornos, formando equipos cohesionados entre familias y profesionales, compartiendo las distintas competencias (Catalino, Chiarello, Long & Weaver, 2015). No en vano, la familia del niño pasa la mayor parte del tiempo con él y es la constante real en la vida de ese pequeño. Involucrar a los padres y otros miembros de la familia en el proceso de intervención es más poderoso que enfocar el trabajo exclusivamente en el niño (Raver & Childress, 2015).

Dunst y Trivette (1996) planteaban que, para llevar a cabo una intervención centrada en la familia, es prioritario que los profesionales ayuden a la familia, de forma efectiva, a modificar, planificar, adquirir, cambiar y mejorar algunas pautas o estrategias de interacción durante actividades diarias de juego, alimentación o baño... Ya que, tanto las actividades de juego como las actividades naturales que están contextualizadas en las rutinas son eficaces en el aprendizaje de un niño (Brow & Woods, 2012; Dunst, 1999; Dunst, 2002; Dunst, 2004; Giné, Gracia, Vilaseca & García-Diez, 2006; Giné et al., 2008), aprendiendo mucho más cuando existe una interacción con las personas de su alrededor (Raver, 2003).

Por ello, es necesario que la familia se sienta partícipe del trabajo en todo momento y que el profesional ayude al cuidador principal con la aportación de recursos y la integración en el equipo de trabajo (Chiarello, Bartlett, Palisano, Mcosy, Fiss, Jeffries & Wilk, 2016). De esta manera, cuando los niños estén en casa podrán realizar actividades enriquecedoras e interactivas con sus familiares (aprendizajes contextualmente mediados), viendo el juego y las actividades naturales como eficaces (Brown & Woods, 2012). Así, se refuerza la idea de los cuidadores como ejecutores principales en las interacciones del niño con el entorno (Sawyer & Campbell, 2012).

Esta idea de trabajo en los entornos naturales se ve apoyada en diversos estudios, en los que se concluye que el uso de actividades cotidianas, como fuentes de oportunidades de aprendizaje infantil, posee más éxito que la incorporación de las prácticas tradicionales de intervención en las actividades cotidianas (Dunst, Valentine,

Raab & Hamby, 2013; Dunst et al., 2006; Espe-Sherwindt & Serrano, 2016). Además, las interacciones cuidador-niño resultan importantes para un crecimiento y desarrollo óptimos del niño (Dunst, 2017b). Estas rutinas pueden ayudar a predecir el comportamiento y el clima emocional en el entorno familiar (Spagnola & Fiese, 2007), además de fomentar la competencia de los padres, el ajuste del niño a la realidad y la satisfacción conyugal de los aprendizajes (Fiese, Tomcho, Douglas, Josephs, Poltrock & Baker, 2002). Dunst, Raab & Hamby (2017) afirmaron que las prácticas basadas en la actividad o las fortalezas de los niños, y no en sus necesidades, influían en el comportamiento socio-emocional del infante y en su aprendizaje.

Dunst (1985) hablaba del empoderamiento familiar como el principal indicador de éxito en la intervención. Este autor recoge cuatro principios básicos a tener en cuenta con el trabajo familiar:

1. Partir de las necesidades y prioridades familiares.
2. Utilizar el funcionamiento familiar para organizar la intervención.
3. Fortalecer el apoyo y la ayuda informal.
4. Aumentar la habilidad de las familias para cuidado de sus hijos.

Este modelo de intervención en Atención Temprana centrada en la familia, tiene en cuenta, tanto los principios de empoderamiento como el principio de andragogía, ciencia que estudia el arte de ayudar a aprender a los adultos. Si el adulto quiere aprender no será un mero receptor, sino que deberá actuar mostrando sus experiencias y relaciones con el sujeto. Además, este propondrá objetivos que los pueda llevar a cabo, pudiendo aprender en pequeños lapsos de tiempo y sabiendo generalizar de una forma más rápida los aprendizajes (García-Sánchez, 2014; García-Sánchez et al., 2014; McWilliams, 2004; Rush & Shelden, 2011; Snyder, Hemmeter & McLaughlin, 2011).

Desde el punto de vista profesional, será más efectivo enseñar a la familia que al niño, ya que un adulto es capaz de aprender en poco tiempo aquello que le interesa. Aún más cuando aquello que quiere aprender le motiva y es parte de su necesidad. Estos dos

estímulos son vitales para promover el aprendizaje porque lo que le incita a hacerlo es su preocupación. De esta manera, el profesional adoptará el papel de entrenador de adultos, asumiendo una figura de coach con la finalidad de replantearse la intervención y guiar el entorno familiar (Dunst, 2000; Shelden & Rush, 2011). Las intervenciones llevadas a cabo por los padres son más eficaces para los niños con discapacidad (Smith, Buch, & Gamby, 2000), ya que los padres muestran una influencia positiva en la comunicación con sus hijos.

En el estudio de Stoner, Meadan y Angell (2013), para el entrenamiento de los padres se utilizó el modelo de *coaching PiCS*. Este modelo se utilizó para capacitar y entrenar a los padres en estrategias de enseñanza naturalistas y visuales en sus casas, con sus hijos que tenían discapacidades en el desarrollo. Para llevar a cabo este modelo se apoyaron en las mejores prácticas de actuación de la literatura: establecer objetivos conjuntos a corto, medio y largo plazo, enseñar estrategias de intervención, poner en marcha dichas estrategias, evaluar el proceso, y sobre todo, realizar un seguimiento y establecer nuevos objetivos (Stoner et al., 2013). Estos autores pensaban que las familias son los primeros maestros de los niños, ya que estos participan conjuntamente en múltiples interacciones sociales con sus hijos.

El autor de referencia Robin McWilliam es pionero en el modelo de trabajo centrado en la familia y especialmente, en el análisis y aprovechamiento de las rutinas diarias en Atención Temprana (McWilliam, 2001; McWilliam, 2010; McWilliam, Winten & Crois, 2005). Este autor cree en las rutinas diarias como oportunidades de aprendizaje para el niño. Piensa que hay que transmitir, desde el principio, que la Atención Temprana se desarrolla desde el entorno más cercano del niño hasta el más lejano, con la interrelación de microsistemas como se hablaba el marco del Modelo Ecológico del desarrollo. De esta manera, es necesario implicar al entorno familiar en su conjunto, ya que como sabemos el niño hace sus primeras relaciones cognitivas en el primer nivel afectivo.

Para llevar a cabo el trabajo que se pone de manifiesto en este nuevo paradigma de intervención centrada en la familia, se utilizan distintos instrumentos para conocer las fortalezas familiares, las inquietudes y los logros alcanzados dentro de la intervención. Se utiliza un Plan Individualizado de Apoyo Familiar (PIAF) con el fin de dejar por escrito la información relativa al niño y a su familia, los objetivos a intervenir y las estrategias principales a utilizar. Para el desarrollo de un PIAF el profesional debe de cumplir tres objetivos principales: la recopilación de la información completa del día a día de esa familia, la observación de las familias en su entorno y de la actuación del niño en su vida real, estando seguros que ninguna de las prioridades de la familia queda sin abordar (Shelden & Rush, 2013). Dentro del PIAF se puede recoger información de diversos tipos de instrumentos. Entre ellos, por ejemplo, el Ecomapa, como sociograma que permite al profesional y a la familia conocer los apoyos y los recursos de los que dispone el cuidador principal en su vida diaria (McWilliam, 2010). Este instrumento es de utilidad para conocer las relaciones existentes en la familia, recursos informales (familiares), intermedios (amigos y vecinos) y formales (instituciones y entidades) de los que dispone. A través de este instrumento, se puede saber si las relaciones son positivas o, por el contrario, son negativas y dificultan el proceso de desarrollo del niño y de la familia. Por otro lado, la Entrevista Basada en Rutinas (EBR), nos permite conocer en profundidad las rutinas familiares (Winton & Bailey, 1990) y descubrir, a través de ellas, las capacidades del niño y las necesidades y prioridades de la familia. Este instrumento busca conocer los activos del niño: qué hace, cómo se relaciona, cómo se comunica, qué nivel de autonomía tiene el niño en cada rutina y cómo le ayudan o le pueden ayudar los que están con él (McWilliam, Casey & Sims, 2009). Paralelamente, la EBR también nos aporta las preocupaciones y las insatisfacciones de la familia con cada una de las actividades en las que participa el niño. Estas preocupaciones o insatisfacciones se utilizarán posteriormente como objetivos funcionales, para los que se planteará estrategias para su consecución.

Tanto la información del Ecomapa, como la extraída de la EBR, se recogerá resumida en el PIAF, terminado de redactar este documento con los objetivos funcionales que se trabajarán. Ambos (EBR y ECOMAPA) se realizan la primera vez que la familia

llega al recurso de Atención Temprana. A partir de ahí, el profesional organiza una reunión con la familia en la que se valora el avance en los objetivos planteados, la consecución de objetivos, las estrategias utilizadas... se reajustan los objetivos o se plantean nuevos si se estima oportuno.

Estos instrumentos plantean un sistema integral y coordinado de la prestación de servicios de Atención Temprana, basado en la filosofía de la familia como componente activo a lo largo de toda la intervención (Cañadas, 2013; Martínez-Moreno & Calet, 2015), conduciendo a un mejor rendimiento en habilidades familiares y sociales, en el cuidado, y sobre todo existiendo una retroalimentación de sus logros (Sawyer & Campbell, 2012). En este mismo sentido, se persigue así la eficacia en la intervención como la suma del potencial formativo del profesional con la capacidad de cooperar y coordinar tanto el contexto del niño como su propio equipo (De Linares, 2012).

Por último, se puede decir que la familia a lo largo de esta metodología de trabajo podrá experimentar una satisfacción en su vida familiar, influyendo en su bienestar (Fuerte & Palmero, 1998). La participación familiar y el apoyo social que reciben, les hará luchar por conseguir lo que desean, sentirán una satisfacción al saber que los objetivos que se han propuesto lo han conseguido y, sobre todo, podrán sentirse tranquilos al estar capacitados para ayudar y guiar a su hijo en su desarrollo integral a lo largo de su vida (Brown & Brown, 2004; Giné, 2012).

#### **1.4. EL TRABAJO EN EQUIPO EN ATENCIÓN TEMPRANA**

Cuando se habla de equipo en Atención Temprana nos estamos refiriendo a distintas cosas. Por un lado, podemos estar refiriéndonos al trabajo coordinado realizado por un grupo de profesionales que pertenecen a distintas ramas como la sanitaria, la social y/o la educativa. Estos profesionales al tener diferente formación se manifiestan con características específicas, aptitudes y habilidades distintas. Estas heterogeneidades deben complementarse, con el propósito de conseguir un resultado satisfactorio a través de un objetivo común. Para ello, es necesario que el profesional establezca relaciones de coordinación y colaboración eficaces y eficientes con profesionales de campos o

disciplinas distintas a la suya, estando marcado el equipo por las capacidades de inteligencia emocional de los profesionales que los integran (Kaplan & Welter, 2001; Jordan & Ashkanasy, 2006). Dunst, Hamby, Wilson, Espe-Sherwindt y Nelson (2017) demostraron que las opiniones y comentarios de los profesionales son útiles para mejorar las prácticas en las intervenciones.

Cuando se habla de equipo también se hace referencia al grupo formado por la familia y el profesional, donde los componentes de comunicación, competencia profesional, respeto, confianza y compromiso son primordiales (Blue-Banning et al., 2004; Dalmau et al., 2017). La importancia del trabajo en equipo para el éxito de la intervención en Atención Temprana es la clave para lograr la excelencia. Ello lleva aparejado la necesidad de precisar qué condiciones ayudan o son contraproducentes, tanto para la organización de los centros como para el propio trabajo de sus equipos (entre profesionales y profesional-familia-niño) (Hikimura, 2005; Peterlander, 1999). Para que el equipo se desarrolle eficientemente es necesario que se consensuen normas, entre todos los participantes, y que estas se cumplan (Gómez & Acosta, 2011). La mayoría de los equipos mantienen cualidades como: coordinación, respeto, cooperación, comunicación y confianza. Mickan y Rodger (2000) señalan que las características de los equipos efectivos se estructuran en tres bloques: *estructura organizativa* (claro propósito, cultura apropiada, tarea específica, funciones específicas, liderazgo adecuado, miembros relevantes y recursos adecuados); *contribución individual* (autoconocimiento, confianza, compromiso y flexibilidad); y *procesos de equipo* (coordinación, comunicación cohesión, toma de decisiones, gestión de conflictos, relacionales sociales y comentarios de rendimiento).

La cooperación es una estrategia clave en el grupo en el que distintas personas persiguen un objetivo común. Facilita el intercambio de información de manera voluntaria para realizar tareas interdependientes (Gil, Rico & Sánchez, 2008). Para que exista dicha cooperación es necesario que los integrantes del equipo sientan la pertenencia al grupo, con todo lo que ello implica, como el saber que su opinión cuenta. Es por eso que debe existir una interacción con todos los miembros, respetando valores y normas aceptadas por el grupo. Para que se de esta cualidad, los miembros del equipo deben

confiar en la figura del líder, como persona que valora el trabajo de los demás, cuenta con todos los miembros del equipo para la toma de decisiones, es influyente en todos los participantes del equipo haciendo que trabajen con entusiasmo en el logro de metas y objetivos. El líder tiene la capacidad de tomar la iniciativa, aportar nuevas ideas, saber gestionar y organizar a un grupo formándolo en equipo (García-Sánchez, 2013).

En el trabajo en equipo, el concepto de coordinación va unido al de líder. La coordinación es entendida como las estrategias y los patrones de conducta que los miembros de un equipo ponen en manifiesto para que no exista solapamiento de información, siendo capaces de combinar y ajustar sus logros hacia una meta común (Gil, Rico & Sánchez, 2008), con una figura a la cabeza que sea capaz de unir todas las actuaciones. Este líder debe estar disponible y ayudar en las situaciones difíciles, llevando a cabo la toma de decisiones en base a criterios que estén claros y que permitan seguir avanzando. En el caso del trabajo en Atención Temprana debe ser mediador entre los protagonistas de los entornos de los niños con necesidades de Atención Temprana, es decir las familias y los centros educativos. Estos deberán llevar a cabo un proceso de coordinación desarrollado teniendo en cuenta los logros del niño, las estrategias del profesional, la relación con la familia, el posicionamiento cognitivo de los implicados, los momentos por los que atraviesa el proceso y la intervención de elementos externos (Perpiñan, 2003; Perpiñan, 2009).

No podemos hablar de cooperación o coordinación sin tener presente la comunicación en cualquiera de los equipos, siendo algo necesario y esencial para la transmisión de la información, y así operar de forma eficiente y cumplir con los objetivos de la intervención (Hiep & Pruijs, 2006). En un equipo, donde todos los profesionales forman parte de un objetivo común, los integrantes tienen derecho a mostrar su opinión sobre las decisiones que se van tomando, pero, sobre todo, es importante la comunicación en la gestión de conflictos. En la intervención con los padres es importante ofrecerles toda la información disponible, para que ellos puedan desarrollar capacidades y puedan enfrentarse a los problemas de su vida cotidiana, mejorando así su calidad de vida familiar (Guralnick, 2005; Peterander, 2000; Tamarit, 2009). De ahí que, para evaluar las distintas prácticas, se tienen en cuenta las relaciones familiares, el bienestar, el desarrollo de las

creencias de autoeficacia y de competencia en la crianza de sus hijos (Dunst, 2011). Para la difusión de la información entre familia y profesional es necesario que exista una comunicación abierta, que les permita a la familia mostrar sus intereses e inquietudes con el fin de aportar nuevas ideas. El intercambio de información entre participantes debe de ser flexible, intentando que exista una comprensión de la información en todo momento, por ambas partes.

Otra característica de un equipo es la confianza. Esta cualidad, que tiene que ver con el no buscar destacar entre los demás y el aportar lo mejor de sí mismo como persona y profesional, es prioritaria para avanzar en el trabajo colaborativo. Como bien dice Enrique de Sendagorta “La confianza es lo único que crea verdaderamente un clima creativo generalizado, de cooperación, de paz, de libertad y de estímulo; es la base del trabajo en equipo y hace posible las localizaciones dispersas” (De Sendagorta, 2008, p.30).

De acuerdo con los razonamientos que se han ido explicando sobre la configuración de buenos equipos, interesa resaltar que Atención Temprana es una actividad interdisciplinar que se desarrolla entre distintos profesionales procedentes de áreas diversas, persiguiendo un alto grado de coordinación entre todos ellos (Fuertes & Palmero, 1998; Mulas & Millá, 2002). Los programas de intervención se desarrollan y se crean en el contexto natural para lograr una base sólida de un entorno competente, donde se desenvuelva el niño, evitando posibles problemas evolutivos (Perpiñan, 2003; Perpiñan, 2009). En el trabajo se parte de unos objetivos, propuestos por las necesidades que preocupan a la familia, y estos son supervisados por un profesional. De esta manera, se lleva a cabo un trabajo eficaz entre cuidador principal y el grupo de profesionales, siendo el rol que juega la familia la clave para el desarrollo del niño (Verdugo, 2004).

Asimismo, el profesional que acude al domicilio familiar debe construir un equipo de intervención cohesionado y eficaz con la familia. El cuidador principal debe sentir que es una pieza tan importante como el profesional dentro del desarrollo y el aprendizaje de su hijo, siendo el profesional un pilar fundamental en los recursos formales con los que cuenta la familia. La familia debe sentir que el profesional es un apoyo para ellos, por eso

este debe de desarrollar estrategias emocionales como la escucha activa, la sensibilidad, el respeto, la confianza... En la misma línea, en el modelo debe existir un equipo transdisciplinar, donde cada uno de los profesionales pueda identificar todo aquello que se puede mejorar y uno sea el que tutorice la intervención (Fuertes & Palmero, 1998; García-Sánchez, 2014). Para ello, es importante ver el equipo como una colaboración interprofesional, valorando aquellas habilidades individuales de cada disciplina (Prelock & Deppe, 2015).

Por lo tanto, es necesario que existan reuniones periódicas del equipo para actualizar formas de trabajo, en cada caso, valorar avances y ajustar toma de decisiones. Esta forma de trabajo genera en el profesional pertenencia a un equipo. El profesional encontrará en el grupo respuesta a las dudas que se le planteen cuando visite a las familias y, del mismo modo, encontrará apoyo cuando lo necesite. Si el profesional crece en un estilo transdisciplinar podrá enfrentarse a las reuniones familiares como mayor seguridad y confianza en su trabajo (King, Strachan, Tucker, Duwyn, Desserud & Shillington, 2009).

El enfoque transdisciplinar está reconocido como la mejor práctica que se puede llevar a cabo en Atención Temprana, ya que reduce la fragmentación en los servicios, los conflictos y comunicaciones confusas con la familia, menos intrusión en las familias, y mejora la coordinación entre profesionales del servicio (King et al.,2009).

Los autores King et al. (2009) describían que, para evolucionar a un equipo transdisciplinar, en Atención Temprana, es necesario que el profesional pase por distintos estadios.

Estadio 1: *Indagación*, el profesional debe tener conocimiento específico y habilidades de su disciplina, por lo tanto, debe desarrollar esfuerzos para el aprendizaje y desarrollo de nuevas técnicas y teorías.

Estadio 2: *Enriquecimiento*, el profesional debe mostrar conciencia de las distintas disciplinas y de la fuente de enriquecimiento que esto supone para su práctica profesional.

Para ello, es necesario, estudiar de forma periódica sobre terminología y habilidades específicas de otras disciplinas.

Estadio 3: *Asesoramiento*, todos los profesionales deben sentir pertenencia al equipo y para iniciarse en esta tipología, es necesario que el profesional reciba asesoramiento y apoyo continuo a las necesidades que se les presenta diariamente en sus intervenciones. El profesional principal del caso debe sentir un respaldo por parte de sus compañeros de las distintas disciplinas.

Estadio 4: *Expansión*, “Todos aprendemos de todos” de forma periódica los profesionales deben intercambiar información sobre cómo están afrontando cada caso. De esta manera, todo el equipo da su opinión y aparece multitud perspectivas sobre un mismo caso.

Estadio 5: Intercambio, en esta fase el profesional es conocedor de teorías, métodos y procedimientos de otras disciplinas.

Fase 6: Liberación, tras todo este proceso el profesional es capaz de orientar a la familia en estrategias y técnicas de otras disciplinas.

En el modelo de trabajo centrado en la familia se persigue que los objetivos sean de funcionamiento tanto para la familia como para el niño. Por ello, los profesionales deben cambiar su visión a la hora de dirigir la intervención. El progreso en Atención Temprana estará ocasionado por el trabajo entusiasta que lleva a cabo el equipo formado de profesionales centrados en un mismo objetivo y siendo evidente un incremento de sensibilización en su práctica (Giné et al., 2006). Partir de un modelo de equipo transdisciplinar es la clave para evolucionar hacia una intervención centrada en la familia desde el modelo ambulatorio. Es así que, el perfil transdisciplinar deja atrás la super-especialización como ego disciplinar. Es decir, se le resta importancia al sentimiento de superioridad de las disciplinas que creen tener los profesionales que intervienen en Atención Temprana. Con la intención de destruir el pensamiento de que la única disciplina que verdaderamente es importante es la suya, especulando en ocasiones que nadie podría suplir el papel de un fisioterapeuta o de un psicólogo.

La evidencia demuestra que más horas de un servicio especializado no tiene porqué ser mejor (McWilliam, 2016). El niño dejará de acudir a la clínica como lugar de intervención, para ir al entorno donde el infante pone en práctica los objetivos de funcionamiento establecidos. Los profesionales de este campo deben estar preparados para el trabajo, no sólo con sus estudios universitarios, sino teniendo un complemento formativo y de unión a todos los profesionales, donde todos entiendan por Atención Temprana lo mismo y todos trabajen en una única dirección. De esta manera y recordando el trabajo de Campbell y Halbarte (2002), cabe destacar que el profesional debe seguir trabajando en conservar un ambiente cálido de trabajo, gestionar con éxito la resolución de conflictos, se preocupe por su formación, permita que las familias participen...

## CAPÍTULO 2

# PRÁCTICAS RELACIONALES Y PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS EN LA INTERVENCIÓN CENTRADA EN LA FAMILIA

*Para investigar la verdad es preciso dudar,  
en cuanto sea posible, de todas las cosas.*

RENÉ DESCARTES

### INTRODUCCIÓN

Al hilo del capítulo anterior, sabemos que el modelo de trabajo centrado en la familia tiene una serie de características específicas respecto a otros modelos que se han venido utilizando hasta ahora. Una característica relevante es la inclusión de la familia en la intervención. Otra, era el lugar donde se realiza el trabajo. Como comentábamos, la intervención se realizará siempre en el entorno del niño, intentando interferir lo menos posible en él. Es decir, sin reorganizar, a gusto del profesional, los espacios y tiempos familiares. Y otra característica importante, es la función que asume el profesional.

En este modelo se apuesta por profesionales con dos perfiles de actuación claramente definidos: el relacional y el participativo. Dunst (2002) propone que en el trabajo centrado en la familia existen estas dos dimensiones. Una, la *dimensión de las relaciones* que tiene que ver con las competencias de saber escuchar, el respeto o la

empatía...Y otra, la *dimensión participativa* que como su propio nombre indica se refieren a capacidades del saber hacer, como la flexibilidad en la intervención, la personalización del trabajo y la sensibilidad a las preocupaciones que suscitan los familiares. Así se promueve que la familia realice sus elecciones, tome decisiones, busque sus objetivos y luche por sus sueños (Dunst et al., 2002; Dempsey & Dunst, 2004; Wilson & Dunst, 2005; Espe-Sherwindt, 2008; Ginè, Gràcia, Vilaseca, & Balcells, 2008). Años más tarde, Dunst et al. (2008) encontraron que ambos tipos de prácticas están asociadas con la satisfacción que las familias tienen con los profesionales, las creencias de autoeficacia de los padres sienten, los tipos y fuentes de apoyos y recursos familiares que poseen, el bienestar de la familia, la competencia de crianza, la confianza y el disfrute.

Apoyados en la idea del autor, de contemplar estos dos tipos de dimensiones de actuación en la intervención, lo que se quiere conseguir es que a través de las prácticas participativas el profesional utilice su conocimiento para ayudar a la familia a ser competentes en el desarrollo de sus hijos, compartiendo responsabilidades e información que los propios cuidadores conocen. Con la intención de enseñar nuevas habilidades a la familia, o mejor, de hacerles crecer en sus propias competencias como padres, guiándoles y orientándoles en sus estrategias para ayudar a su hijo a desarrollarse, aprovechando las rutinas, el entorno y la motivación del propio niño (García-Sánchez, 2014).

Mientras que, en las prácticas relacionales, se explota la idea del comportamiento interpersonal del profesional con la familia. Poniendo en marcha habilidades personales con la intención de construir relaciones efectivas entre la triada familia-niño, familia-profesional y profesional-profesional. Desencadenando, en dichas prácticas, la confianza, la sensibilidad y la empatía necesaria para hacer una intervención de calidad (Dunst, 2002; Dunst et al., 2002; Dempsey & Dunst, 2004; Espe-Sherwindt, 2008; Ginè et al., 2008; García-Sánchez, 2014), ayudándole a la familia a normalizar su día a día (DeMarle, & Le Roux, 2001).

Dempsey y Keen (2008), en su trabajo sobre prácticas centradas en la familia, identificaron cinco tipos de resultados (satisfacción de los padres con el desarrollo del niño, estrés y bienestar de los padres, capacidades de crianza, empoderamiento de los padres y desarrollo infantil) que están asociados con el uso de prácticas de ayuda centradas en la familia.

## **2.1. PRÁCTICAS RELACIONALES**

Dentro de las prácticas relacionales, el profesional debe ejercer de punto de unión entre familia, niño y compañeros que forman parte del mismo equipo transdisciplinar. Además, debe mantener relación con otros profesionales externos que también atienden al niño. Se puede decir que las familias ven a los profesionales con una relación caracterizada por el respeto en valores, en las metas que se van proponiendo de manera conjunta y en todas las creencias de competencias, compromiso, igualdad, comunicación y confianza (Arellano & Peralta, 2015; Muhlenbanpt, Pizur-Barnekow, Schekind & Havison, 2015). Igualmente, los profesionales creen en la necesidad de ayudar a la familia a manejar el estrés que acompaña a los padres de un niño con discapacidad (Azad, Blacher, & Marcoulides, 2013; Barnett, Clements, Kaplan-Estrin, & Fialka, 2003; Peer & Hillman, 2014).

Algunos autores del panorama internacional están de acuerdo en que las competencias que deben mostrar los profesionales, en sus intervenciones, son las relacionadas con la interacción, el apoyo en el trato familiar, la comunicación flexible y el respeto... (Turnbull, Turnbull, Erwin, Soodak, 2006; Stoner et al., 2013; Sawyer & Campell, 2012; Leal, 2008).

En la siguiente tabla, se recopilan todas las dimensiones referentes a la práctica relacional y los distintos autores que hablan sobre alguna dimensión a lo largo de la intervención.

Tabla 2.1

*Dimensiones y autores que defienden las prácticas relacionales*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INFORMACIÓN</b>	<b>REFERENCIAS</b>
<b>INTERACCIÓN PROFESIONAL-FAMILIA</b>	Profesional como compañero, oyente, consultor y facilitador.  Interacciones.	García- Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada, Hernández, 2014; Stoner, Meadan & Angell, 2013; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008; White, Tylor & Moss, 1992
<b>TRATO CON LA FAMILIA</b>	Apoyo familiar  Apoyo emocional y sensibilidad a las familias.  Comportamientos interpersonales (cordialidad, escucha activa, empatía, sinceridad, confianza...)	Arellano & Peralta, 2015; ASHA, 2008; Candel, 2005; Dempsey & Dunst, 2004; Dunst, 2000; Dunst, Boyd, Trivette & Hamby, 2002; Espe-Sherwindt, 2008; Fernandez-Zuriaga, 2008; McWilliam, Tocci & Harbin, 1998; Perpiñan, 2009; Stoner, Meadan & Angell, 2013; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008; Turnbull, Turnbull, Erwin & Soodak, 2006; White, Tylor & Moss, 1992
<b>COMUNICACIÓN</b>	Compartir información con los padres (cómo).  Intención comunicativa positiva y sensible.  Capacidad de comunicación socio-pragmática.	Arellano & Peralta, 2015; ASHA, 2008; Banerjee & Luckner, 2014; Fernández Zuriaga, 2008; Rapport, Furze, Martin, Schreiber, Dannemiller, DiBiasio & Moerchen, 2014; Stoner, Meadan & Angell, 2013; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008; Turnbull, Turnbull, Erwin & Soodak, 2006; White, Tylor & Moss, 1992.
<b>RESPECTO DE CREENCIAS Y VALORES DE LA FAMILIA</b>	Respetar la diversidad cultural.	ASHA, 2008; Espe-Sherwindt, 2008; Sawyer & Campell, 2012; Stoner, Meadan & Angell, 2013; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008

<b>RECONOCIMIENTO DE HABILIDADES Y FORTALEZAS EN LA FAMILIA</b>	Reconocer que la familia es una constante en la vida del niño.	ASHA, 2008; Dunst, 2000; Espe-Sherwindt, 2008; Mahoney & Perales, 2012; Rapport, Furze, Martin, Schreiber, Dannemiller, DiBiasio & Moerchen, 2014; Sawyer & Campell, 2012; Shelden & Rush, 2013; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008
	Conocer las fortalezas y recursos familiares e individuales.	
	Conocer las habilidades que tiene la familia	

---

### **2.1.1. INTERACCIÓN PROFESIONAL- FAMILIA**

En esta dimensión se ve al profesional como un compañero dentro de la intervención, siendo una figura de consulta para la familia. Se estima que el profesional debe ser un oyente activo de las preocupaciones que posee las familias durante todo el proceso de intervención (Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008), de esta manera, es necesario que el profesional se muestre cercano a la familia (White, Tylor & Moss, 1992; Stoner, Meandan & Angell, 2013). Algunos autores resaltan que el foco de la intervención son los cuidadores principales y que la escucha activa, indica que estamos participando en un proceso de colaboración y respeto de las opiniones familiares de forma positiva. Autores como García-Sánchez et al. (2014) piensan que el profesional debe preocuparse constantemente por las familias, ayudándoles a estas a que tomen sus propias decisiones. Para ello, es necesario que el profesional adopte el papel de consultor y que las familias obtengan respuestas a las preguntas que les surgen sobre las necesidades que tienen sus hijos, siendo el profesional, en la medida de lo posible, un facilitador de su aprendizaje.

### **2.1.2. TRATO CON LA FAMILIA**

Como hemos dicho en la dimensión anterior, del profesional se espera que tenga ciertos comportamientos interpersonales. Este debe ser una figura empática con el cuidador principal, resaltando en su comportamiento la escucha activa, como indicador de colaboración (Candel, 2005; Perpiñan, 2009; Stoner, Meadan & Angell, 2013), la cordialidad y la sinceridad entre otras habilidades (Dempsey & Dunst, 2004; Dunst et al., 2002; Turnbull et al., 2006).

La familia debe considerar al profesional, tanto como un apoyo familiar, como un apoyo emocional (ASHA, 2008; White, Tylor & Moss, 1992). El profesional debe comprender las preocupaciones de las familias, sus necesidades y sus miedos, mostrándose en todo momento como un apoyo incondicional, con una sensibilidad especial y manifestando una confianza de saber adaptarse a distintos entornos (McWilliam, Tocci & Harbin, 1998; Sawyer & Campell, 2012; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008; Turnbull et al., 2006). De esta manera, la familia percibirá que tiene un apoyo en el que confiar.

En el modelo centrado en la familia no solo se persiguen establecer buenas relaciones, sino que los profesionales también necesitarán de prácticas específicas a lo largo de su intervención (las veremos en el siguiente punto) (Dempsey & Dunst, 2004). El profesional además de mostrarse como un pilar para la familia, debe de fomentar el apoyo entre familias externas. Es decir, su trabajo sería, también, fomentar una red de apoyos para la familia. La familia necesita de un apoyo externo y muchas veces, conocer a familias que están pasando por lo mismo que ellos les ayuda (Espe-Sherwindt, 2008). Estas redes de apoyo son fuentes de recursos e influyen directa o indirectamente en el funcionamiento familiar o en las competencias familiares (Dunst, 2000).

### **2.1.3. COMUNICACIÓN**

La interacción comunicativa es la pieza clave para desarrollar una relación recíproca entre dos personas. La comunicación del profesional con la familia debe ser fluida y efectiva sobre las debilidades y fortalezas que presenta el niño (ASHA, 2008; Banerjee & Luckner, 2014; Turnbull et al., 2006), realizando evaluaciones reales sobre la evolución del niño (Rapport, Furze, Martin, Schreiber, Dannemiller, DiBiasio & Moerchen, 2014). Durante las interacciones, se debe adoptar una actitud relajada tanto en las conversaciones como en las entrevistas que se mantienen con los cuidadores principales, poniendo a disposición del cuidador principal toda la información apoyada en la evidencia científica y sirviendo de guía a la familia para su aprendizaje (Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008). El profesional debe asegurarse en todo momento que la familia comprende las informaciones y las instrucciones (Shelden & Rush, 2013).

En ocasiones, los profesionales, por falta de tiempo, no dejan que la familia exprese con soltura o tranquilidad las necesidades o inquietudes que experimentan. De manera que, el profesional deberá proporcionar tiempos y espacios donde todos puedan compartir información sobre deseos, experiencias o inquietudes (Shelden & Rush, 2013; White, Tylor & Moss, 1992).

#### **2.1.4. RESPETO DE CREENCIAS Y VALORES DE LA FAMILIA**

Esta dimensión es esencial para comenzar bien la intervención. Pero, también a lo largo de todo el proceso, el profesional debe de respetar la diversidad cultural que encontrará en todos los casos en los que trabaje (ASHA, 2008), adaptándose a la situación socio-familiar del niño antes y durante la intervención (Espe-Sherwindt, 2008; Sawyer & Campell, 2012), aceptando las opiniones y deseos que emite la familia sobre la discapacidad como punto de partida (Stoner, Meadan & Angell, 2013).

Autores como Turnbull, Turnbull y Kyzar (2008) hablan de honrar la diversidad cultural y de no emitir juicios de valor. Estos resaltan que los profesionales deben de tener “una actitud de reciprocidad cultural” con la intención de construir relaciones colaborativas a partir de los distintos puntos de vista y las distintas creencias. De manera que es importante que el profesional tenga habilidades de flexibilidad cognitiva para conocer y/o entender las creencias y actitudes familiares durante la intervención.

#### **2.1.5. RECONOCIMIENTO DE HABILIDADES Y FORTALEZAS EN LA FAMILIA**

Cuando hablamos de fortalezas familiares nos referimos a la capacidad moral que tiene la familia para llevar a cabo el trabajo diario con su hijo, viendo fortaleza en lugar de dificultades como el foco de la intervención (Dunst, 2000). Esta capacidad implica poseer múltiples habilidades para enfrentarse a las barreras que las familias encuentran. Como sabemos, las familias construyen su vida diaria a través de valores y creencias que son importantes para ellos, ya que estas pueden ayudar al cuidador principal a no perder la fortaleza. Las familias se apoyan en la comunidad a la que pertenecen y se configuran

a partir de los elementos ecológicos que disponen. Dichas características conforman los elementos descriptores de una familia y, en definitiva, ayudan a los profesionales a recabar información de su día a día (Más & Giné, 2012; Rapport et al., 2014).

Para ello, el profesional debe ayudar a la familia a resaltar sus puntos fuertes (Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008), a reconocer la individualidad como familia y enseñar los diferentes métodos para afrontar su realidad (Espe-Sherwindt, 2008). El profesional no debe perder la realidad de la familia y debe enseñarle, en base a esas características, esas creencias o esas barreras específicas (Sawyer & Campell, 2012), ayudándoles a convertirse en participantes activos dentro de la intervención (Mahoney & Perales, 2012).

Para que el profesional lleve a cabo una intervención con buenas prácticas relacionales es necesario que su ánimo no decaiga en el trabajo diario con la familia del niño. Es primordial que la familia sienta que el profesional es un pilar de apoyo en el que confiar y que ambos forman un equipo. Como hemos dicho en alguna ocasión, la familia es una constante en la vida del niño y, por eso, es necesario que el profesional reconozca el valor de la familia en la vida diaria del niño.

## **2.2. PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS**

Compartiendo horas de aprendizaje con técnicos que llevan a cabo una intervención centrada en la familia, ellos resaltan que es importante que el profesional no pierda de vista cuál es su finalidad como líder en la intervención, debiendo separar, en todo momento, cual es la función que tienen representando unas prácticas y otras. En las prácticas participativas, el profesional debe ejercer de guía del cuidador principal, sin olvidar ningún ámbito de trabajo para que exista ese desarrollo como padres. Para ello, es necesario contemplar al menos diez bloques de trabajo. Estas dimensiones principales son apoyadas en el trabajo que propone Dunst (2000; 2005), y complementadas con otros autores que hablan sobre importancia del trabajo de cada una de las dimensiones en el modelo centrado en la familia. Tal y como podemos observar en la Tabla 2.2, cada dimensión está apoyada por los autores que han hecho alusión a este ejercicio dentro de la intervención en Atención Temprana.

Tabla 2.2

*Dimensiones y autores de prácticas participativas*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>INFORMACIÓN</b>	<b>AUTORES</b>
<b>COLABORACIÓN CON LA FAMILIA</b>	Facilitar la colaboración con la familia, compartiendo responsabilidades.	Arellano & Peralta, 2015; ASHA, 2008; Dunst, 2011; Espe-Sherwindt, 2008; Leal, 2008; Muhlenbanpt, Pizur-Barnekow, Schekind & Havison, 2015; Peterander, 2000; Pretis, 2010; Soriano, 2000; Trivette, Dunst & Hamby, 2010; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008; Turnbull, Turnbull Erwin & Soodak, 2006; White, Tylor y Moss (1992)
<b>INCLUSIÓN DE LA FAMILIA EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS</b>	Incluir a los padres en la toma de decisiones. Permitir a las familias la delimitación de objetivos.	Candel, 2005; DEC, 2014; Dempsey & Dunst, 2004; Dunst, Boyd, Trivette & Hamby, 2002; Espe-Sherwindt, 2008; Fernández-Zuriga, 2008; Fordhan, Gibson & Bowes, 2011; Rapport, Furzw, Martin, Schreiber, Darneniller, Dibaiasio & Mochen, 2014; Shelden & Rush, 2013; Stoner, Meadan & Angell, 2013
<b>PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR</b>	Aportar materiales y documentos para un mayor aprendizaje de las familias. Alentar a las familias a participar dentro y fuera de la intervención.	ASHA, 2008; DEC, 2014; Dunst & Raab, 2010; Leal, 2008; Raver, 2003; Shelden & Rush, 2013; White, Tylor & Moss, 1992; Winton & Bailey, 1990
<b>POTENCIACIÓN DE LAS FORTALEZAS FAMILIARES</b>	Prácticas que fortalecen el funcionamiento familiar.	ASHA, 2008.; Dempsy & Dunst, 2004; Guinea & Ulham, 2013; Más & Giné, 2012; Rapport, Furze, Martin, Schreiber, Dannemiller, DiBiasio & Moerchen, 2014; Shelden & Rush, 2013; Trivette & Dunst, 2000; Winton & Bailey, 1990
<b>FOMENTO DE RECURSOS Y OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN</b>	Aplicar el conocimiento psicosocial, cognitivo y comunicativo. Identificar recursos en el entorno del niño. Identificar con la familia las oportunidades de aprendizaje del niño.	ASHA, 2008; Brown, Gatmaitan & Harjusola-Webb, 2014; DEC, 2014; Dunst & Raab, 2010; Mahoney & Perales, 2013; McWilliam, 2016; Rapport, Furzw, Martin, Schereiber, Darneniller, DiBiasio & Mochen, 2014; Sawyer y Campell, 2012; Serrano & Boavida, 2011; Stoner, Meadan & Angell, 2013

	Aumentar las oportunidades de aprendizaje de la familia y del niño.	
<b>AYUDA PARA LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES</b>	Compartir información con la familia sobre la intervención.	ASHA, 2008; Leal, 2008; Mikus & Weatherston, 1994; Rapport, Furzw, Martin, Schreiber, Darneniller, DiBiasio & Mochen, 2014; Shelden & Rush, 2013; Fordhan, Gibson & Bowes, 2011
<b>APOYO A LAS DECISIONES DE LAS FAMILIAS</b>	Evaluar con la familia la consecución de objetivos.	Turnbull, Turnbull, Erwin & Soodak, 2006
<b>PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIÓN FLEXIBLE E INDIVIDUALIZADA</b>	Crear programas adaptados a las necesidades y características familiares. Servicios accesibles que sean individuales y flexibles.	ASHA, 2008
<b>CONSIDERACIÓN DE NECESIDADES Y PRIORIDADES FAMILIARES</b>	Descubrir las necesidades, preocupaciones y prioridades de la intervención. Conocer las prioridades e intereses de la familia, en cuanto a su orden.	Dunst, 2000; Fernández Zuriga, 2008; McWilliam, 2010; McWilliam, 2016; Rapport, Furzw, Martin, Schereiber, Darneniller, DiBiasio & Mochen, 2014; Shelden & Rush, 2013
<b>ENFOQUE DE TRABAJO POSITIVO-REFUERZO DEL ESFUERZO</b>	Reunión con la familia como metodología clave. Utilización de esquemas para analizar las relaciones influyentes en el niño.	ASHA, 2008; Dunst, 2004; Perpiñán, 2009; Hallet, 2013; Catalino, Chiarello, Long & Weaver, 2015; Fliaka, 2011

---

### **2.2.1. COLABORACIÓN CON LA FAMILIA**

El punto fuerte de este modelo, es la oportunidad que se le da a la familia a participar en la intervención de su hijo. La legislación norteamericana conocida como IDEA supuso una revolución, ya que otorgaba a los cuidadores principales el derecho a colaborar con los profesionales como iguales (ASHA, 2008; Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2008), siendo esta una práctica que se recomienda en cualquier programa de intervención (Turnbull et al., 2006). Años más tarde, White, Tylor y Moss (1992) investigaban sobre la existencia de la opinión generalizada sobre la eficacia de la participación familiar en los programas de intervención. Ellos no llegaron a resultados significativos, pero en la actualidad son muchos los autores que apoyan la idea de la implicación familiar en la intervención (Trivette, Dunst & Hamby, 2010; Dunst, 2011; Espe-Sherwindt, 2008; Prettis, 2010; Prettis, 2014; Soriano, 2000).

Esta dimensión, hace referencia a que se persigue que exista una colaboración familiar, donde profesional y cuidador compartan responsabilidades (Arellano & Peralta, 2015; Muhlenbanpt, Pizur-Barnekow, Schekind & Havison, 2015), considerando a la familia proveedora de la intervención (Giné et al., 2006). En la actualidad, son muchas las familias que viven sumergidas en estrés. Por ello es importante compartir responsabilidades, para que la familia no tenga el sentimiento que recae todo en ella. De esta manera, Fredriksen y Scharlach (1999), a través de su estudio, implementaron un programa para ayudar a los cuidadores ocupados. Ya que, si queremos una cooperación efectiva con la familia, será necesario ofrecerles la información necesaria y enseñarles habilidades de manejo, con el objetivo de capacitarlas ante las situaciones de la vida diaria, puesto que son los ejecutores principales de la intervención (Peterander, 2000; Leal, 2008; Sawyer & Campell, 2012).

### **2.2.2. INCLUSIÓN DE LA FAMILIA EN LA PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS**

Otro punto a destacar dentro de este modelo, es la planificación de la intervención conjunta por parte del profesional y el cuidador principal, ya que las evaluaciones no se hacen a la familia sino con ella (DEC, 2014; Candel, 2005; Fernández-Zúñiga, 2008), con

la intención de requerir una participación por parte de todos los miembros de la familia (Stoner et al., 2013). Familia y profesional trabajarán en la delimitación y unificación de objetivos. La familia, tal vez, no sepa definir un objetivo como tal, pero si expresará, a modo de necesidad, lo que quiere que su hijo consiga. Por eso, es necesario que solicite ayuda al profesional (Rapport et al., 2014). De esta manera, profesional y cuidador principal consensuarán los objetivos a conseguir en la intervención y su orden de prioridad (Shelden & Rush, 2013).

La delimitación conjunta de los objetivos lleva implícito la toma de decisiones. En este modelo, serán los padres quienes, adecuadamente informados por los profesionales, tomen las decisiones a lo largo de toda la intervención (Espe-Sherwindt, 2008). Esta toma de decisiones estará fundamentada por esa información facilitada, basada siempre en evidencias científicas, y que el profesional ofrecerá a la familia (Dunst et al., 2002; Dempsey & Dunst, 2004; Fordhan, Gibson & Bowes, 2011).

### **2.2.3. PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR**

Sabemos que la importancia de la familia en la intervención del niño es relevante, si queremos lograr resultados importantes (Raver, 2003). La familia tiene información privilegiada sobre el niño, sobre lo que le gusta y sobre lo que no le gusta. También controla cuales son los mejores momentos del día para integrar aprendizajes a su vida cotidiana, nuestro trabajo como profesionales es enseñar o reconducir a los cuidadores a nuevos horizontes, donde ellos puedan utilizar sus conocimientos y capacidades para aprender nuevas habilidades.

La mayoría de veces, el cuidador principal tiene recursos suficientes, dentro de casa, para favorecer y propiciar el desarrollo del niño. Pero, a veces, no son conscientes de ello. En estas situaciones, el profesional puede ayudar a la familia a pensar y reflexionar sobre los recursos naturales que poseen. Si, por el contrario, no existen, el profesional puede aportar materiales y documentos para que la familiar se enriquezca y adquiera un mayor aprendizaje con el fin de conseguir los objetivos propuestos (Dunst &

Raab, 2010; DEC, 2014; Raver, 2003; Winton & Bailey, 1990; White, Tylor & Moss, 1992; ASHA, 2008; Leal, 2008; Shelden & Rush, 2013).

El profesional además de alentar a las familias a que participen en la intervención con el niño, también debe hacer hincapié e invitar a los cuidadores principales a proyectos comunes con otras familias que están pasando por lo mismo que ellos.

#### **2.2.4. POTENCIACIÓN DE FORTALEZAS FAMILIARES**

Tal y como comentábamos en la dimensión anterior, la familia es la mayor portadora de apoyos que puede tener un niño con o sin discapacidad, pero es necesario que disponga de recursos y estrategias para desarrollar las fortalezas necesarias en el trabajo (Guinea & Ulham, 2013).

Para llevar a cabo un trabajo eficaz es necesario conocer las fortalezas familiares y trabajar en su desarrollo y expansión (Más & Giné, 2012; Rapport et al., 2014). El profesional tiene la obligación de dirigir las capacidades familiares con la intención de mejorar el desarrollo integral en el niño si existen comportamientos o acciones que puedan obstaculizarlo, destacando el esfuerzo que hacen por la consecución de objetivos (Winton & Bailey, 1990; Trivette & Dunst, 2005; Dempsy & Dunst, 2004; ASHA, 2008).

Cuando la familia trabaja en la intervención de su hijo, no debe de descuidar su papel como padres. Muy al contrario, el reto es que consigan integrar las estrategias para conseguir los objetivos propuestos en las actividades de su día a día. No debe suponer, en la familia, un peso añadido, sino una fortaleza para mejorar su vida con la llegada del niño con discapacidad. Para ello, el profesional debe trabajar con la familia en buscar estrategias que fortalezcan el funcionamiento familiar y no establezca barreras con los distintos miembros familiares. El profesional debe usar su conocimiento para enseñar a la familia a ser competente en el desarrollo del niño y orientar al cuidador principal para la consecución de objetivos (Dempsy & Dunst, 2004). Con la finalidad de conseguir en las familias o cuidadores principales competencias para el desarrollo integral como padres, además de generar la fortaleza oportuna para continuar en este modelo de trabajo y no en otro (ASHA, 2008; Shelden & Rush, 2013).

### **2.2.5. FOMENTO DE RECURSOS Y OPORTUNIDADES DE PARTICIPACIÓN**

Las oportunidades que se generan en el ambiente familiar son importantes (DEC, 2014), ya que pueden desencadenar ocasiones de trabajo del niño, siendo estas mucho más numerosas que las que pueden surgir en un entorno profesional (Mahoney & Perales, 2012). El niño, en su día a día, encuentra problemas a los que debe poner solución, siendo estas necesidades las que hacen desarrollar oportunidades de aprendizaje incidental y contextualizado (Brown, Gatmaitan & Harjusola-Webb, 2014). Del mismo modo, los padres participan en múltiples interacciones sociales con sus hijos y estas pueden afectar positivamente en ellos (Stoner et al., 2013). La investigación apoya la idea de que la familia puede ser potenciadora de estas oportunidades para sus hijos, ya que las intervenciones llevadas a cabo por los padres son más eficaces para los niños con discapacidad (Dunst & Raab, 2010; Stoner et al., 2013).

La misión del profesional es conocer las oportunidades de aprendizaje que tiene el niño en su contexto cercano y ayudar a la familia a identificar, los entornos naturales o contextos de aprendizaje, donde se puede producir accidentalmente o explícitamente el aprendizaje de un objetivo, o bien, el contexto en el que se pueda generalizar un objetivo trabajado (Rapport et al., 2014). Autores como Sawyer y Campell (2012) en su estudio recogían la existencia de numerosas evidencias sobre las oportunidades naturales y el alto rendimiento que acarrear.

Cuando hablamos de buscar oportunidades, no solo nos referimos a proporcionar oportunidades en el niño, sino que también se piensa en proporcionar medidas a la familia para contribuir a la toma de decisiones significativas (Serrano & Boavida, 2011; McWilliam, 2016). Cuando la familia busca oportunidades, la familia crece en aprendizajes, cada vez sienten que tienen mayor control de la situación.

Apoyados en Candel (2005) se apuesta por el entorno natural como escenario clave a generar oportunidades, interpretándolo como el conjunto de circunstancias que se producen alrededor de una situación o hecho y donde el niño y la familia deben de convivir. Los niños aprenden jugando, en diferentes contextos y con distintas personas, y

determinados juegos son los que favorecen la consecución y desarrollo de los objetivos propuestos a priori (Candel, 2005; Sawyer & Campell, 2012). Se considera el ambiente como una pieza clave para automatizar y reproducir un aprendizaje, haciendo este que sea generalizado en su vida diaria. Para ello, el profesional, a través de su conocimiento psico-cognitivo y comunicativo, debe ayudar a la familia a identificar esos momentos del día en los que el niño puede generar aprendizaje (ASHA, 2008; Leal, 2008).

Siguiendo a Mahoney y Perales (2012), se puede decir que, para que exista un aprendizaje, el niño debe estar activamente implicado en la situación donde se está produciendo la experiencia. Al igual que cuando se habla de oportunidades, interesa resaltar los apoyos personales con los que cuenta el niño en su día a día para el aprendizaje. Así que, el trabajo que se realizará con las familias sería el de reflexionar con ellas, sobre como ejecutar o llevar a la práctica objetivos propuestos, enriquecer experiencias o sugerir nuevas prácticas para el aprendizaje.

#### **2.2.6. AYUDA PARA LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES**

El profesional debe orientar a la familia en la búsqueda de soluciones, para ello, este debe compartir con la familia la información que sea necesaria y que las familias obtén por soluciones fundamentadas (Fordhan et al., 2011). De esta manera, el trabajo con el niño se verá beneficiado y será de mayor utilidad (Mikus, Ben & Weatherston, 1994; Leal, 2008; Rapport et al., 2014; Shelden & Rush, 2013). Cuando se habla de informar a la familia, también hacemos alusión a que le profesional informe a la familia del marco legal, con la finalidad de que la familia pueda aprovecharse de recursos sociales y económicos existentes en su comunidad.

### **2.2.7. APOYO A LAS DECISIONES DE LA FAMILIA**

A lo largo de toda la intervención, el profesional debe apoyar y respetar las decisiones de la familia para continuar o no en este modelo de intervención, y reconducir si es necesario las decisiones tomadas en el inicio de la intervención (Turnbull et al., 2006). El profesional, junto con la familia, debe valorar los objetivos que se propusieron y tienen que analizar su consecución o no (Rapport et al., 2014). Tras dicha valoración, el cuidador principal, con ayuda del profesional, debe evaluar si el objetivo se da por finalizado, ya que el niño ha conseguido la meta que, tanto el profesional como la familia, se habían marcado.

Una vez que el niño vaya consiguiendo objetivos, el profesional y la familia deberán iniciar de nuevo el proceso, estableciendo nuevos objetivos. Si por el contrario, el niño no ha conseguido el objetivo o se encuentra en proceso de consecución, tendrán que decidir si se le otorga más tiempo, para conseguir el objetivo propuesto, o si es necesario reconstruir de nuevo la lista de objetivos que profesional y cuidador se habían planteado.

Durante todo el proceso, la familia, con ayuda del profesional, deberá reflexionar sobre aquellos condicionantes positivos y negativos que hayan vivenciado en el proceso. De esta manera, se conseguirá en las familias o cuidadores principales competencias para el desarrollo integral como padres, además de generar la fortaleza oportuna para continuar en este modelo de trabajo y no en otro (ASHA, 2008; Shelden & Rush, 2013).

### **2.2.8. PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIÓN FLEXIBLE E INDIVIDUALIZADA**

Otra de las características esenciales de este modelo es la creación de programas individuales adaptados a las necesidades y características de cada familia (Mahoney & Perales, 2012; Leal, 2008; Sawyer & Campell, 2012; Brito, 2013). Tal y como venimos describiendo, son las familias quienes marcan el ritmo de la intervención, ya que cada una de ellas tiene unas necesidades y, con ello, unas prioridades (Turnbull et al., 2006; Shelden & Rush, 2013).

Cada intervención es diferente y única, ya que las características familiares, las creencias y valores son cambiantes en cada caso. El profesional, como dijimos, debe de mostrar respeto hacia cada una de las familias que atiende, sin necesidad de cambiar y adecuar la intervención a su estilo.

Los profesionales deben trabajar de forma flexible con las familias a través de actividades que se puedan integrar en sus rutinas, atendiendo a sus dinámicas familiares y estructurando una intervención individualizada para cada familia y sus necesidades (Trivette & Dunst, 2000; Espe-Sherwindt, 2008; Rapport et al., 2014).

### **2.2.9. CONSIDERACIÓN DE NECESIDADES Y PRIORIDADES FAMILIARES**

Tras la función de las familias de dar información acerca de sus necesidades y sus preocupaciones, es importante conocer cuáles son sus prioridades. Cuando hablábamos de buscar oportunidades, nos referimos al niño y la familia; cuando pensamos en las necesidades y prioridades, también pensamos en ambos, como unidad familiar cada miembro tiene unas necesidades y cada uno su prioridad. El profesional debe conocer cada una de ellas y elaborar una lista de preferencias con ayuda del cuidador principal, con la intención de mejorar las relaciones existentes entre los miembros de la familia (Dunst, 2000; Fernández-Zúñiga, 2008; McWilliam, 2010; Shelden & Rush, 2013; Rapport et al., 2014; McWilliam, 2016).

### **2.2.10. ENFOQUE DE TRABAJO POSITIVO- REFUERZO DEL ESFUERZO**

La reunión periódica con la familia es la metodología clave que se utiliza en este modelo, formando equipo por ambos (Fialka, 2011). Esta concepción de equipo parte del principio de que la familia y el profesional deben de compartir competencias (Catalino et al., 2015).

En las reuniones, el profesional recaba información sobre las necesidades y preocupaciones de la familia, se analizan las relaciones influyentes para el niño dentro de la unidad familiar, la familia propone los objetivos y sus prioridades, se realizan las evaluaciones... (ASHA, 2008; Dunst, 2004; Perpiñán, 2009).

Cuando se habla de trabajo positivo, también nos referimos al trabajo en equipo que el profesional realiza con sus compañeros de centro, a las relaciones estrechas que se establecen y a los conocimientos que se adquieren en las reuniones periódicas con otros especialistas. El profesional responsable del caso debe desarrollar competencias como líder. Hallet (2013) resaltaba que un buen líder debe implicar comprensión en el aprendizaje de su equipo, debe tener un pensamiento crítico ante el problema, una comprensión emocional ante la situación, debe hacer las conexiones pertinentes de la realidad y pensar en mejorarla.

Una vez hecho un análisis de cada una de las dimensiones en ambas prácticas, podemos concluir que, tanto el desempeño de prácticas relacionales como participativas, va asociado a las competencias individuales, teniendo como propósito crear la identidad personal en cada persona (Climent, 2014). Las competencias combinan constructos psicológicos como conocimientos y habilidades, motivaciones, actitudes, rasgos de personalidad, hábitos, destrezas... Estos atributos o rasgos son algo permanente al individuo (Vargas, 2011). McWilliam, Tocci y Harbin (1998) realizaron un estudio sobre el modelo centrado en la familia y llegaron a la conclusión de que, en esta filosofía de trabajo, subyacen cinco componentes: la positividad, capacidad de respuesta, orientación, amistad y sensibilidad.

### **2.3. ACTUACIONES PARA UN APOYO FAMILIAR EFECTIVO**

Tal y como hemos reflexionado en los puntos anteriores, la clave del trabajo en Atención Temprana es acoger y acompañar a la familia en todo el proceso que están viviendo. Ellos necesitan tener un asesoramiento y un apoyo, ya que saben muchas cosas como padres, pero no saben cómo ponerlas en marcha ante la situación que se les presenta con un hijo con discapacidad. El trabajo del profesional es activar y capacitar a la familia para que sean uno más dentro de la intervención, dándoles los recursos necesarios para que adquieran las competencias que les sean útiles, con la finalidad de mejorar su clima familiar y competenciarles en el desarrollo de su hijo.

Algunos autores del campo sanitario, social y educativo hablan de la importancia del consultor o supervisor para hacer un trabajo de calidad. Esa supervisión puede establecer o no vínculos relacionales entre personas. Pero dicha práctica está fundamentada desde hace más de una década cuando se trata de un contexto de apoyo o crianza (Eggbeer, Mann & Seibel, 2007).

Desde el ámbito sanitario, la función de la supervisión está relacionada con distribuir y asignar tareas, además de tener un papel crítico en la negociación presupuestaria institucional (Vinagre & De Pablo, 2013). Esta persona desempeña un cargo de autoridad o responsabilidad, como supervisor clínico, es responsable de los actos de todos aquellos que están bajo su supervisión. Por lo tanto, desde un punto de vista legal, los supervisores son responsables del bienestar de todos los pacientes que acogen (Tanenbaum & Berman, 2005).

Desde el campo educativo, se persigue garantizar el desarrollo integral de los alumnos en todos sus aprendizajes. Para ello, es necesario poner a su disposición los recursos y apoyos necesarios. Bolívar (2010) destaca que para mejorar el ejercicio docente es imprescindible mejorar la dirección, entendiéndola como un “liderazgo para el aprendizaje” y contribuyendo a dinamizar, apoyar y animar a todos sus miembros para el desarrollo. Cassanova (2012) resaltaba que una estrategia fundamental es la función de evaluar de forma continua. Así, se favorece el ajuste y la innovación permanente de los hechos educativos que en ella se producen a diario. Su experiencia, le demuestra que la supervisión es decisiva para el buen funcionamiento de los centros, además de para garantizar la calidad del sistema educativo. Actualmente, la práctica del docente atraviesa por situaciones problemáticas que se ven influidas por factores como: el sistema educativo, el entorno político, económico y sociocultural, la cultura escolar, las limitantes personales para el aprendizaje de los alumnos, entre otros. Para afrontar estos problemas, los profesores deben disponer de las competencias profesionales adecuadas, pero sobre todo es necesario iniciar un proceso de reflexión personal (Andreucci-Annunziata, 2016; Ramírez, 2011).

Y desde el campo social, cada vez son más los profesionales que están sumergidos en dinámicas relacionales entre distintos ámbitos y solicitan a sus instituciones más espacios de revisión y reflexión, tanto de las estructuras organizativas en las que se mueven, como del análisis de su trabajo (Puig, 2011). Este campo de trabajo se mueve en distintas direcciones: prevención, asistencia, rehabilitación..., teniendo como finalidad conseguir una mejora de la calidad de vida de los individuos. Para desempeñar su trabajo es necesario la reflexión de cada uno de los casos que se les presenta (Martín, 2014).

Si nos centramos en Atención Temprana, la asociación de *Michigan for Infant Mental Health* (2017), resalta que la relación con las familias es más eficaz cuando las familias tienen la oportunidad de desarrollar y reunirse periódicamente con el mismo supervisor, consultor o profesional durante el período de tiempo que dura la intervención.

Cuando se habla del término supervisor, nos referimos a inspeccionar los trabajos realizados por otros (RAE, 2017). Algunos de los sinónimos que podemos encontrar al término supervisión son: inspección, vigilancia, control, fiscalización... Esta definición puede desembocar en confusión si aludimos al término con una connotación negativa, sin embargo, si apartamos esa connotación, esta definición nos podría informar que la figura del supervisor es aquella que vela y ayuda a personas de un mismo equipo, reconociendo su trabajo.

Puig (2011) en su trabajo de investigación en el ámbito psicosocial, decía que “la supervisión sitúa en la interfaz entre el aprendizaje, la formación, la educación y el apoyo en una organización o institución. Este trabajo podía ser llevado por un agente externo que tenía la misión de revisar el trabajo profesional y los sentimientos que acompañan la actividad” (p. 128). Apoyados en la Asociación *Michigan for Infant mental health* (2015) se resaltan tres tipos de supervisión: la supervisión administrativa, la clínica y la reflexiva.

Tabla 2.3

*Tipos de supervisión*

<b>SUPERVISIÓN ADMINISTRATIVA</b>	Profesional como representante en la regulación a nivel estatal, concededor de políticas sociales y programas, procedimientos y normas, para velar por la calidad y seguridad.
<b>SUPERVISIÓN CLÍNICA</b>	Conocimientos que le profesional debe poseer sobre la disciplina, para realizar el diagnóstico, planificar el tratamiento, enseñar a las familias estrategias de intervención, darles orientación.
<b>SUPERVISIÓN REFLEXIVA</b>	Profesional como apoyo con el fin de examinar y responder a las demandas de las familias, siendo un apoyo para estas.

De esta manera, se entiende el trabajo del profesional como una mezcla de las tres. El buen profesional debe conocer el entramado administrativo de la situación que se le presenta, ya que es necesario que esté interesado en las nuevas normas, los programas sociales de los que pueden hacer uso... Esta persona de referencia debe tener los conocimientos y la formación necesaria para trabajar en el campo o en la disciplina que lo hace, teniendo las herramientas necesarias para llevar a cabo una intervención de calidad. Ambas dimensiones son importantes para contemplar un trabajo excelente, aunque no debemos de olvidar la parte reflexiva del profesional, ya que esta afectará en todo el proceso. Para llegar al éxito, es necesario ver al profesional como supervisor

administrativo, clínico y reflexivo. Él debe velar por el bienestar de cada una de las familias a las que presta su apoyo y trabajo.

Del mismo modo que la familia necesita de un profesional consultor o guía en el desarrollo de la intervención, los profesionales también necesitan de una persona que realice el trabajo de consultor y les ayude a reflexionar sobre sus propias intervenciones.

Dada la importancia de adaptar la terminología al contexto al que nos referimos y a las connotaciones negativas que podría suscitar entre los profesionales y lectores, cuando hablemos de supervisión reflexiva nos estaremos refiriendo a consulta como sinónimo de consejo, sugerencia, orientación, reunión, recomendación...

Mackin-Brown (2016) resaltaba que, para un mayor crecimiento laboral y personal, es necesario que las personas reflexionemos sobre nuestras acciones, con la intención de mejorar, analizar nuestras debilidades y fortalezas, vincular la teoría a la práctica, crear nuevas estrategias, tener intención de aumentar la calidad de nuestros trabajos... Pero para ello es necesario empatía, honestidad, responsabilidad, tiempo y flexibilidad cognitiva. Bernstein (2002) aludía a esta práctica como un modelo de competencia mutua para fomentar las relaciones de ayuda entre el profesional visitante y el supervisor.

En Atención Temprana, hablar de esta práctica reflexiva es pensar en reuniones de acompañamiento para que el profesional sienta el apoyo y la aceptación de sus compañeros en el trabajo que está llevando a cabo. Este tipo de consulta puede ayudar al profesional a confirmarle que va por el buen camino, puede ser una fuente de motivación al saber que es correcto lo que hace, o por el contrario, puede existir un aprendizaje constructivo si algo no se hace como se debería...

Para llegar a cabo este tipo de reuniones es necesario que se cumplan tres pilares fundamentales, Parlakian (2001) decía que se necesita *reflexión* para pensar en aspectos positivos y negativos, *colaboración* como oportunidad para aprender y enseñar, y *regularidad* como inversión del tiempo de forma periódica en mantener esas reuniones de ayuda.

Bernstein (2002) hablaba de cinco fases o pasos a seguir para realizar dichas reuniones reflexivas y que sean efectivas. Quedan recogidas, a continuación, en la Tabla 2.4.

Tabla 2.4.

*Fases de supervisión reflexiva propuesta por Bernstein (2002)*

---

FASE 1	INFORMACIÓN	Compartir información general y específica del caso.
FASE 2	ACEPTACIÓN Y APOYO	Reflexión sobre lo sucedido
FASE 3	ENTENDIMIENTO COMPARTIDO	Comprensión y búsqueda de nuevas acciones.
FASE 4	ACUERDO	Ideas sobre cómo mejorar la intervención, ¿Has pensado en...?
FASE 5	RESPONSABILIDAD	Construir y planificar la próxima vista, con mayor fortalecimiento de la situación.

---

La clave para llevar a cabo estas reuniones son las relaciones humanas como fuente de enriquecimiento personal y mutuo. Para ello, es necesario que tanto el profesional como el orientador reflexivo sean empáticos, tengan una escucha activa, tengan curiosidad por mejorar su práctica diaria, desarrollen una comunicación abierta y estén dispuestos aprender. De no hacer estas asambleas, el profesional podría acarrear un desgaste emocional y esto, podría repercutir en el trabajo con las familias. En el siguiente capítulo hablaremos de la inteligencia emocional como fuente de enriquecimiento en las relaciones y su influencia en el trabajo.



## CAPÍTULO 3

# INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

*La diferencia esencial entre emociones y razón es que la emoción lleva a la acción mientras que la razón lleva a conclusiones.*

DONALD CALNE

### INTRODUCCIÓN

El objetivo de este tercer capítulo es realizar un análisis de los diferentes modelos existentes sobre Inteligencia Emocional. La información que recogemos constituye el punto de partida para reflexionar sobre la selección del modelo y el instrumento más idóneo para evaluar las habilidades referidas a la Inteligencia Emocional que poseen los profesionales del campo de la Atención Temprana.

En la bibliografía consultada hemos encontrado cuatro modelos principales de Inteligencia Emocional: (a) el diseñado por Mayer y Salovey (1997), (b) el de Goleman (1996) apoyado en el modelo de Mayer, (c) el de Bar-On (1997) y (d) el modelo de Petrides y Furnham. Estos modelos podrían tener relación con el desarrollo laboral en las prácticas diarias, destacando así el rendimiento en la intervención, las actitudes profesionales, el éxito del trabajo, el liderazgo, la satisfacción sobre el servicio que se les da a las familias de los niños que reciben Atención Temprana, o por el contrario, la fatiga o desgaste emocional. Asimismo, es importante destacar que la Inteligencia Emocional está estrechamente ligada a la personalidad, para ello nos apoyaremos en autores que reflexionan sobre el tema y nos dan información de dicha relación.

### 3.1. INTELIGENCIA: RAZÓN Y EMOCIÓN

Dar una definición del término Inteligencia Emocional requiere reflexionar y abordar dos características importantes: por un lado, la razón y, por otro lado, la emoción (Samayoa, 2012). Son muchos los autores que a lo largo de la historia hablan de dichas particularidades afirmando que tanto la emoción como razón están unidas en el desarrollo del ser humano. Platón (s. V-IV a. C.), a través del mito *la alegoría del carro alado*, representa la constitución interna del ser humano dividido en una parte racional y otra irracional, capaz de dividir el alma en tres aspectos: la razón, el apetito y el espíritu. Este filósofo apuntaba, ya en la antigüedad clásica, lo que en la actualidad la Psicología enuncia como cognición, motivación y emoción (Ferrando, 2006; García-Gómez, 2015).

Aristóteles no formuló una teoría, como tal, sobre la emoción, pero sí consideraba que las pasiones iban asociadas con alteraciones fisiológicas (Trueba, 2009). Hablaba de la emoción como una condición según la cual el individuo se transforma hasta el punto de afectar su juicio y, dicho sentimiento, viene acompañado de placer y dolor (de Souza, 2009). Afirmaba que muchas emociones van asociadas a las creencias, como sería la compasión, pudiendo ser ésta modificada si la conducta cambia (Trueba, 2009).

Del mismo modo. Tomás de Aquino (1225-1274) analizó la mente y la conducta humana a través de su obra “Suma Teológica”- Fue un tratado para poner de manifiesto las pasiones, los hábitos y las virtudes del ser humano. Realizó su clasificación diferenciando entre emociones de la parte irascible o irritable y emociones de la parte concupiscible o del apetito, refiriéndose al bien y al mal. Dicho teólogo pensaba en emociones que eran antecedentes, que se originaban independientemente del juicio racional y que eran producidas involuntariamente. Por el contrario, existían otras emociones que se producían de manera consecuente y eran provocadas por nuestra forma de pensar o actuar (Astorquiza, 2008).

El filósofo Thomas Hobbes (1588-1679) es el autor de las palabras “los seres humanos en estado de naturaleza, en tanto que individuos racionales y emocionalmente motivados, siempre elegirán abandonar la guerra para formar un Estado en el cual la

libertad individual quede subordinada para siempre al poder soberano” (Hernández, p.15, 2012). Hernández (2012) hace un paralelismo entre los conflictos ocurridos en los últimos tiempos para explicar la teoría de Hobbes, demostrando que los tres motivos principales que nos llevan a organizar una guerra serían: la rivalidad, la desconfianza y la gloria. Llegando a la conclusión que las emociones controlan la conducta y la voluntad del hombre (Casado & Colomo, 2006; Hernández, 2012).

Por su parte, David Humes (1711-1778) reflexionaba sobre la emoción, como el juicio moral frente a la objetividad, y lo denominó *Emotivismo Moral*. Dejó a un lado, el pensamiento de lo bueno y lo malo para centrarse en los sentimientos, ya que pensaba que para que una persona actúe bien o mal sólo es necesario que conozca el concepto bueno o malo. Este filósofo maduraba la idea de que los sentimientos se encuentran en las percepciones que tenemos de los demás y no en la razón, oponiéndose en todo momento al intelectualismo moral y acercándose mucho más a lo que diría nuestro sentido común. Los sentimientos serían los que nos impulsan a hacer algo, pero es la razón la que nos ayuda a comprender las consecuencias que tienen nuestras acciones (Blasco, 2011; Mestre, 2003; Tovar, 2007).

René Descartes (1596-1650), influenciado por Platón y Aristóteles entre otros, sigue reflexionando sobre las emociones. En su obra *Pasiones del alma*, destaca que el pensamiento es la actividad que revela la realidad de la substancia que piensa y permite delimitar con claridad las funciones que corresponden al alma y al cuerpo del hombre. En su planteamiento, acentúa que existen seis emociones simples y que, además, son primitivas: el asombro, el amor, el odio, el deseo, la alegría y la tristeza. Diferenciando entre el cuerpo y el alma como sustancias distintas (Parellada, 2000).

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), en su obra *Emilio*, popularizó su ideal pedagógico, afirmando la importancia de hacer pensar a los niños para así desarrollar su intelecto, a través de una formación libre. Este autor no estaba de acuerdo con la idea generalizada del racionalismo, sino que apostaba por la subjetividad y la espontaneidad del niño, haciendo hincapié el término de humanismo (SoËtard, 1994). Se puede hablar de que el pensamiento estaría fuertemente relacionado con las emociones, destacando de

las emociones aquello que cada uno de nosotros percibimos y que surge de las nuestras propias experiencias (Singer, 2000).

Otro representante de la filosofía como es Kant, señala que las emociones son un predominio de sensaciones, creciendo rápidamente hasta hacer imposible la reflexión (Casado & Colomo, 2006). Este autor responde que la causa de los juicios morales es la razón y que la razón práctica motiva a la emoción (Tovar, 2007). Autores de la talla de Gordon Allport, Abraham Maslow, Carls Rogers, se acercaban al término de la emoción vinculado a la personalidad, tal y como veremos más adelante.

Damasio (1944- ) es el neurólogo que, con sus investigaciones sobre la cognición en relación a la toma de decisiones, pone en entredicho el paradigma tradicional de considerar la razón como epítome del funcionamiento humano y de valorar el sentir inferior al pensar. En su libro “El error de Descartes” (1996) expone que las emociones son esenciales y que estas pueden influir de manera positiva o negativa en nuestro estado, pudiendo afectar en lo cognitivo, en la percepción, en la atención, en el razonamiento o en la memoria. Este autor es considerado uno de los padres de las teorías sobre el “cerebro emocional”, que han ayudado a distinguir las bases neuronales de las emociones y el papel central de estas en el conocimiento y en la toma de decisiones. Argumenta que la razón no puede desligarse de su contexto emocional, sino todo lo contrario; los sentimientos tienen una influencia sobre la razón, pudiendo ser esta influencia perturbadora, pero, a su vez, también positiva. Que exista una influencia de los sentimientos en la razón no quita importancia a la propia razón. Pero sí invita a tomar conciencia de la relevancia que tienen los sentimientos en nuestros pensamientos, para beneficiarnos de los efectos positivos como para descartar los negativos, resumiendo que la base del razonamiento serían las emociones (Vázquez & Manassero, 2007). La distinción general entre emoción y sentimiento son distintas, mientras que las emociones son percepciones que se acompañarán de ideas y momentos de pensamiento, los sentimientos emocionales son las percepciones que hace nuestro cuerpo cuando se manifiesta una emoción (Damasio, 2010).

Cuando hablamos de emoción, describimos el interés, repleto de expectativas, con el que se participa en algo que está ocurriendo (RAE, 2015). Mientras que cuando utilizamos el término cognición nos referimos al conocimiento, incluyendo la resolución de problemas, la percepción, la memoria, la atención... Efectivamente, las personas no sólo disponen de una capacidad racional, sino que también existe un componente emocional que guía sus acciones. Así, las proposiciones básicas del sistema racional son precisamente no racionales, pues son nociones, relaciones, distinciones, elementos, verdades... que aceptamos *principalmente* porque nos gustan. De esta manera, se contradice la validez trascendente únicamente a la racionalidad como característica de lo humano (Vasquez, 2009). Dado que razón y emoción se influyen mutuamente, resulta necesario investigar, también, acerca de cómo los sentimientos y las pasiones conducen a los individuos, orientando, condicionando o determinando sus comportamientos (De Henar, 2012).

La emoción como su propio nombre indica se refiere a movimiento o contacto con el mundo. Dicha emoción inicia el movimiento hacia algo, y este movimiento nos lleva a tener una u otra motivación (Bisquerra, Pérez-González & García-Navarro). Esta es una conducta que se desencadena por los cambios que se producen en nuestro cuerpo, a través de un amplio rango de estímulos y que indican recompensa o castigo. Es, también, el medio de comunicación más poderoso que existe, ya que a lo largo de los años se ha mantenido viva en la especie tanto animal como humana (Aradilla, 2013).

A raíz de las premisas expuestas por Damasio, la relación entre cognición y emoción se convierte en tema de interés preferente tanto para psicólogos como para neurólogos. A principios de los ochenta, los psicólogos empiezan a estudiar las interacciones entre cognición y emoción. Uno de los autores de mayor divulgación es Goleman (1946 ---) cuyo pensamiento se universalizó con la publicación de su obra *Inteligencia Emocional* (1996). Este psicólogo estadounidense considera que el ser humano tiene dos mentes, una que piensa y otra que siente. La primera sería la parte racional, la que comprende y la segunda la parte emocional, la que se mueve por impulsos. Ambas deben complementarse para que una persona pueda desarrollarse y actuar en sus experiencias diarias.

Aradilla (2013), apoyado en la tesis de Goleman, habla de las emociones como algo fundamental en nuestras vidas y como el contexto natural y social nos ayuda a construirlas. Estas percepciones nos permiten obtener información de las personas de nuestro alrededor y, en la mayor parte de las ocasiones, nos facilitan las interacciones sociales. Del mismo modo, las emociones parecen estar presentes en las conductas de todas las especies de mamíferos y sirven para señalar y responder a los cambios que se suceden en las relaciones entre los individuos y el ambiente (Ferrando, 2006). Estas alarmas tienen un papel importante en nuestra vida personal y social. No solo tienen funciones adaptativas, sino que también ayudan a la motivación, a la percepción, al aprendizaje, a la memoria y la creatividad del ser humano. La expresión de las emociones positivas produce empatía y altruismo.

La decisión, según Goleman (1998), reside en algún lugar entre la cognición y la emoción. Existen aptitudes exclusivamente cognitivas como, por ejemplo, el razonamiento analítico o la experiencia técnica. Mientras que otras son capaces de lidiar o combinar el pensamiento y la emoción. Las competencias emocionales implican cierto grado de dominio de los sentimientos, independientemente de los elementos cognitivos que intervengan en un pensamiento. Es cierto que en toda persona coexisten los dos tipos de inteligencia (cognitiva y emocional), la inteligencia emocional hace que seamos personas auténticas e irrepetibles a través de las cualidades que desarrollamos a lo largo de nuestra vida.

El proceso cognitivo se modula y está afectado por las emociones. Por ejemplo, las personas felices perciben, en mayor número, los hechos positivos de la vida; los sujetos deprimidos están más sensibilizados para los signos de hostilidad y de valor negativo. Si nuestro carácter es amigable y placentero sufriremos, en menor grado, los impulsos negativos del camino de la vida. Otra propiedad sobresaliente es que las emociones (positivas o negativas) son contagiosas. Se expanden y afectan al ambiente y a las personas que nos rodean (Sanz, 2000). En la actualidad, uno de los críticos más contundentes con el modelo tradicional de concebir la inteligencia es Howard Gardner (1943 ---). Este autor mantiene que la inteligencia no es una sola, sino un amplio abanico

de habilidades diferenciadas y, a su vez, relacionadas. Entre ellas, la inteligencia interpersonal e intrapersonal (Goleman, 1996).

Gardner (1993), propuso una teoría en la que planteó la existencia de inteligencias múltiples. Este autor publicó *Multiple intelligences. The theory in practice*. Esta obra propone un conjunto de inteligencias múltiples que coexisten y actúan de manera independiente, niega la existencia de una inteligencia general y única y otorga una especial relevancia a la evaluación de las inteligencias múltiples en el ámbito educativo. Gardner distingue ocho categorías de inteligencia: cinético-corporal, lógico-matemática, lingüística, espacial, musical, interpersonal, intrapersonal, naturalista. Las resumimos en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1

*Inteligencias múltiples de Gardner (1993)*

INTELIGENCIAS	DEFINICIÓN
LINGÜÍSTICA	Capacidad de dominar el lenguaje verbal y no verbal, con la finalidad de que exista una comunicación eficaz.
LÓGICO-MATEMÁTICA	Capacidad para el razonamiento lógico y la resolución de problemas
ESPACIAL	Capacidad de observar el mundo y los objetos que lo componen desde distintas perspectivas.
MUSICAL	Capacidad para tocar un instrumento, leer y componer piezas musicales con facilidad.
CINÉSTETICA-CORPORAL	Capacidad de tener habilidades corporales o motrices.
INTERPERSONAL	Habilidad que nos permite comprender y controlar el ámbito interno de uno mismo.
INTRAPERSONAL	Habilidad para detectar y entender las circunstancias y problemas de los demás.
NATURALISTA	Habilidad para detectar, diferenciar y categorizar los aspectos referidos a la naturaleza.

Tras conocer que no sólo existe una inteligencia, sino que conviven siete más, es en ese momento cuando comienzan a considerarse las distintas capacidades que posee un individuo y no tanto la medición cuantitativa de la inteligencia. La consideración, por parte de Gardner, de la inteligencia interpersonal e intrapersonal, supone un acercamiento

a la inteligencia emocional y, por supuesto, constituyen parte del cuerpo teórico de la misma.

Por ello, hablar ahora de la Teoría de la Mente resulta clave para comprender la comunicación interpersonal y la interacción social en los procesos de enseñanza-aprendizaje, en las situaciones educativas. El ser humano dispone de unas capacidades mentales que le permiten interpretar y predecir la conducta de los demás, pudiendo comprender y predecir la conducta de otras personas, sus intenciones y sus creencias. En las relaciones interpersonales, continuamente interpretamos el comportamiento del otro, suponiendo que tiene estados mentales, como opiniones, creencias, deseos, intenciones, intereses, sentimientos (García-García, 2008). El cerebro dispone de redes neurales especializadas, que nos permiten crear ingeniosas hipótesis sobre cómo opera la mente de otras personas (Tirapu, Pérez-Sayes, Erekatxo & Pelegrín, 2012). A partir de estas hipótesis anticipamos y predecimos, con acierto, las conductas de los demás. Las neuronas espejo, o la función especular de algunas neuronas, posibilitan al hombre comprender las intenciones de otras personas (Gallase, Eagle & Migone, 2006). Le permite ponerse en lugar de otros, leer sus pensamientos, sentimientos y deseos, lo que resulta fundamental en la interacción social. La comprensión interpersonal se basa en que captamos las intenciones y motivos de los comportamientos de los demás (García-García, 2008).

Las emociones constituyen uno de los primeros modos disponibles para que el individuo adquiera conocimiento sobre su situación, permitiendo así una reorganización de este conocimiento sobre la base del resultado de las relaciones mantenidas con los otros. La actividad coordinada de los sistemas neuronales sensoriomotor y afectivo resulta en la simplificación y automatización de las respuestas conductuales que los organismos vivos producen para vivir (Gallase et al., 2006). Resumiendo, de alguna manera, la emoción es la energía codificada en la actividad cerebral que nos mantiene vivos y sin la emoción, siendo como es la energía base, nos encontraríamos deprimidos y apagados.

Tal y como reflexiona Mora (2013) las emociones encienden y mantienen la atención y la curiosidad de conocer aquello que es nuevo, refiriéndose así que el proceso

de aprendizaje es suscitado por la emoción. De esta manera, hablamos de un binomio indisoluble, emoción y cognición.

### **3.2. INTELIGENCIA EMOCIONAL**

El concepto de inteligencia emocional surge en los años noventa como reacción al enfoque cognitivo prevalente con el que se evaluaba la inteligencia. Son muchos los autores e investigadores que persiguen conocer la influencia de la inteligencia emocional en nuestro intelecto y, con ello, averiguar cómo repercute la emoción en nuestro desarrollo personal y laboral.

Uno de los pioneros en interesarse por las emociones fue Charles Darwin (1809-1982). En su obra *The expression of the emotions in man and animals* describía que una emoción voluntaria evoca el sentimiento emotivo correspondiente. Por ejemplo: “Sonríe cuando estés triste” y “silba una canción alegre cuando tengas miedo”. Enfocó el papel adaptativo y hereditario de las emociones, describiendo cómo las emociones son asociadas a las expresiones faciales. Señaló que las emociones son puestas de manifiesto de diversas maneras, a través de los gestos o movimientos de las facciones comunes a los hombres y a los animales (citado en De Souza, 2009; 2011; Damasio, 2010).

Darwin nos muestra que las expresiones de las emociones son importantes para el bienestar del género humano y que la represión de estas emociones puede provocar consecuencias negativas, teniendo presente que a través de las expresiones emocionales se transmiten muchas veces nuestros pensamientos, incluso de manera más eficiente que nuestras palabras (De Souza, 2011). Este científico reconocía que lo más importante en la expresión de las emociones son los reflejos, los hábitos y los instintos heredados por nuestros antepasados y por ello, innatos. Así, tanto nuestras emociones como el reconocimiento de las emociones de los demás ocurren de forma involuntaria y no es aprendido.

El psicólogo Ekman (1934- ), siguiendo a Darwin y reforzando su idea, asume que éste tenía razón, las emociones van asociadas a la cultura y las necesitamos para comunicarnos, tomar decisiones y entender a otras personas. Ekman (2003) da un paso más, pasa de estudiar las emociones a centrarse en las expresiones faciales, afirmando que estas son universales y forman parte del comportamiento social independientemente de la cultura en la que nos movamos. Habla de la universalidad que tienen las emociones y cómo nos sirven para conocer nuestros propios pensamientos y los ajenos. Para ello, establece cuatro capacidades básicas (véase Tabla 3.2).

Tabla 3.2

*Capacidades emocionales según Ekman (2003)*

---

CAPACIDADES EMOCIONALES

---

1. Ser capaz de elegir si se es o no emotivo.
  2. Utilizar la emoción correcta en el grado correcto.
  3. Aprender a ser sensible a las emociones de otros.
  4. Exactitud para reconocer las emociones.
- 

A lo largo de nuestro desarrollo emocional, el psicólogo asume que existen patrones cerebrales, en estructuras como el tálamo, la amígdala y la corteza cerebral, que trabajan para dar una respuesta fisiológica a las distintas emociones como el miedo, la ira, la sorpresa, el enfado, el asco o la alegría.

Tal y como hemos mencionado, Darwin y Ekman manifestaban que las emociones son universales y que, a través de ellas, nos podemos comunicar independientemente del contexto social. Acercándonos cada vez más al término como tal de Inteligencia Emocional, Thorndike (1920) introduce el concepto de "*inteligencia social*", refiriéndose al concepto como una capacidad que tienen las personas para actuar ante las relaciones humanas (Pérez-González et al., 2005; Danvila & Sastre, 2010). El mismo autor destaca dos tipos de inteligencia: por un lado, la abstracta (capacidad para manejar las ideas) y por otro lado, la mecánica (habilidad para entender y manejar objetos).

Como se afirma en la mayoría de trabajos, el concepto de Inteligencia Emocional fue definido por primera vez por los psicólogos Salovey y Mayer en 1990, aunque no se dio a conocer hasta que lo popularizó, posteriormente, Daniel Goleman, quien en 1995 publicó su libro “*Inteligencia Emocional*”.

Esta obra, que se convirtió en un *best-seller*, tuvo una gran influencia. No sólo porque acercó al gran público un concepto hasta entonces desconocido, sino porque a ella le sucedieron otras investigaciones. En este trabajo se afirma que la Inteligencia Emocional permite predecir el éxito académico y/o laboral con mayor exactitud que las medidas clásicas de inteligencia, afirmación que continúa investigándose en la actualidad. Dicha idea involucra competencias personales tanto intra- como inter-personales, incidiendo en las relaciones sociales y en el ámbito laboral (Danvila & Sastre, 2010; Martín & Mora, 2009). De esta manera, los profesionales deben estar equipados con variedad de competencias, desatando las que se refieren a la forma de trabajar, la actitud hacia el trabajo, hacia los demás, la flexibilidad y la capacidad de adaptación (Repetto & Pérez-González, 2007).

En la misma línea, Bisquerra (2002) destaca la competencia emocional como un conjunto de habilidades que permiten comprender, expresar y regular, de forma apropiada, los fenómenos emocionales. Algunas habilidades que deben contemplarse incluyen la consciencia emocional, el control de la impulsividad, el trabajo en equipo, el cuidarse de sí mismo y de los demás, etc. Esto facilita desenvolverse mejor en las circunstancias de la vida, tales como los procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales, la solución de problemas o el adaptarse al contexto (Bisquerra, 2002; De Souza, 2011).

### 3.3. COMPETENCIA VERSUS HABILIDAD

A lo largo de la conceptualización del término de Inteligencia Emocional, realizada en el punto anterior, se ha hablado de competencia y habilidad para referirse a las características que el ser humano manifiesta emocionalmente. Esta terminología se suele utilizar indistintamente, aunque se refieren a significaciones diferentes. Esta imprecisión llevó a una confusión conceptual y a numerosos hallazgos aparentemente contradictorios (Pérez-González, Petrides & Furnhan, 2007). Esta discrepancia, nos lleva a realizar una distinción de ambos conceptos, ya que, dependiendo de cómo se entiendan, se desarrollará una evaluación u otra de las características profesionales de la persona. El término de competencia se ha integrado en la psicología del trabajo y en las organizaciones. Se relaciona estrechamente con el concepto de aptitud o habilidad. La competencia se relaciona con los conocimientos, conductas y habilidades que posee un individuo. Mientras que la habilidad tiene un carácter modificable, innato y no es directamente observable (Grau & Agut, 2001).

Tal y como se refleja en la Tabla 3.3, en el concepto de competencia se integra el saber (competencias técnicas), saber hacer (competencias metodológicas) y saber ser (competencias participativas, personales...). Sin descuidar nuestra temática, cuando nos referimos a competencias emocionales se pueden distinguir dos tipos: por un lado, las competencias de autorreflexión (inteligencia intrapersonal) y por otro lado, las competencias sociales (inteligencia interpersonal) (Bisquerra, 2003; Bisquerra & Pérez-Escoda, 2007).

Tabla 3.3

*Diferenciación breve de cada uno de los conceptos*

CONCEPTO	DEFINICIÓN
CAPACIDAD	Es la aptitud de cualquier persona para realizar una tarea
HABILIDAD	Facilidad para realizar una tarea correctamente, bien por su destreza o por su disposición

TALENTO	Es el potencial que tiene una persona para realizar una tarea de forma exitosa
COMPETENCIA	Son las capacidades, habilidades y conductas que desarrolla una persona en la ejecución de una tarea

Previamente a la clasificación del saber que realiza Bisquerra (2003), Jacques Delors, por la UNESCO (1996), propuso que la educación debía responder a las demandas sociales. Este trabajo manifiesta una enorme preocupación por la incapacidad de las personas para convivir y tolerar las diferencias. El autor plantea que para que exista un desarrollo integral de la persona es necesario que esta domine cuatro pilares fundamentales en el aprendizaje.

1. *Aprender a conocer*: el dominio de las formas o métodos que permiten adquirir, comprender y descubrir conocimiento, y derivar un aporte significativo a la sociedad. Comprende “aprender a aprender” para aprovechar las oportunidades que ofrece la educación a lo largo de la vida.
2. *Aprender a hacer*: la adquisición de competencias generales que incluyan las destrezas personales necesarias para la productividad (creatividad, trabajo en equipo, toma de decisiones, etc).
3. *Aprender a convivir*: aprender a descubrir progresivamente a los demás, reconocerse como seres interdependientes de otros, desarrollar la capacidad de resolver conflictos, y respetar los valores de pluralismo, comprensión mutua y paz.
4. *Aprender a ser*: el desarrollo máximo del potencial humano de la persona y el logro de un pensamiento autónomo.

Bisquerra y Pérez-Escoda (2007) destacan las siguientes características al hablar del concepto de competencias:

- Aplicable a las personas.
- Implica integrar entre sí saberes, habilidades, actividades y conductas.
- Implica capacidades informales y formales.
- Es indisoluble la noción de desarrollo continuo unido a la experiencia.
- Constituye la capacidad de ponerse en acción.
- Se ancla aun contexto determinado que posee unos referentes de eficacia y cuestiona la transferibilidad.

Tanto Bisquerra (2000, 2003) como Extremera y Fernández-Berrocal (2003) consideran que las competencias emocionales deben seguir una estructura bien definida. En primer lugar, debe existir una *conciencia emocional*. El individuo debe conocer las propias emociones y las de los demás, con la suficiencia de percibir y sentir sus propios sentimientos, desarrollando el saber para identificarlos y reconducirlos. De la misma forma, el individuo debe tener la capacidad de percibir las emociones de los demás para poder implicarse empáticamente en las experiencias de las personas que nos rodean.

En segundo lugar, debe coexistir con la *conciencia emocional* una *regulación emocional*, para tener conciencia entre la emoción, la cognición y el comportamiento. Es la capacidad de la persona para expresar los sentimientos de manera correcta, gestionar la impulsividad de nuestros sentimientos y la tolerancia para prevenir estados emocionales negativos.

En tercer lugar, es primordial la *autonomía personal*, imagen positiva de sí mismo con la capacidad de sentir optimismo ante la vida. Pero, para ello, hay que implicarse en comportamientos seguros, saludables y éticos. Entre estos comportamientos se encuentra la autoestima, la responsabilidad, la actitud positiva ante la vida con el fin de buscar la autoeficacia emocional. Cuando se asume una responsabilidad ante los comportamientos, el individuo es capaz de vivir en paz con sus propias decisiones.

En cuarto lugar, se debe contemplar la *inteligencia interpersonal o competencia social*. Ésta es necesaria para dominar habilidades sociales (escuchar, saludar, actitud pacífica, ser activo en las conversaciones), tener respeto hacia las demás personas, hacia sus sentimientos... Sin descuidar la forma de comunicarnos, tanto receptiva como expresiva, compartir emociones y ser asertivo cuando hay que serlo.

En quinto y último lugar, las *competencias para la vida y el bienestar* son las capacidades para adoptar comportamientos apropiados y responsables para afrontar satisfactoriamente los desafíos diarios de la vida, ya sean personales, profesionales, familiares, sociales, de tiempo libre, etc. Las competencias para la vida permiten organizar nuestra vida de forma sana y equilibrada, facilitándonos experiencias de satisfacción o bienestar.

Sin embargo, cuando hablamos de habilidad nos referimos al talento de ejecutar algo correctamente, bien por su destreza o por su disposición a llevarlo a cabo. Mayer y Salovey (1997) hablan de habilidad como talento para realizar, prevenir, evaluar y expresar sentimientos y emociones, con la intención de la consecución del éxito. Estos autores destacaron cuatro habilidades básicas como: percepción emocional, la facilitación emocional, la comprensión emocional y la regulación emocional. A continuación, en la Tabla 3.4, se recoge la descripción de cada una de las habilidades básicas que proponen.

Tabla 3.4

*Habilidades de IE según Mayer y Salovey (1997)*

HABILIDADES EMOCIONALES	DESCRIPCIÓN
PERCEPCIÓN	Habilidad para percibir las propias emociones y la de los demás
FACILITACIÓN	Habilidad para generar, usar las emociones
COMPRENSIÓN	Habilidad para comprender la información emocional
REGULACIÓN	Habilidad para modular nuestras emociones como las de los demás

Tal y como hemos expresado, el término Inteligencia Emocional suscita actualmente un gran interés, tanto en el mundo académico y el mundo profesional. Sin embargo, también genera cierta controversia, porque el concepto se utiliza a veces superficialmente (Danvila & Sastre, 2010; Danvila, Sastre & Marroquín, 2013). Saarni (2000) habla de la competencia emocional como respuestas al contexto cultural. Estas respuestas están estrechamente relacionadas con las creencias y valores que suscita en el ambiente. Algunas de las dimensiones que se reflejan son: la consciencia del propio estado emocional, la comprensión de las habilidades ajenas, el vocabulario emocional que solemos utilizar para expresar sentimientos, la empatía para intuir las emociones de los demás, la comprensión de nuestro estado emocional, las estrategias de auto-control, la reciprocidad de las relaciones y la capacidad de autoeficacia emocional.

### **3.4. MODELOS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL**

Antes de describir cada uno de los modelos más relevantes sobre Inteligencia Emocional interesa destacar que Mayer y Salovey se centran en un modelo de habilidad, mientras que los modelos de Goleman y Bar-On son considerados mixtos, incluyen habilidad y estudian los rasgos de personalidad que emite el individuo como son el control de impulsos, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o la persistencia (García-Fernández & Giménez-Más, 2010).

#### **3.4.1. MODELO DE HABILIDAD MAYER Y SALOVEY**

El modelo de Mayer y Salovey es interpretado como un uso adaptativo de las emociones, que tiene como finalidad dar solución a los problemas y adaptarse de forma integral al medio. Autores como Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios (2001) afirman que el modelo de habilidad mental tiene una fuerte relación con los criterios de una inteligencia estándar y puede realizar predicciones importantes para la vida social. Este modelo considera la Inteligencia Emocional una habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios

pensamientos y acciones, este se conceptualiza en cuatro habilidades básicas (Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008).

*“la habilidad para percibir y valorar con precisión las emociones, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual”* (Mayer & Salovey, 1997, p.10).

Si reflexionamos acerca de esta definición y sobre las cuatro habilidades que expusimos en el punto anterior, se concluye que el autor se refiere a la Inteligencia Emocional como la destreza que tiene el ser humano para regular las emociones tanto interpersonales como intrapersonales. Ambos ilustres llegan a la conclusión de que la inteligencia emocional está relacionada con la inteligencia general, pero que existen diferencias en la manifestación dependiendo de la persona (Mayer & Salovey, 1993). A continuación, se describen en profundidad las habilidades emocionales (Brackett & Mayer, 2003; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008; Extremera & Fernández-Berrocal, 2003; Mayer, Caruso & Salovey, 1999; Mayer & Salovey, 1997):

➤ *Percepción e identificación emocional*

Habilidad por la que el individuo reconoce o identifica tanto sus emociones como las de los demás. Es decir, es capaz de poder saber qué suscita una emoción para él y para la gente que le rodea. Goleman (1998) hace una reflexión acerca de dicha percepción, donde expresa que tener poca conciencia de sí mismos nos hará ser inconscientes de nuestros puntos débiles y, como consecuencia, careceremos de confianza y seguridad en nuestra propia fortaleza.

➤ *Asimilación emocional*

Las emociones actúan sobre nuestro pensamiento y son capaces de predecir cómo se siente la persona que lo transmite o como nos sentimos nosotros ante una situación. Esta reacción, en cierto modo, nos ayuda a tomar decisiones sobre lo que nos gusta y sobre lo que no.

➤ *Comprensión emocional*

Necesitamos que exista una comprensión entre el pensamiento y las emociones para poder tener un equilibrio tanto mental como emocional. Sabemos que en ocasiones los pensamientos se pueden contradecir, ya que todos en alguna ocasión hemos experimentado una contradicción de sentimientos. Alguna vez hemos escuchado la afirmación: “Del amor al odio hay un paso”. Para emitir o sentir ambos sentimientos es necesario identificarlos y comprenderlos.

➤ *Regulación emocional*

Para conseguir un crecimiento emocional y de éxito en la vida es necesario que exista una regulación de las emociones, que estas se canalicen de manera correcta. No podemos tomar todo al extremo, si no sufriremos de una forma desorbitada y sin sentido.

A partir de estos descriptores, Mayer y Salovey crean, paralelamente, medidas para su evaluación, siendo estas medidas de autoinforme o pruebas de habilidad. En primer lugar y de gran relevancia dieron nombre al “Trait-Meta Mood Scale-48”, una escala de tipo Likert para que las personas pudieran valorarse así mismas sobre la atención a sus propios sentimientos (21 ítems); la claridad emocional (15 ítems), como la capacidad de las personas para percibir sus propias emociones; y la reparación de los propios sentimientos o la capacidad para regular sus emociones (12 ítems). En segundo lugar, dan conocer el MSCEIT (Mayer, Salovey & Caruso, 2000, 2002), como prueba de habilidad basada en resolver problemas emocionales. A partir de este instrumento, se puede obtener información de la percepción emocional, la facilitación emocional, la comprensión emocional y el manejo emocional (Mayer, Salovey, Caruso & Sitarenios, 2003).

### 3.4.2. MODELO MIXTO DE GOLEMAN

Años después y en la misma línea de trabajo, Goleman (1996) se pronuncia sobre la inteligencia emocional como: “La capacidad de reconocer nuestros sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones, en nosotros y en nuestras relaciones” (p.88).

Este autor clasifica la inteligencia emocional en cinco competencias principales, añadiendo una más a la tipología que realizan sus antecesores Mayer y Salovey. Subrayando que no todas las personas destacan en las cinco competencias, siendo más hábiles en unas que en otras y pudiendo, con esfuerzo, mejorar las áreas más debilitadas (Goleman, 1996):

- 1) *Conocer las propias emociones*: Tener conciencia de las propias emociones; reconocer un sentimiento o emoción en el momento en que ocurre. Una incapacidad en este sentido nos lleva a poseer emociones incontroladas. Las personas que conocen sus propios comportamientos y emociones suelen encauzar mejor sus vidas a la hora de tomar decisiones importantes (estudiar una carrera, casarse, finalizar una etapa...).
- 2) *Manejar las emociones*: Tomar conciencia de las propias emociones y saber expresarlas, este manejo nos permite expresar de forma apropiada los sentimientos. Este conocimiento repercute en la forma de lidiar las expresiones de ira, furia o irritabilidad en las relaciones interpersonales.
- 3) *Motivarse a sí mismo*: La emoción tiende a desarrollar una acción y el recorrido para ejecutarla está íntimamente relacionado con la motivación. Para conseguir lograr un objetivo propuesto es esencial la atención, la automotivación y la organización. El autocontrol emocional ayuda a dominar la impulsividad, lo cual suele estar presente en el logro de muchos objetivos. El control excelente de nuestros impulsos hará que nuestro trabajo sea efectivo y exitoso.
- 4) *Reconocer las emociones de los demás*: La destreza fundamental es la empatía, la cual se basa en el conocimiento de las propias emociones. La empatía es la base de la generosidad y la nobleza. Las personas empáticas reconocen mejor las señales que indican

lo que los demás necesitan o desean para sentir bienestar. Para oficios o profesiones de ayuda y servicios (profesores, orientadores, pedagogos, psicólogos, psicopedagogos, médicos, abogados, expertos en ventas, etc.), es apropiado tener cierta empatía, para entender la información que nos quiere transmitir la persona a la que va destinada la acción.

5) *Establecer relaciones*: Tener buenas relaciones y manejar las emociones con la sociedad, con las personas de nuestro trabajo, con nuestra familia... es síntoma de poseer una buena competencia social. Las excelentes relaciones son la base del liderazgo, popularidad y eficiencia interpersonal. Las personas que dominan estas habilidades sociales son capaces de interactuar de forma suave y efectiva con los demás.

### **3.4.3. MODELO MIXTO DE BAR-ON**

De acuerdo con el modelo de Bar-On, se entiende la Inteligencia Emocional como la interrelación entre los aspectos emocionales y sociales. El autor defiende que una persona emocionalmente inteligente se diferencia del resto por las competencias, aptitudes y comportamientos que determinan cómo nos entendemos y cómo nos expresamos nosotros mismos, cómo comprendemos a los demás y cómo nos relacionamos con ellos, además de hacer frente a las demandas diarias, desafíos y presiones (Bar-On, 2006). Este autor relaciona la Inteligencia Emocional con factores o rasgos de personalidad que influyen en el bienestar psicológico de la persona.

En la Tabla 3.5 el autor define su modelo en cinco áreas sociales y emocionales principales, incluyendo habilidades intrapersonales, habilidades interpersonales, adaptabilidad, manejo del estrés y el estado de ánimo, que en conjunto influyen en la capacidad de una persona para hacer frente eficazmente a las exigencias medioambientales. Su modelo se enmarca en el contexto de la teoría de la personalidad como un modelo general de bienestar psicológico y de adaptación (Goleman, 2001; Bar-On, 2006). Al ser delimitada la Inteligencia Emocional como un rasgo, implica que dichas características permanecen estables a lo largo del tiempo y de las situaciones que un individuo vive (García-Gómez, 2015).

Tabla 3.5

*Clasificación de las dimensiones del modelo de Bar-on*

<b>Intrapersonales</b>	Autoconcepto
	Autoconciencia Emocional
	Asertividad
	Independencia
	Autoactualización
<b>Interpersonales</b>	Empatía
	Responsabilidad Social
	Relaciones Interpersonales
<b>Adaptabilidad</b>	Prueba de realidad
	Flexibilidad
	Solución de problemas
<b>Manejo de estrés</b>	Tolerancia al estrés
	Control de impulsos
<b>Estado de ánimo y motivación</b>	Optimismo
	Felicidad

Tal y como hemos dicho a priori y de acuerdo con el modelo, para ser emocionalmente y socialmente inteligente, no solo debemos entender de manera efectiva las emociones ajenas y expresar las nuestras correctamente. Para ello, es importante tener una capacidad intrapersonal de uno, ser consciente de uno mismo, para entender las propias fortalezas y debilidades, para expresar los sentimientos y pensamientos de forma no destructiva. El nivel interpersonal establece y mantiene relaciones de cooperación, constructivas y satisfactorias con nuestro entorno. De nada serviría ser altamente inteligente a nivel inter e intrapersonal, si no hay una buena adaptabilidad para llegar a soluciones exitosas de problemas, además de un manejo óptimo del estrés que conduce a disfrutar de un bienestar social (Bar-On, 2006).

A partir de estas dimensiones Bar-On construye su inventario de Inteligencia Emocional (EQ-I). El EQ-i es un instrumento de medida de autoinforme que proporciona

una estimación de la Inteligencia Emocional y social de un individuo. Así mismo, los estudios realizados basándose en este modelo han demostrado que las personas que obtienen puntuaciones elevadas en estas áreas poseen un importante éxito profesional, como un ajuste emocional. La observación crítica que se formula es que, más bien, es un modelo de evaluación de rasgos de personalidad (López, Pulido & Augusto, 2013).

#### **3.4.4. MODELO DE PETRIDES Y FURNHAM**

El modelo de Petrides y Furnham, de Inteligencia Emocional, hace referencia al conjunto de disposiciones, en la conducta del ser humano y en la autopercepción, en relación a conocer, procesar y utilizar la información emocional tanto propia como de otros (López, Pulido & Augusto, 2013). Petrides y Furnham llegan a desarrollar su teoría tras analizar las diferencias entre los modelos de habilidad (la capacidad demostrable de sus habilidades para trabajar con la información emocional) y los modelos mixtos (combinan dimensiones de personalidad, como el optimismo y la capacidad de automotivación con habilidades emocionales). Es por eso que, estos autores, proponen hacer una diferenciación entre inteligencia emocional habilidad e inteligencia emocional rasgo (Mesa, 2015).

Este modelo parte de la capacidad que tiene el sujeto para reconocer, procesar y utilizar la información emocional (Petrides, Frederickson, & Furnham, 2004). Aguado (2005) resalta la capacidad para contemplar introspectivamente nuestros procesos mentales y reflexionar sobre ellos, haciendo un proceso de metacognición de las emociones. Los autores que defienden este modelo abalan pruebas donde existe una comparativa entre la inteligencia emocional y la personalidad (Petrides & Furnham, 2001; Pérez-González, Petrides & Furnham, 2007). Siguiendo convencidos de la idea de ver la inteligencia emocional como rasgo, diseñan un instrumento de autoinforme, como el Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue), donde se evalúa la inteligencia emocional, la habilidad y el rasgo (Petrides & Furnham, 2001).

Algunos de los rasgos que mencionan los autores son la adaptabilidad, asertividad, expresión de emociones, gestión de emociones de otros, percepción de emociones de uno mismo, regulación de emociones, impulsividad, autoestima, automotivación, empatía, gestión del estrés, felicidad, optimismo, competencia social (Pérez- González, Petrides & Furnham, 2005). Aunque autores como Mayer, Salovey, Caruso & Cherkasskiy (2011) creen que este instrumento de medida se solapa con los instrumentos de personalidad.

A continuación, para terminar este apartado, en la Tabla 3.6 se muestra un resumen de cada modelo, acompañado de los instrumentos de evaluación más afín a su teoría.

Tabla 3.6

*Resumen de los Modelos de Inteligencia Emocional y sus instrumentos de evaluación (López, Pulido & Augusto, 2013)*

<b>MODELOS DE INTELIGENCIA EMOCIONAL</b>			
<b>Modelo de Mayer y Salovey</b>	<b>Modelo de Goleman</b>	<b>Modelo de Bar-On</b>	<b>Modelo de Petrides y Furnham</b>
Habilidad para percibir, valorar y expresar emociones, para acceder o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, habilidad para la comprensión y el conocimiento emocional y para regular emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual.	Capacidad para reconocer los sentimientos propios y de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad propia y en las relaciones interpersonales.	Conjunto de rasgos emocionales y rasgos de personalidad, asegurando la adaptación en el medio.	Conjunto de disposiciones de conducta y autopercepciones relacionadas con la capacidad de conocer, procesar y utilizar la información emocional.
<b>Modelo de Habilidad</b>	<b>Modelo Mixto</b>		<b>Modelo de Rasgo</b>
TMMS-24 MSCEIT SSRI	EQ-i ECI		Cuestionario de Rasgo de Inteligencia Emocional (TEIQue)

### 3.5. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y DESARROLLO LABORAL

En este punto queremos argumentar sobre cómo puede influir la Inteligencia Emocional en ámbito laboral de Atención Temprana. Para ello, una primera pregunta que nos hemos formulado es: “¿*las personas más brillantes son las que más éxito tienen en la vida laboral?*”. En la actualidad no solo se nos juzga por nuestro cociente intelectual y por nuestra experiencia en el sector, sino también por el modo en el que nos relacionamos, reaccionamos ante las adversidades, cómo afrontamos los conflictos internos y cómo es la interacción con las familias y con los demás compañeros (Goleman, 1998).

La inteligencia emocional sería un buen predictor del éxito, pero también del buen trato en las relaciones humanas. Los profesionales con habilidades de inteligencia emocional, gozarían de respeto de los demás (Romero, 2006), posibilitando una comunicación efectiva y afectiva, pero, sobre todo, la aceptación del otro. Dichas características, permiten tener a la persona un *pensamiento en perspectiva* (Segura & Arcas, 2006), básico para el despliegue de la *empatía*. Son muchas las investigaciones que apuestan por descubrir lo que verdaderamente es una calidad real de nuestro que hacer y nuestro sentimiento, ya que, tanto nuestra vida personal como laboral, están determinada por los sentimientos y emociones que se generan en nosotros. En esta línea, Galindo (2013) diferencia dos grupos de profesionales con aptitudes diferenciadas. Por un lado, los que no disfrutan con su trabajo y esperan que llegue el viernes sin más; y por otro lado, el grupo que vive al máximo su trabajo, como una manera de participar en algo importante, de mejorar la vida de los demás y ayudar hacer una sociedad mejor.

A modo de conclusión, podemos decir que la Inteligencia Emocional en nuestro trabajo repercute positivamente en el éxito que perseguimos. Sin descuidar nuestra temática y apoyándonos en la filosofía de este autor, interesa remarcar que la auténtica felicidad laboral es la que enlaza las cuatro aptitudes primordiales: la pasión, la profesionalidad, la vocación y la misión (Galindo, 2013). Estas características podrían estar relacionados tanto con el éxito profesional, como con la calidad del servicio y la satisfacción personal.

### 3.5.1. ÉXITO PROFESIONAL

Tal y como hemos mencionado, la importancia de las habilidades emocionales no implica apartar o negar el valor que tienen las habilidades cognitivas y la experiencia en un puesto laboral. Estas competencias profesionales y emocionales deben de tener una estrecha relación, ya que no es un proceso paralelo al pensamiento del ser humano (Caruso & Salovey, 2005). Para ello va a ser esencial que el profesional cuente con una adecuada inteligencia emocional. Entendiendo ésta como aquella inteligencia que va más allá de las competencias meramente cognitivas, con la capacidad de entender, utilizar y regular las emociones que aparecen en toda interacción humana y que son esenciales para la autogestión personal y el trabajo con otros y para el desarrollo de una adecuada competencia social (Côté, 2014; Côté & Hideg, 2011; Goleman 1996; Lopes, 2016).

En Atención temprana es importante destacar que el profesional que atiende a niños y a sus familias debe derrochar una motivación tanto intrínseca como extrínseca. Asimismo, debe poseer unas habilidades interpersonales para establecer una relación íntima con el cuidador principal, con la finalidad de conocer todo sobre el niño. Apoyados en el trabajo de Carcedo (2007), queda reflejado que para que una profesión sea exitosa, debe existir un ciclo entre propósito y vocación, con la imaginación de nuevas metas y potencial para desarrollarlas. De esta manera, el profesional se sentirá competente y el reconocimiento externo llegará.

En la actualidad, el éxito del profesional forma parte, tanto del liderazgo para organizar el equipo, como de las relaciones externas e internas de los participantes del propio equipo. Es esencial movernos en un ambiente donde podamos adaptarnos a nuevos escenarios y que estas situaciones de aprendizaje nos lleven a competir en nuevos retos y/o objetivos.

Las organizaciones tienen vida propia, mejoran y evolucionan en la medida en que lo hacen las personas que forman parte de ellas. Las empresas o instituciones deben trabajar para conseguir la evolución de las características de los profesionales, implicando que estos posean habilidades para comunicar, motivar, involucrar y escuchar a todas las

personas que pertenecen a ella y, en este caso, para los clientes con los que trabajan (Uribe, Molina, Contreras, Barbosa & Espinosa, 2013). La organización tiene que ser capaz de aprender y es misión de sus directivos orientar a las personas que trabajan en ella en el aprendizaje de las habilidades y de las competencias necesarias. En un entorno tan turbulento, flexible y disperso como el actual, el liderazgo y la persona son las claves de una organización (Guillén, 2010). Los artículos consultados señalan que lo esencial para ser un buen líder no está relacionado con aptitudes innatas, sino con competencias emocionales posiblemente adquiridas durante la vida. A lo largo del liderazgo es importante buscar la consecución de objetivos a través de la influencia interpersonal del líder con los participantes (Gómez, s.f).

Los líderes emocionalmente inteligentes creen en sí mismos, son gestores de sus emociones y reconocen las emociones de sus colaboradores, intentando ayudarles cuando estas son negativas, crean grupos fuertes, planifican y deciden con eficacia (Caruso & Salovey, 2005). De esta manera, se construyen relaciones sólidas, duraderas y basadas en la confianza. Inspiran y motivan, porque demuestran pasión, compromiso y una sincera y profunda preocupación por las personas. Además, utilizando estas habilidades, los líderes emocionalmente inteligentes obtienen resultados en el trabajo que se proponen (Guillén, 2010). Un liderazgo efectivo promueve prácticas observables y, por tanto, imitables. Éstas, expuestas por Kouzes y Posner (1997), hacen referencia a cinco prácticas que los líderes altamente efectivos expresan constantemente a sus colaboradores (citado en Zárata & Matviuk, 2012):

- *Desafiar los procesos*: el comportamiento para el cambio implica correr riesgos y aprender a generar innovaciones en los procesos llevados a cabo en la organización.
- *Inspirar una visión compartida*: hace referencia a la forma en que el líder comparte con su equipo su visión organizada del grupo.
- *Facultar a otros para actuar*: el líder delega y empodera a sus colaboradores para realizar tareas importantes, mostrándoles nuevas formas de conseguir objetivos.

- *Servir de modelo*: el líder como ejemplo de comportamiento, siendo la figura de referencia a sus compañeros. Este manifiesta sus valores y la coherencia entre lo que dice y lo que hace.
- *Brindar aliento*: en esta última práctica se destaca la importancia de reconocer los logros, tanto individuales como grupales, a los miembros del equipo que se lidera.

De esta manera, se puede reconocer que la Inteligencia Emocional empodera a los líderes con la habilidad de intuir las necesidades de sus seguidores y, además, les da herramientas para satisfacer estas necesidades (Zárate & Matviuk, 2012). Las habilidades intrapersonales e interpersonales de los líderes pueden ser claros predictores de éxito en todos los sentidos (Danvila & Sastre, 2010). Las personas con un índice alto en Inteligencia Emocional, poseen mayor éxito en la vida (Bar-On, 1997), mayor éxito profesional, mayor eficacia y excelencia en sus trabajos y afrontan mejor las estrategias (Bar-On, 2000). Llegamos, así, a la conclusión de que la inteligencia emocional es parte de la psicología positiva, siendo un impacto positivo de felicidad, bienestar, búsqueda del sentido a los objetivos que nos marcamos (Bar-On, 2010). Una forma de desarrollar el bienestar subjetivo, es cambiando nuestra forma de pensar hacia el optimismo. Desde lo personal a través del autoconocimiento, la autoestima, el control emocional y la motivación, hasta lo que no está en nosotros, el conocimiento del otro, la empatía y el liderazgo (Hue, 2015). Morgado (2007) piensa que en los profesionales emocionalmente inteligentes que hayan experimentado un fracaso se reaviva al descubrir por qué las cosas no han funcionado como se esperaba. Estos profesionales se plantean nuevas formas de actuar, intentan eliminar, de su forma de actuar, las actividades incompatibles o aquellas que dificulten la consecución del objetivo planteado, persiguiendo en todo momento el éxito.

### 3.5.2. CALIDAD DEL SERVICIO

La Inteligencia Emocional no solo predice el éxito profesional sino, también, la calidad del servicio que ofrecemos o que realizamos. El concepto de calidad hace referencia al “conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (RAE, 2016). Conocer la inteligencia emocional de los profesionales de Atención Temprana puede ayudar a planificar posibilidades de mejora en la calidad del servicio que ofrecen. En esta profesión no sólo es importante evaluar el producto final. Interesa evaluar también del conjunto del proceso: participantes, coordinación entre profesionales, trabajo con familias... A través de los Manuales de Buenas Prácticas de la Confederación de Asociaciones de favor de personas con discapacidad intelectual (FEAPS, 2001), conocida hoy como Plena Inclusión, podemos evaluar las ocho dimensiones esenciales de una persona o familia para disfrutar de un equilibrio emocional y positivo. Estas dimensiones se relacionan con el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el desarrollo personal, el bienestar material, el bienestar físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos.

Actualmente, la calidad de los servicios ha de comprender desde la repercusión que tienen los servicios, hasta la calidad de vida de las propias personas. Las prácticas organizativas y profesionales deben tener presente no sólo los derechos de las personas con discapacidad, sino también la voz de la propia persona, sus intereses y deseos. Han de considerar a la persona por encima de su patología y tienen que incorporar la voz de su familia y otros aliados naturales. Algunas claves que sostiene FEAPS (2001) son:

- El reconocimiento de que por encima de la discapacidad están las personas.
- La exigencia de que las intervenciones se planteen desde el derecho de las personas y no solo desde la decisión de los profesionales.
- La incorporación de las propias personas con discapacidad y sus familias a los procesos de evaluación y planificación de los apoyos en igualdad de condiciones que los profesionales.

Se considera que el modelo de calidad planteado desde Plena Inclusión (antes FEAPS) es el más adecuado para evaluar la calidad de los servicios que atienden a las personas con discapacidad. Esta consideración tiene que ver con la evaluación de la calidad de las personas en su contexto. No obstante, es posible que dicho modelo tenga algunas carencias en la gestión y en la organización como empresa. Por lo tanto, en lo que compete a la gestión se podrían contemplar algunas ideas sobre el modelo de calidad de ISO 9000, como la importancia que da la eficacia y la calidad del individuo en sus objetivos diarios en el trabajo.

Precisamente este último modelo (ISO 9000) sostiene que la satisfacción de los profesionales y la excelencia de su trabajo se consigue mediante un adecuado liderazgo de los directivos, aprovechando de manera adecuada los recursos que aparecen y que se ofrecen en la empresa, además de las alianzas que se constituyen entre todos los participantes. De esta manera, se establece una buena gestión de los procesos llegando a conseguir la visión de la organización con excelentes resultados (Maderuelo, 2002).

La American Society for Quality define la calidad como la capacidad de satisfacer las necesidades o expectativas del cliente y vendrá a configurarse, no en un momento concreto del tiempo, sino desde el momento del diseño hasta las diferentes circunstancias de uso. Por su parte, Barranco (2004) especifica más el término de calidad atendiendo al ámbito en el que se utilice, creando una diferencia dependiendo del significado al que se hace referencia, ya sea calidad de vida, del servicio o de lo laboral. Además, propone el concepto de “calidad integrada” haciendo referencia a las expectativas y necesidades de los clientes, al trato especializado e individualizado y al ambiente cálido y acogedor de adecuadas instalaciones.

En Atención Temprana es interesante la calidad en el servicio, pero mucho más hacer referencia a la aptitud en las relaciones entre los participantes, a la calidad laboral y de vida. En 1980, Levi y Anderson hablaban del término *calidad de vida* como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada persona y grupo. Posteriormente, Deming habla de *calidad del servicio* como contribución a la satisfacción de las necesidades de los clientes y el cumplimiento de normas establecidas

previamente (Barranco, 2004; Garau, 2002; Levi & Anderson, 1980; Moreno & Ximénez, 1996; Peiró & Gonzalez 1993). Por último, la *calidad laboral* se entiende como el pensamiento a enfocar el trabajo, teniendo como meta mejorar las condiciones laborales, incrementar la satisfacción laboral de los trabajadores, con la intención de que mejore la eficacia y eficiencia organizativa (Barranco, 2004).

Por lo tanto, cualquier organización sea del tipo que sea, debe preocuparse por aquello que satisface a sus profesionales y aquello que dificulta en la práctica diaria el trabajo. Estos principios, obviamente, también pueden y deben ser aplicados dentro del Centro de Desarrollo Infantil de Atención Temprana CDIAT (donde el trabajo en equipo es especialmente necesario y relevante), para conocer y poder proponer actuaciones de mejora.

Sin embargo, como reconoce Peterander (1999) la cuestión de la organización eficaz en Atención Temprana ha sido pasada por alto con demasiada frecuencia. Del mismo modo que ha sido olvidado el comportamiento de los profesionales, sus relaciones interpersonales con las familias y sus sensaciones intrapersonales. Así entendida, la calidad es cosa de todos. Su implantación asegura la continuidad, mejora los métodos de trabajo, aumenta la satisfacción laboral y, sobretodo, afianza las relaciones con todos los participantes (Caballero, 2002).

### **3.5.3. SATISFACCIÓN DEL SERVICIO**

Se puede decir que la calidad del servicio tiene cierta relación con la satisfacción laboral, existiendo una correlación entre ambas. El concepto de satisfacción es mucho más complejo de lo que puede inicialmente parecer. Tras revisar algunas investigaciones, llevadas a cabo en campos vinculados a la Atención Temprana, como el educativo y el sanitario, se puede afirmar que el concepto de satisfacción está afectado por la escala de necesidades de cada persona, la percepción que se tenga del clima organizativo o laboral de la empresa donde se trabaja y por el bienestar subjetivo percibido por cada persona (Orcajada, 2011). En esta línea argumental, la satisfacción se relaciona con la Inteligencia Emocional que demuestren tener los profesionales para afrontar las necesidades en el

trabajo. Por ello, para evaluar la satisfacción, sería necesario tener en cuenta tanto los aspectos laborales como los personales del profesional.

A nivel laboral, interesa valorar el ambiente positivo o negativo que hay entre compañeros. Es en el clima de trabajo donde se puede observar el trato entre profesionales, el apoyo emocional entre ellos y las posibilidades de intercambio de información. También sería necesario saber cómo se llevan a cabo las reuniones del equipo, tanto si son generales, por departamentos o de coordinación. Como es el funcionamiento de dichas reuniones y si son satisfactorias en cuanto a tiempo y las temáticas abordadas. Sin olvidarnos de la relevancia de recabar información sobre los aspectos organizativos, también conviene valorar los sentimientos y las tensiones experimentadas dentro de la organización. Y por último, debemos conocer qué factores organizativos son los que promueven u obstaculizan el trabajo en Atención temprana.

Desde la perspectiva personal, un aspecto que pueden modificar la satisfacción y conseguir sentirse más o menos satisfecho, es el reconocimiento, tanto a escala personal como social. Ello siempre proporciona un cierto grado de seguridad y satisfacción. En algunos trabajos encontramos que una de las características individuales más estudiadas es el autocontrol (cognitivo y emocional). Los resultados de estos estudios indican que esta variable influye en las actitudes en el trabajo y en el rendimiento y se relaciona con el éxito laboral (Berrios, Augusto & Aguilar, 2006).

El autocontrol emocional es un aspecto que atiende también a la Inteligencia Emocional y que aparece explicitado en algunas definiciones como la de Salovey & Mayer (1990), quienes lo definen como “la habilidad para controlar los sentimientos y emociones propias y de las de los demás, distinguir entre ellos y utilizar esta información para orientar la acción y el pensamiento propios” (p. 189).

En el escenario laboral se constata que un empleado, conocedor de su propia Inteligencia Emocional y motivado, puede aumentar su preocupación por satisfacer a los clientes finales del servicio. Asimismo, también aumenta su preocupación por integrarse en el equipo de trabajo y su concentración en la calidad como base del servicio. Por el contrario, la insatisfacción del profesional, provoca incomodidad en el puesto de trabajo,

rotaciones y el deterioro de la calidad en el servicio de la organización y, como consecuencia, una disminución en el desempeño de las empresas (Hikimura, 2005).

En este sentido, un profesional presentará una motivación interna alta cuando perciba la eficacia del trabajo, así como la responsabilidad sobre los resultados del mismo. Para que ello suceda, es necesario que le dé importancia a las tareas que realiza, tenga distintas destrezas, retroalimentación en el puesto y autonomía. Así, se contempla la existencia de tres variables moduladoras: las capacidades y conocimientos relevantes al puesto de responsabilidad laboral; la intensidad de la necesidad de autorrealización; y la satisfacción con los factores del contexto (supervisor, compañeros, paga y seguridad en el trabajo). Además de percibir la motivación interna, también predice la satisfacción de la necesidad de la autorrealización, la satisfacción general por su tarea realizada y la calidad del rendimiento (Boada, Vallejo & Agullo, 2004).

#### **3.5.4. EMPATÍA O DESGASTE EMOCIONAL**

Del mismo modo, al hablar de satisfacción, podemos reflexionar o pensar en las relaciones del profesional con el cliente, en nuestro caso, con la familia. Y nos surge la siguiente pregunta: *¿Estamos preparados para tener una relación cercana con las familias? ¿Nos forman para aprender a tener relaciones exitosas con nuestros clientes?* En el modelo de trabajo centrado en la familia, que se está iniciando en nuestro país en el campo de la Atención temprana, se deja de lado la figura del profesional experto, para dar cabida al profesional mediador, acompañante, consultor... persona altamente empática con sus clientes. *¿Estamos preparados para controlar ese nivel de empatía y que no exista un desgaste emocional?*

Los profesionales de Atención temprana son trabajadores altamente asistenciales y se les pide que se impliquen intensamente con personas o familias que poseen una situación problemática o nueva, sin saber cómo hacer (Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández & Pérez, 2009). Esta situación puede desembocar en un escenario de estrés, nervios, miedos o tensión, pudiendo llevarnos, de esta manera, a un efecto de desgaste emocional, tanto para las familias como para el profesional (Maslach & Jackson, 1986;

Veloso, Cuadra, Atezana, Avendaño & Fuentes, 2013).

La relación que el profesional tiene con su trabajo y las dificultades que le pueden aparecer a la hora de desempeñarlo, han sido asociadas con el “*síndrome de Burnout*”. Este término de *Burnout* fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberger, en el año de 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración, que se produce por la dedicación a una situación, un estilo de vida o una relación que no ha llegado alcanzar el éxito esperado (Freudenberger, 1974). Las características del síndrome se manifiestan a través de agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal (Hermosa, 2006; García-García, Herrero & León, 2007). Algunos estudios demuestran que las personas que sufren fatiga emocional suelen ser profesionales con despersonalización, demostrando insensibilidad emocional, cinismo, disimulación afectiva y actitudes negativas hacia las tareas (Torres, Acosta & Cruz, 2013).

Son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste como el que describimos. Una interacción negativa entre el equipo y los clientes, puede hacer que aparezca este síndrome o, como mínimo, una insatisfacción laboral. También puede aparecer cuando la organización no favorece las necesidades de los empleados y cuando, en los fines de la institución, aparecen aspectos tales como falta de energías en el equipo, descenso en el interés por los clientes y por seguir innovando en las tareas diarias. En estos casos surge una percepción frustrada de sí mismo, del trabajo y del cliente. También se alimenta una gran desmotivación y un alto nivel de pasotismo hacia las responsabilidades. Todo ello genera el continuo deseo de abandono laboral. En cuanto a las diferencias con la insatisfacción laboral, de la que hablaba Hikimura y recogíamos anteriormente, no son términos equivalentes, aunque entre ellos haya fuertes correlaciones. Cuando el trabajador está "quemado", podemos suponer que también se encuentre poco gratificado por su labor (Álvarez & Fernández, 1991).

Además del “*síndrome de Burnout*” también podemos encontrar el término de *fatiga o desgaste emocional* aludiendo al sufrimiento interno que, por compasión, percibimos hacia la persona que lo está pasando mal. Cuando el trabajo profesional es

principalmente estar expuesto a historias y experiencias difíciles, se pueden producir satisfacción o desgaste (Arnolda, 2012). Por ello, es necesario hablar de cómo es la intervención y como debería de ser. Para los profesionales que, día a día, tienen relaciones con las familias y lidian en problemáticas familiares, sería de gran utilidad emplear nuevas herramientas de trabajo, como, por ejemplo, el coaching y la consulta colaborativa, no sólo con la familia, sino también promoverla entre el profesional y el resto del equipo a modo de terapia grupal (Woods, Wilcox, Friedman & Murch, 2011).

Rush, Shelden, Hanft y Faota (2003) demuestran que el coaching es una estrategia que se puede utilizar en cualquier modelo de prestación de servicios, no sólo en Atención temprana, siendo, también, una herramienta de desarrollo profesional (Aikens & Akens, 2011). En este campo de trabajo, a los profesionales les puede ayudar a aplicar su experiencia para individualizar el apoyo a los familiares en su participación en la vida cotidiana, de forma que deberíamos de estar preparados a un nuevo cambio de intervención. Tal y como decíamos en el capítulo uno, nuestro trabajo como profesionales está cambiando. Ahora, la implicación de los cuidadores principales es mayor y nuestras relaciones deben de ser mejores. Arnolda (2012) cree en la empatía, como una actitud hacia el otro, no únicamente innata sino con la capacidad de adquirirla y educarla. Asimismo, resalta que esta habilidad es el punto de partida de las relaciones sociales positivas, pero, para ello, sería recomendable trabajar la línea fronteriza de lo que, a ti, como profesional, te compete y hasta donde puedes llegar.

Como contraparte del *síndrome burnout*, si queremos llevar un trabajo de calidad, es necesario contemplar la satisfacción, la empatía, la implicación emocional, la comunicación como las aptitudes que posee una persona motivada, con cierta inteligencia emocional y que además, goza de bienestar, de un sensación de estar en paz consigo mismo y con la sociedad, teniendo una posición laboral y económica buena. Requena (2000) afirmaba que el factor cultural era un predictor, tanto en la calidad de vida, como en el bienestar de la persona. Dicho bienestar está ligado al concepto del engagement, estado positivo, afectivo-emocional de plenitud, que es caracterizado por el vigor, la entrega y la concentración en el trabajo. Esta idea constituye un indicador de la motivación intrínseca por el trabajo y, a su vez, por la consecución de metas con altos

niveles de energía y sentimientos de entusiasmo, satisfacción y orgullo por la actividad que se realiza (Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi & Gorayeb, 2011; Enríquez, 2011).

### **3.6. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PERSONALIDAD**

Al hilo de formar personas emocionalmente inteligentes y empáticas, no podemos olvidarnos de opiniones o planteamientos sobre la influencia de la personalidad en ellas. Autores indiferentes a los principios argumentados sobre la inteligencia emocional han planteado que ésta solo se desarrolla a partir de la personalidad, promulgando la idea de que no es más que una combinación de estabilidad emocional y de inteligencia, aunque los resultados empíricos no apoyen esta argumentación (Danvila & Sastre, 2010). Bisquerra et al. (2015) abordaban esta misma idea, afirmando que una persona con niveles medios-altos de extraversión y bajos en neuroticismo, tiene una personalidad adaptativa y que podría calificarse de una persona emocionalmente inteligente. De esta manera, podemos decir que la Inteligencia Emocional estaría fuertemente relacionada con la personalidad.

Cuando hablamos de personalidad no sólo nos referimos a las características externas y visibles que las personas de nuestro entorno pueden ver, sino que también nos referimos a las características perdurables en el tiempo. Pudiendo interpretar que la personalidad son los aspectos únicos, internos y externos, relativamente perdurables en el carácter de una persona, que influyen en el comportamiento en distintas situaciones. La primera aproximación al estudio de la personalidad fue el psicoanálisis. Iniciado por Sigmund Freud (1856-1939), este autor consideraba que los factores que dan forma a nuestra personalidad son las fuerzas inconscientes, la biología del sexo, la agresión y los conflictos de la infancia. Según Freud, existían tres niveles de la personalidad: consciente, preconscious e inconsciente.

1. *Consciente*: Incluye todas las sensaciones y experiencias de las que somos conscientes en un momento cualquiera. Llegando a la conclusión que solo tenemos consciencia de una parte pequeña de nuestros pensamientos, sensaciones

y recuerdos. Estaría el YO, cuyas características pueden sintetizarse como el patrón racional de la personalidad.

2. *Inconsciente*: Sería la parte invisible, son la sede de los instintos, aquellos deseos que dirigen nuestra conducta. ELLO
3. *Preconsciente*: se almacena la memoria y las percepciones, yendo y viniendo a las experiencias y recuerdos del consciente. SUPERYO (lo bueno y lo malo) a partir del superYo se podría desarrollar la ansiedad.

Siguiendo a Freud aparecen autores como Carl Jung (1875-1961), Alfred Adler (1870-1937), Karen Horney (1885-1952), Erich Fromm (1900-1980), Henry Murray (1893-1988) con una aproximación a la neopsicoanalítica. Carl Jung, tenía una imagen de la naturaleza más optimista, menos determinista que la visión freudiana. Creía que parte de la personalidad era innata y que, otra parte, es aprendida, persiguiendo en todo momento a lo largo de la vida la individualización (Schultz & Ellen, 2002).

La teoría de Adler difiere de las anteriores en la unicidad del individuo y en las fuerzas sociales que están por encima de lo biológico, buscando en todo momento pasar de la inferioridad a la superioridad. Mostrando que, a lo largo de la vida, debemos resolver los conflictos. Adler habla de cuatro estilos básicos de vida: el tipo dominante, el tipo inclinado a recibir o de logro, el tipo evasivo y el tipo socialmente útil. El interés social es innato pero el grado en que se logre depende de las experiencias sociales.

Horney afirmaba que cada persona es única y no está predestinada al conflicto. Podemos dar forma y cambiar nuestra personalidad de manera consciente. En cuanto a los perfiles psicológicos o de personalidad que se pueden encontrar en un individuo, se hace hincapié en los rasgos que nos definen (Aiken, 2003).

Allport (1897-1967) menciona que la personalidad del hombre puede ser discreta o discontinua, dándole mayor importancia al presente y al futuro que al pasado. También, resalta que dichos rasgos pueden ser individuales, ya que son innatos de una persona y comunes porque están influenciados por la cultura en la que el hombre se desarrolla.

Cattell (1905-1998) definía la personalidad como la capacidad de anticipación a una situación dada. Este término lo asociada a la bipolaridad, desatacando que la personalidad se mide en rasgos de temperamentos que, a su vez, son relacionados con las emociones. Este autor habla de nueve rasgos (comunes, únicos, de capacidad, de temperamento, dinámicos, superficiales, de fuente, constitucionales y moldeados por el ambiente).

En la misma línea, Eysenk (1916-1997) también habla de rasgos asociados a la bipolaridad, ya que él piensa que la emocionalidad está relacionada, la mayoría de veces, con las emociones negativas como la angustia, el temor o la ira. Eysenk mide la personalidad con rasgos de: extraversión e introversión, neuroticismo y estabilidad emocional, y psicoticismo y control de impulsos.

En la psicología humanística, encontramos a Maslow (1908-1970), con una visión de que la personalidad está relacionada con la autorrealización de la persona. Destaca que un individuo, que posee una personalidad estable, debería poseer también dominio en algunas dimensiones de la inteligencia emocional. Este autor resalta características importantes, como la percepción que se tiene de la realidad, la aceptación de sí mismo, el interés social, las relaciones interpersonales profundas, la creatividad, etc.

Rogers (1902-1987) piensa que la personalidad se evalúa a través de auto-informes en términos subjetivos, dependiendo de las experiencias que tenga el ser humano con el entorno. Por ello, destaca que la personalidad es una organización dinámica de los aspectos cognitivos, afectivos, motivacionales, fisiológicos... que determinan la adaptación del sujeto al ambiente. Así, se establece la personalidad como cuerpo (lo que sientes como sensaciones físicas), mente (lo que piensas) y actos (lo que se hace).

Tal y como hemos estudiado, la personalidad y la emoción tienen una fuerte unión, ya que algunos autores como Fernando (2010), apoyado en el trabajo de Oldham y Morris (1995), afirman que existen diferencias en el procesamiento emocional, según los rasgos de personalidad que presentes. Estos autores avalan que los estilos de personalidad están marcados por la influencia que hemos tenido del entorno donde nos hemos desarrollado

(Larsen & Buss, 2002). Es así que, experimentar la emoción detalla las características personales y nos hace diferentes, permitiendo establecer rasgos de personalidad como la Extraversión o el Neuroticismo. Dichas tendencias emocionales o las más constantes pueden considerarse rasgos dentro de la personalidad (Parodi, 2015).

A modo de conclusión de este capítulo, podemos mantener la idea de que la inteligencia emocional es tan importante como la personalidad para realizar un buen trabajo en el ámbito social. Y que ambos conceptos, podrían estar relacionados en el desarrollo social del individuo. Si nos apoyamos en el modelo de Bar-On, hablamos de Inteligencia Emocional como rasgo, pero si nos acercamos al modelo de Petrides y Furnham es necesario hacer una clara distinción entre Inteligencia Emocional como habilidad e Inteligencia Emocional como rasgo.

Llegados a este punto y como veremos en el desarrollo de nuestra investigación, nos hemos decantado por un modelo de habilidad. El apoyo a dicho modelo es interpretado como la capacidad del individuo a interpretar sus emociones, conocer las emociones del otro y adaptarse al medio natural donde convive.

## CAPÍTULO 4

# PLANTEAMIENTO Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

*El conocimiento no es una vasija que se llena,  
sino un fuego que se enciende.*

PLUTARCO

### INTRODUCCIÓN

La necesidad de seguir haciendo investigación en Atención Temprana día tras día es vital, no para demostrar que es beneficioso sino para mejorar la intervención dirigida al niño, a la familia y al contexto. A partir de este estudio se quiere mejorar el conocimiento de variables que pueden influir positivamente en las interacciones que se producen, dentro de la intervención, entre el profesional y la familia. Por ello, nos hemos planteado conocer las puntuaciones en dimensiones de inteligencia emocional que tienen los profesionales de este campo. El objetivo de nuestro estudio se centra en conocer el tipo de prácticas que realizan los profesionales de Atención Temprana en nuestro país, en su interacción con los niños y sus familias, y si estas prácticas dependen o se ven influidas

por las características de Inteligencia Emocional del profesional. Estas interacciones, dirigidas al niño, pero también a su familia, forman parte de todo el proceso intervención con un protagonismo relevante. Ya que estas interacciones se producen en un contexto natural, en el que los fenómenos se están produciendo y sobre los que el investigador no puede ejercer control, nos planteamos una investigación que se enmarca como un estudio no experimental.

Nuestra investigación encuentra aval en evidencia científica a nivel internacional, como hemos citado en los capítulos teóricos anteriores. Hemos seguido un minucioso y exhaustivo proceso metodológico, que incluye: juicio de expertos para afianzar la validez de constructo del instrumento utilizado para recoger la información que necesitábamos; aplicación del cuestionario, específicamente elaborado para este estudio, con el fin de recabar información sobre el tipo de prácticas que desarrolla el profesional en su interacción con la familia del niño atendido, y de un test, ampliamente validado y utilizado por diferentes autores, para evaluar la habilidad emocional. No sólo nos interesa conocer como es la intervención que hace el profesional, sino como es su actitud emocional para emitir y recibir información.

En el presente capítulo, se especifican los objetivos propuestos para toda la investigación. A continuación, se presentan los instrumentos utilizados. Se detalla el proceso que se llevó a cabo para la elaboración del cuestionario sobre Práctica Profesional en Atención Temprana (IPPAT). Por un lado, se describe el test Trait Meta-MoodScale (TMMS-24), del grupo de investigación de Salovey y Mayer, traducido por Fernández-Berrocal y Extremera (2006), seleccionado y utilizado para evaluar las dimensiones de inteligencia emocional de los profesionales participantes en nuestro estudio. Además, se describe minuciosamente la muestra que ha participado y cuáles son sus características.

## **4.1 FINALIDAD Y OBJETIVOS**

La finalidad de este estudio se centra en conocer cómo trabajan los profesionales de Atención Temprana en los Centros de Desarrollo Infantil de Atención Temprana CDIAT, analizando hasta qué punto se llevan a cabo actuaciones dirigidas a fomentar la relación positiva de la familia con el profesional (prácticas relacionales), y las actuaciones encaminadas a promover la implicación activa de la familia en la intervención directa con el niño en los entornos naturales donde el menor se desarrolla (prácticas participativas). Por otro lado, como creemos en la importancia de la inteligencia emocional en este campo de trabajo, analizaremos como influye la Inteligencia Emocional de los profesionales en su diferentes prácticas de intervención con la familia.

### **4.1.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la influencia de las habilidades emocionales en el uso de prácticas relacionales y participativas en profesionales de Atención Temprana.

### **4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Elaborar un instrumento para que los profesionales puedan valorar su práctica profesional en Atención Temprana con la familia, atendiendo a sus dimensiones relacionales y participativas.
2. Conocer la valoración que los profesionales hacen de las prácticas relacionales y participativas que desarrollan en su intervención con la familia en Atención Temprana.
3. Evaluar diferentes habilidades de Inteligencia Emocional en los profesionales de Atención Temprana.
4. Analizar si existen diferencias en la valoración de la práctica profesional en función de las habilidades de Inteligencia Emocional medidas en los profesionales de Atención Temprana.
5. Identificar el perfil emocional de los profesionales de Atención Temprana en función del tipo de actuación.

## 4.2. MÉTODO

### 4.2.1. PARTICIPANTES

La población objeto de la investigación fue seleccionada, a través de un muestreo no probabilístico intencional. Se contactó telefónicamente con 250 CDIAT de toda España, a todos los cuales se enviaron, por correo electrónico, los dos instrumentos a cumplimentar. Devolvieron los instrumentos cumplimentados un total de 91 CDIAT (un 36.4% de los contactados), distribuidos en 13 Comunidades Autónomas.

Los CDIAT que participaron enviaron finalmente un total de 420 cuestionarios cumplimentados por otros tantos profesionales, 25 de ellos hombres y 387 mujeres (8 profesionales no indicaron género).

En los profesionales participantes se registró un amplio rango de edades (21 a 62 años), si bien el 77.7% presentó edades que oscilaban entre 21 y 41 años, siendo la media de la edad de 36 años. Para una mejor comprensión de su distribución, en la Tabla 4.1 recogemos la frecuencia y porcentaje de participantes en cuatro grupos de edad.

Tabla 4.1

*Frecuencia y porcentaje de los profesionales en diferentes franjas de edad*

<b>Edad del profesional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
21-31	128	30.48
32-41	173	41.29
42-51	73	17.38
52-62	26	6.19
No se indica	20	4.76

Los sujetos que respondieron a los instrumentos facilitados lo hicieron de forma voluntaria y anónima. Todos ellos eran profesionales de diferentes disciplinas. En la Tabla 4.2 se expone las frecuencias y porcentajes de las distintas especialidades de los profesionales que han participado en el estudio. Es de señalar que algunos profesionales indicaron doble especialidad.

Tabla 4.2

*Frecuencia y porcentaje de las disciplinas profesionales en los participantes*

<b>Disciplina profesional</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Fisioterapia	78	19
Logopedia	97	23
Trabajo Social	36	9
Psicología	104	25
Pedagogía	55	13
Maestro de Educación Especial	19	4
Maestro de Educación Infantil	9	2
Neuropediatra	2	1

Como se puede observar en la Tabla 4.2, los perfiles profesionales que más presencia tuvieron en nuestra muestra son los de psicología y logopedia. Por el contrario, los que presentaron menor participación son el de neuropediatría y el de maestro de Educación Infantil.

De todos estos profesionales, el 52.4% indicaron no tener realizado ningún máster, el 26.2% indicaron tener un máster en Atención Temprana y el 20.2% indicaron tener otros másteres, pero no vinculados a la Atención Temprana.

En cuanto a los años trabajados en Atención Temprana, el 65% de los profesionales participantes llevaba más de cinco años trabajando en este campo. Más en concreto, el 35.48% de los profesionales participantes llevaba hasta cinco años trabajando en este campo (149 profesionales), el 30% lo llevaba haciendo de seis a 10 años (126 profesionales), el 17.38% se llevaba dedicado a esta disciplina entre 11 y 15 años (73 profesionales), el 8.33% entre 16 y 20 años (35 profesionales), el 2.86% entre 21 y 25 años (12 profesionales) y el 3.33% (14 profesionales) más de 26 años. Un total de 11 profesionales (2.62%) no indicaron su antigüedad en Atención Temprana.

Respecto al lugar de origen de cada participante, los participantes receptivos a participar en nuestra investigación pertenecen a 13 Comunidades Autónomas de las 19 que existen. Hay que resaltar que nos pusimos en contacto con CDIAT de todas las Comunidades Autónomas y fueron los propios centros los que quienes decidieron o no

participar. Las frecuencias y porcentajes de profesionales participantes en cada comunidad autónoma quedan recogidos en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3

*Frecuencia y porcentajes de participantes por comunidades autónomas*

<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Murcia	45	10.71
Comunidad Valenciana	40	9.52
Castilla la Mancha	36	8.57
Andalucía	37	8.81
Extremadura	51	12.14
Madrid	30	7.14
Aragón	24	5.71
Cataluña	64	15.24
País Vasco	12	2.86
Galicia	24	5.71
Asturias	9	2.14
Navarra	1	0.24
La Rioja	42	10.0
No se indica	5	1.19

En relación a cómo los profesionales participantes realizan la intervención, recogimos información de los siguientes aspectos: lugar dónde realiza la intervención, participación de la familia en la intervención y número de profesionales que interviene en cada caso.

En la Tabla 4.4 se resume información (frecuencias y porcentajes) sobre el lugar donde el profesional lleva a cabo la intervención. Se puede observar que el 94.29% de los profesionales llevan a cabo la intervención en el CDIAT o predominantemente en el CDIAT, mientras que solo el 5% la llevan a cabo íntegramente o con predominio en el entorno natural del niño.

Tabla 4.4

*Frecuencia y porcentaje de participantes según lugar donde realizan la intervención*

<b>Lugar de la intervención</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
CDIAT	312	74.29
Entorno natural	5	1.19
Mixto: predominio en el entorno natural	16	3.81
Mixto: predominio en el CDIAT	84	20.0
No contesta	3	0.71

En la Tabla 4.5 se muestra la distribución de los participantes según el papel que desempeña la familia durante la intervención. Es de señalar que en la opción de “Está presente e interviene” se han incluido los resultados de las opciones de respuesta de “Está presente, propone y trabaja en la intervención” y “Está presente e interviene en la intervención”. Se observa que 50% de los participantes responden que la familia no está presente durante la intervención o simplemente es espectadora de esa intervención; mientras que el 48.57% de los participantes responden que la familia asiste e interviene como un más en el trabajo con el niño.

Tabla 4.5

*Frecuencia y porcentaje de participantes según el papel que desempeña la familia en la intervención*

<b>Papel de la familia durante intervención</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
No está presente	138	32.86
Esta presenta y observa	72	17.14
Está presente e interviene	204	48.57
No se indica	6	1.43

En la Tabla 4.6 se recogen la distribución de los profesionales según sus respuestas a la pregunta “Habitualmente, ¿cuántos profesionales dirigen la intervención? del IPPAT. Entendemos que la redacción de esta pregunta puede haber llevado a confusión a los

profesionales encuestados. El término “dirigen la intervención” puede tener diferentes interpretaciones. Desde la perspectiva de un modelo de intervención centrada en la familia, es obvio que siempre es un único profesional el que interacciona fundamentalmente con la familia, pero no sería adecuado aquí hablar de “dirigir”. Por su parte, desde un modelo de intervención ambulatoria, si se siguen los postulados de un modelo integral de intervención (artículo terapeuta tutor) o meramente los del Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000, 2005), es fácil que esté procedimentado el nombrar a un profesional como terapeuta tutor o responsable de caso. Este profesional desarrollaría un papel de “dirección” o coordinación del resto de profesionales que intervienen en el caso. Dadas estas diferentes posibles interpretaciones, los resultados de este ítem del IPPAT no serán interpretados.

Tabla 4.6

*Frecuencia y porcentaje de participantes según número de profesionales que habitualmente dirigen la intervención*

Número de profesionales	f	%
1 profesional	263	62.62
2 profesionales	91	21.67
3 profesionales	35	8.33
Más de 3 profesionales	24	5.71
No contestan	7	1.67

## 4.2.2. INSTRUMENTOS

### 4.2.2.1. INVENTARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

Para conocer el grado de prácticas relacionales y participativas desarrolladas con la familia por parte del profesional, se creó el Inventario sobre Práctica Profesional en Atención Temprana (IPPAT). El instrumento quedó constituido por 46 ítems, aleatoriamente distribuidos. De ellos, 16 ítems estaban referidos a prácticas relacionales, 26 a prácticas participativas y 4 al trabajo ambulatorio.

La escala de valoración de cada ítem, en referencia a la práctica habitual del profesional, es de 5 puntos, que corresponden a las etiquetas verbales de Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre.

Atendiendo a la literatura consultada (Dunst, 2002; Dunst & Trivette, 1996; Escorcía et al., 2016), los ítems dedicados a las prácticas relaciones del profesional se repartieron en 5 dimensiones teóricas y en 10 dimensiones los ítems relacionados con prácticas participativas. La redacción específica de los ítems queda recogida en la Tabla 4.7.

Tabla 4.7

*Ítems del IPPAT y su distribución en las dimensiones teóricas planteadas*

<b>PRÁCTICAS RELACIONALES</b>	
<b>DIMENSIONES</b>	<b>ÍTEMS</b>
<b>Interacción profesional-familia</b>	1. Me presento a la familia como un apoyo.
	6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.
	13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.
	14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.
<b>Trato con la familia</b>	21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.
	27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.
	28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.

	34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.
	35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.
	41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de las familias.
<b>Comunicación</b>	12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.
	33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.
	42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.
	46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.
<b>Respeto de creencias y valores familia</b>	26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.
<b>Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia</b>	20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.

---

**PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS**

---

<b>Colaboración con la familia</b>	2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno del niño para planificar la intervención.
	3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>	16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.
	18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.
<b>Promoción de la participación familiar</b>	17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones).
	43. Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>	4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.
	7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño .
	19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.
	31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.

	32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.
<b>Fomento de recursos y oportunidades de participación</b>	5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje. 8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas. 9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos.
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>	15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias. 22. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño. 24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes. 25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
<b>Apoyo de las decisiones de las familias</b>	32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas. 36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño. 37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>	39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares. 40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.
<b>Consideración de necesidades y prioridades de la familia</b>	10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención. 44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.
<b>Refuerzo del esfuerzo</b>	29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.

---

**Ítems del modelo ambulatorio**

---

11. Oriento la intervención de la familia en función de las necesidades que detecto en el niño.
30. Decido las horas de intervención que recibe el niño.
38. Doy pautas a la familia sobre el trabajo a realizar con el niño.
45. Organizo la intervención con el niño atendiendo a sus necesidades.
-

Para conocer el grado de fiabilidad del cuestionario, se ha calculado el coeficiente Alfa de Cronbach. La fiabilidad se obtuvo para el cuestionario en su conjunto (46 ítems) y para los conjuntos de ítems dedicados a prácticas relacionales y participativas. En la Tabla 4.8, se recogen los valores Alfa de Cronbach.

Tabla 4.8

*Coeficientes de fiabilidad, según alfa de Cronbach*

	K	$\alpha$
Prácticas relacionales	16	.721
Prácticas participativas	26	.897
TOTAL INVENTARIO	46	.911

#### 4.2.2.2. TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS)

Para evaluar la Inteligencia Emocional de los profesionales se utilizó la escala TMMS-24 basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer, adaptada por el grupo de investigación de Fernández- Berrocal (Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos, 2004). Este instrumento es utilizado frecuentemente en investigaciones de ámbito educativo y sanitario (Espinoza, Sanhueza, Ramírez & Sáez, 2015; Extremera, Fernández-Berrocal & Durán, 2003). La escala original es un instrumento que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, a través de este podemos conocer las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. El TMMS-24 reduce sus ítems a la mitad, pero conserva las tres habilidades claves de la Inteligencia Emocional con 8 ítems cada una de ellas: *Atención emocional* (capacidad de sentir y expresar sentimientos), *Claridad emocional* (capacidad para reconocer nuestros estados emocionales) y *Reparación emocional* (capacidad para regular correctamente nuestros estados emocionales, capacidad de afrontarlos y canalizarlos correctamente).

El instrumento se cumplimenta en función del grado de acuerdo para cada ítem, a modo de escala Likert con puntuaciones desde 1= Nada de acuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= Bastante de acuerdo, 4= Muy de acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo. La escala ofrece los siguientes valores para su corrección e interpretación: Poca Atención (<24 en mujeres; < 21 en hombres), adecuada atención (25-35 en mujeres; 22-32 en hombres) y demasiada atención (>36 en mujeres; >33 en hombres). Para las habilidades emocionales *Claridad* y *Reparación* hay menos diferencias entre géneros y se pueden considerar los siguientes valores: debe mejorar (<23), adecuada (24-35) y excelente (>36).

Esta escala tiene una rápida y fácil administración. Además, cuenta con una excelente fiabilidad en estudios previos (Espinoza et al.,2015; Extremera & Fernández Berrocal, 2004; Fernández-Berrocal & Extremera, 2005; López-Aristregui, 2013; Ponce, 2016; Revuelta, 2006; Saucedo, Salazar & Díaz, 2010). Con la muestra de este estudio, la fiabilidad alcanzada por el instrumento en su conjunto fue de un alfa de Cronbach de .89. La fiabilidad alcanzada por las tres subescalas fue de .86 para Atención Emocional, .89 para Claridad Emocional y .87 para Reparación Emocional.

### **4.2.3. PROCEDIMIENTO**

#### **4.2.3.1. BÚSQUEDA DE BIBLIOGRAFÍA**

Una tarea principal de esta investigación fue centrar el tópico sobre el cual queríamos trabajar y realizar la correspondiente búsqueda bibliográfica. Una vez delimitado el tema, que era relacionar las prácticas participativas y relacionales con la percepción emocional de los profesionales de Atención Temprana, comenzamos a estudiar y profundizar acudiendo a las fuentes documentales a nuestro alcance. Los primeros medios utilizados fueron: la biblioteca de la Universidad de Murcia y las diferentes bases de datos con las que se pueden tener acceso a información científica tanto nacionales como internacionales. Las bases que consultamos fue Google Scholar, Dialnet, Psychinfo, ProQuest, Mendline, Teseo con los descriptores: “modelo centrado en la familia”, “prácticas relacionales”, “prácticas participativas”, “inteligencia emocional”. También, se ha obtenido información de la asistencia a congresos y jornadas con la

temática investigada, dónde sus ponentes eran investigadores importantes dentro de este ámbito.

La bibliografía consultada para la elaboración de este proyecto, en lo relacionado a los tópicos de Inteligencia Emocional, ha sido mayoritariamente en castellano, ya que existe mucha información sobre esta temática. Sin embargo, para encontrar información sobre el modelo centrado en la familia en Atención Temprana hemos tenido que acudir, fundamentalmente, a fuentes de literatura norteamericana, ya que estos son pioneros en esta forma de intervención.

En la búsqueda de tesis doctorales relacionadas con nuestra temática se ha encontrado escasa información o información desfasada. Hemos encontrado tesis españolas sobre intervención en entorno naturales (Grau, 2015), la participación familiar, sobre los estilos y estrategias de interacción (Escorcía, 2014), la formación de tutores de Atención Temprana (Orcajada, 2017), o sobre, la orientación y la coordinación con los distintos agentes implicados (Vicente, 2015).

Por último, no hemos encontrado ninguna Tesis doctoral, ni trabajo de investigación, que relacione las prácticas participativas y relacionales del modelo centrado en la familia con la percepción emocional. La investigación más relevante y en la que nos hemos apoyado ha sido la de Dunst (2004) para crear las dimensiones de cada una de las prácticas, la de la doctora Escorcía (2014) a la hora de crear nuestro instrumento y la de Grau (2015) que investiga cómo es la intervención en el entorno natural del niño.

#### **4.2.3.2. CONSTRUCCIÓN DEL INVENTARIO**

Para la creación del Inventario de Prácticas Profesionales en Atención Temprana (IPPAT), se llevó a cabo un proceso sistemático de identificación de ítems y dimensiones de interés para conocer las prácticas realizadas por el profesional con la familia

El *primer paso* para construir el IPPAT, fue leer cuanta literatura teníamos disponible, publicada a nivel nacional e internacional, y saber cómo hablaban los expertos de este campo. Especialmente tuvimos en cuenta trabajos clásicos, definatorios de los

componentes relacionales y participativos en las prácticas de Atención Temprana (Dunst, 2002; Dunst & Trivette, 1996). Una vez íbamos leyendo, fuimos construyendo un tabla donde colocábamos todas las ideas que iban repitiéndose por los profesionales sobre a lo que la intervención se refería, ya fuese referido a la relaciones del profesional con la familia como del trabajo en sí. El paso siguiente fue categorizar toda esta información en las distintas dimensiones de prácticas relacionales y participativas, y más tarde estas las ordenamos según la clasificación de Dunst (2004).

El *segundo paso*, consistió en consultar y estudiar la FINESSE II (McWilliam, García-Grau, Martínez-Rico, Grau, Cañadas & Calero, 2013) y el *Cuestionario de estilos de interacción entre padres y profesionales en atención temprana* (Escorcía, 2014; Escorcía et al., 2016). El primer instrumento nos aportó preguntas para reflexionar sobre la práctica que debía de tener el profesional, y el segundo instrumento se utilizó con la finalidad de conocer cómo era la interacción de los profesionales con las familias. Una vez analizado dicho cuestionario, nuestro trabajo fue crear tantas preguntas o ítems como nos pareció oportuno de cada una de las dimensiones sobre prácticas participativas y relaciones. Tras recopilar unos 140 ítems entendimos que era el momento de pulirlos y detectar los que repetían una misma idea, los que estaban mal formulados o los que simplemente no nos iban a dar información relevante. Este proceso se hizo con la ayuda de dos investigadoras de la Universidad de Murcia, una de las cuales tenía vinculación con la temática y la otra no. Pasado este proceso de poda inicial, se hizo una primera versión del instrumento que más tarde se enviaría a un juicio de expertos para su valoración.

El *tercer paso*, fue someter el instrumento a un juicio de expertos o a opinión grupal de personas entendidas en el tema (Escobar & Cuervo, 2008). Se trataba de llevar a cabo un proceso de validación de contenido, con el fin de depurar aquellas preguntas que no mostraban claridad o no eran representativas al objetivo propuesto. Confiamos en este procedimiento como una manera acertada, eficiente y rigurosa para que el instrumento midiese los propósitos para los que fue creado (Escobar & Cuervo, 2008), recurriendo a los expertos para conocer la probabilidad de error en la configuración del instrumento (Corral, 2009). Este procedimiento, buscaba, por un lado, determinar hasta

donde los ítems del instrumento eran representativos y, por otro lado, contrastar la validez de los ítems. Con la finalidad de responder a la pregunta de cuánto representativo es el comportamiento elegido como muestra del universo que intenta representar (Corral, 2009).

Antes de comenzar, se preparó una definición clara de las tareas que llevarían a cabo los expertos y cuáles eran las actividades que deberían completar. Una vez clara la tarea, se seleccionaron a los expertos. Estos debían tener un conocimiento profundo de la tarea o actividad que era objeto de análisis y valoración. El número necesario de expertos no es fijo, depende del autor que consultemos. De Arquer (1999) menciona que en algunas ocasiones pueden utilizarse más de ocho expertos, según la precisión que se desee. Corral (2009) habla que se deben seleccionar al menos tres expertos para juzgar de manera independiente. Sanz- Arazuri, Alonso-Ruiz, Valdemoros-San-Emeterio y Ponce-de-León (2013), en su estudio escogieron a 4 expertos en la materia. Tras revisar la bibliografía en este campo, la mayoría de los investigadores exponen que un juicio podría estar formado entre 5 y 10 expertos. Tras la selección de los candidatos a formar parte de este juicio, hicimos una planificación del modo en que se recogerían las aportaciones de los expertos, así como preparamos el cuestionario y las instrucciones sobre cómo hacerlo. Esta decisión la tomamos apoyados en Carretero y Pérez (2005) que exponían que los jueces deben contar con la plantilla operativa del constructo y con la batería de ítems creada, siendo su trabajo determinar si las cuestiones formuladas son pertinentes y cubren el objetivo para el que han sido creados. Posteriormente, el autor procederá a analizar los datos obtenidos y determinará los ítems que han de ser eliminados o reformulados, para dejar de esta forma constituido el cuestionario final.

#### **4.2.3.3. VALIDAR INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL JUICIO DE EXPERTO**

Para conocer la valoración de los expertos, se preparó un instrumento específico para su revisión y validación (anexo1). En el que se explicaba la tarea a realizar, se definían con precisión las cuatro dimensiones a tener en cuenta. La primera dimensión evaluaba la presentación del instrumento con tres opciones de respuesta (en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo). La segunda dimensión se valoraba la identificación

de la muestra con cuatro opciones de respuestas (nada relevante, poco relevante, bastante relevante y muy relevante). La tercera indagaba sobre el contenido del instrumento (deficiente, aceptable, bueno y excelente), y en la cuarta dimensión se pedía juzgar cada ítem con una escala de respuesta específica, con opciones de uno a cuatro, asociada cada alternativa a una etiqueta verbal referida a un criterio de intensidad (1-Nada; 2-Poco; 3-Bastante; 5-Mucho). Se solicitó que la evaluación se efectuara para cada ítem, en función de su grado de claridad (redacción comprensible y sin ambigüedades) y su grado de representatividad al objetivo para el que estaba diseñado.

Para llevar a cabo el juicio de expertos, al que fueron sometidos los ítems iniciales del cuestionario creado, se contó con la colaboración de 8 profesionales. En lo que respecta a los perfiles profesionales de los participantes del juicio de expertos, se tomó como referencia la formación académica y la producción científica de trabajos en este campo. Los participantes que se incluyeron fueron 3 profesores doctores en el ámbito de la Psicopedagogía y que actualmente, pertenecen al departamento de Métodos de la Investigación y Diagnóstico en Educación y 5 profesionales que trabajan en el campo de la Atención Temprana. Estos últimos, presentaban una media de algo más de 20 años de experiencia laboral, eran conocedores de la disciplina a nivel teórico y práctico y, dentro de ella, habían participado previamente en tareas de investigación.

Con los datos obtenidos se reformuló el cuestionario. En primer lugar, se cambió el nombre del instrumento, pasando de ser cuestionario a inventario de práctica profesional, ya que se entendió que la denominación de “inventario” era más apropiada. En segundo lugar, se reorganizó la estructura de los datos sociodemográficos que se solicitan en el inventario al profesional que lo cumplimenta. En tercer lugar, tras analizar la opinión de los expertos, se anularon, reformularon y añadieron los ítems necesarios para que el instrumento quedase mejor planteado (los datos precisos de esta tarea se recogen en el apartado de Resultados de este trabajo, como respuesta a nuestro primer objetivo de la Tesis Doctoral).

#### 4.2.3.4. DISTRIBUCIÓN DE INSTRUMENTOS A LOS PARTICIPANTES

Durante el curso 2015/2016 se hizo un registro de todos los CDIATs que se podían localizar e identificar en las diferentes Comunidades Autónomas del estado español. La Atención Temprana es diferente en cada comunidad, y por lo tanto, en cada comunidad hemos accedido de una forma distinta.

A continuación, cogiendo como referencia inicial el documento *La realidad de Atención Temprana en España* (GAT, 2011), se detalla alguna información sobre la realidad de cada comunidad:

##### ➤ Andalucía

La comunidad Andaluza se ampara a la actual Orden de 3 de octubre de 2016, por la que se regulan las condiciones, requisitos y funcionamiento de las Unidades de Atención Temprana. Las Unidades de Atención Infantil constituyen el primer nivel de atención específica en el Servicio Andaluz de Salud para la población infantil con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada y constituye el dispositivo asistencial de coordinación del resto de las actividades asistenciales que se presten en el proceso de atención temprana dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La Unidad de Atención Infantil Temprana, tras valoración y decisión de idoneidad de la necesidad de intervención, remitirá el caso con carácter inmediato al Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT) de referencia. En el momento de cerrar este trabajo, Andalucía cuenta con 43 centros bases repartidos en las 6 provincias.

##### ➤ Aragón

En Aragón, son Centros Base dependientes del Instituto Aragonés de Servicios Sociales y prestan los tratamientos directos para aquellos niños que los necesiten. Hoy en día siguen prestando el servicio de Atención Temprana y coordinando el programa de intervención. Los equipos de valoración de los Centros Base son la única puerta de entrada para ser incluido en el Programa de Atención Temprana en Aragón. Esta

comunidad está sujeta a la Orden de 20 de enero de 2003, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula el Programa de Atención Temprana en la Comunidad Autónoma de Aragón.

➤ Asturias

En Asturias, la gestión de la Atención Temprana depende de la Dirección General de Mayores y Discapacidad. No existe legislación específica al respecto, aunque si existe un documento de la realidad de esta comunidad (2004) y regulaciones respecto a las condiciones que han de cumplir los locales destinados a la Atención Temprana, así como la tipología de profesionales. En estos momentos, en el Principado de Asturias están constituidas diez Unidades de Atención Infantil Temprana, dependientes de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda: siete generalistas y tres específicas. De estas últimas, dos atienden los trastornos en el desarrollo motor (pertenecen a la confederación ASPACE) y una atiende el trastorno en el desarrollo auditivo (Fundación Vinjoy). Además, se cuenta con un equipo que, desde la ONCE, atiende a la población de toda la Comunidad afectada por trastornos en el desarrollo visual.

➤ Baleares

En el año 2007 se creó una comisión técnica formada por profesionales representantes de los ámbitos de Salud, Educación y Asuntos Sociales y elaboraron un Plan Integral en Atención Temprana, para coordinar, interinstitucionalmente, la Atención Temprana. Con la idea de mejorar la atención multidisciplinar y la calidad de vida de los niños con alteraciones en su desarrollo o con riesgo de padecerlas y de sus familias, la Consellería de Salut i Consum ha creado el Centro Coordinador d'Atenció Primerenca i Desenvolupament Infantil –CAPDI, desde Atención Primaria, que facilita la prevención, detección, derivación, intervención y seguimiento de estos niños.

➤ Canarias

Canarias es la única comunidad autónoma que carece de una red de Atención Temprana a menores de seis años. En la actualidad se viene impartiendo servicio en el aula de psicomotricidad de la Universidad de La Laguna, donde su coste es elevado para

algunas familias. En cuanto a la oferta de Atención Temprana en la isla de Tenerife no se han identificado Unidades o Servicios de titularidad pública. Aunque sí existen algunos servicios privados que dan una cobertura parcial dentro de su oferta. Se han identificado un total de 12 centros, pero sólo 7 cumplían la premisa previa de ser una Unidad que presta atención especializada a la población infantil de 0 a 6 años.

➤ Cantabria

En cuanto a la legislación específica que regula la Atención Temprana en Cantabria, dependiente del Servicio Cántabro de Salud, la más reciente entró en vigor en el año 2007 y ha sido actualizada en 2013: la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales. El servicio es totalmente gratuito y público, estando ubicados en los centros de salud.

➤ Castilla la Mancha

En Castilla la Mancha el servicio de Atención Temprana pertenece al ámbito de Servicios Sociales, los equipos propios de Atención Temprana son servicios dependientes de los servicios periféricos de la Consejería de Bienestar Social. Los CDIAT pueden tener tanto titularidad pública como privada. Actualmente, en esta comunidad hemos encontrado 33 centros recogidos en la red concertada de centros actualizada en abril de 2009.

➤ Castilla y León

En Castilla y León, el servicio de Atención Temprana depende de Asuntos sociales, existiendo un centro base por cada provincia que compone la comunidad. Desde cada centro base se deriva al niño al centro más cercano a su domicilio. Esta comunidad no participará en la investigación ya que la persona responsable de Atención Temprana en esta comunidad no lo consideró oportuno.

➤ Cataluña

En Cataluña, son los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), integrados en el Sistema Català de Serveis Socials del Departament d'Acció Social i

Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya, los que ofrecen los servicios de atención precoz. Estos se sujetan al Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz. En el momento de cierre de este trabajo, se pudieron contabilizar 54 centros de atención precoz distribuidos por Cataluña.

➤ Comunidad Valenciana

Esta comunidad se acoge a la Orden del 21 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones y requisitos de funcionamiento de los centros de Estimulación Precoz, y a Ley 12/2008, de 3 de julio, de la Generalitat, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana, modifica el artículo 31 de la Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat, extendiendo la Atención Temprana a los “niños y niñas entre 0 y 6 años con discapacidad o riesgo de padecerla, siendo prioritaria la atención entre 0 y 4 años”.

Los CDIATs de la Comunidad Valenciana son de libre acceso. Según la información localizada habrían 17 en Valencia, 14 en Alicante y 3 en Castellón, actualizados en 2011 por la página web de la consellería de Bienestar Social. Estos no pertenecen a un centro base que centralice la valoración y derivación de casos, siendo cada uno autónomo en su funcionamiento.

➤ Extremadura

La comunidad de Extremadura cuenta con 40 centros distribuidos en Cáceres norte y sur, Badajoz oeste, centro y este. Estos se rigen por la Ley 39/ 2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Los CDIATs de esta comunidad trabajan de forma independientes los unos de los otros, sin pertenecer a ningún centro base.

➤ Galicia

En cuanto a legislación específica que regula la Atención Temprana en Galicia, existe el Decreto 69/1998, de 26 de febrero, por el que se regula la Atención Temprana a

Discapacitados en la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG 10-03- 1998), adscribiéndola al Servicio Gallego de Salud (SERGAS) y que entró en vigor en el año 1998. En el 2013, aparece el Decreto 183/2013, de 5 de diciembre, por el que se crea la Red gallega de Atención Temprana. Significó un punto de inflexión en la consideración de la Atención Temprana, por hacer realidad un espacio compartido de coordinación y corresponsabilidad entre el sistema de salud, el sistema educativo y los servicios sociales. Estos aspectos comportan una acción integral destinada a satisfacer los derechos y las necesidades de los niños y niñas de 0 a 6 años con trastornos en el desarrollo o en riesgo de padecerlos y de sus familias, así como su prevención.

➤ La Rioja

En cuanto a legislación en materia de Atención Temprana, en esta Comunidad existe legislación específica desde el año 2007, dependiente a la Consejería de Servicios Sociales. Los riojanos se apoyan en el Decreto 126/07, de 26 de octubre, por el que se regula la intervención integral de la Atención Temprana en La Rioja. Y además, en 2010 se publicó una Orden que regula los servicios de Atención Temprana.

➤ Madrid

En la comunidad de Madrid dependen de la consejería de Servicios Sociales y se rigen por el Decreto 46/2015, de 7 de mayo, por el que se regula la coordinación en la prestación de la Atención Temprana en la Comunidad de Madrid y se establece el procedimiento para determinar la necesidad de Atención Temprana. En el momento de cerrar este trabajo, en Madrid se pudieron localizar 30 CDIATs independientes.

➤ Melilla

En Melilla no existe legislación específica que regule la Atención Temprana, ni tampoco ningún proyecto que la contemple. Se funciona como Centro Base del IMSERSO.

➤ Navarra

En Navarra, existe un documento específico sobre el servicio de Atención Temprana, este fue publicado en 2004. Además, en 2009 se elabora la Orden Foral de Atención Temprana que depende del Departamento de Asuntos Sociales, Juventud, Familia y Deporte. En él, se expone que la edad contemplada en Navarra para recibir Atención Temprana es de 0 a 3 años y los recursos tienen autonomía propia para la recepción de casos. Los recursos de Atención Temprana en Navarra no están sectorizados, ni es necesario el dictamen de minusvalía para acceder a ellos. En la Comunidad Foral de Navarra, los recursos implicados en la Atención Temprana son dependientes de Servicios Sociales.

➤ País Vasco

El Gobierno Vasco pretende establecer las normas básicas para la organización y coordinación del conjunto de intervenciones que en el campo de la Atención Temprana se desarrollan desde los ámbitos de la Salud, la Educación y los Servicios Sociales en la Comunidad Autónoma del País Vasco, con el fin de garantizar un modelo integral y eficaz en el que se coordinen adecuadamente las actuaciones de los sistemas de salud, educativos y servicios sociales directamente implicados. Para ello, se apoyan en el Decreto 13/2016, de 2 de febrero, de intervención integral en Atención Temprana en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

➤ Región de Murcia

En la Región de Murcia existe una red pública de 32 CDIATs que dependen de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades para su financiación. Estos centros están regidos por asociaciones de padres o ayuntamientos, a los que se unen varios equipos de orientación educativa y psicopedagógica de la Consejería de Educación, especializados en Atención Temprana. Al igual que en la Comunidad Valenciana los CDIATs son independientes, ya que no existe de ningún centro base que obligatoriamente deba hacer la valoración inicial y derivación del caso.

En el curso 2016/2017, desde junio hasta enero, aproximadamente, se llamó uno por uno a cada centro de los que teníamos datos disponibles. Tras tener una conversación telefónica con el coordinador o director del servicio, se les enviaba un correo electrónico con la siguiente documentación:

- Carta de presentación (Anexo 2)
- Inventario sobre la práctica profesional en Atención Temprana (Anexo 3)
- TMMS-24 (Anexo 4)
- Hoja de respuestas (Anexo 5)

El correo era enviado a la persona de referencia y esta se lo hacía llegar a los profesionales que en ese centro trabajaban. En este correo, se les volvía a explicar toda la documentación, se les dejaba un número telefónico de contacto, por si tenían alguna duda, y se les señalaba un plazo de dos semanas para el reenvío de la documentación cumplimentada. La mayoría de los centros la reenviaban al mismo correo electrónico; otros centros prefirieron imprimir, cumplimentar y enviar por correo ordinario, pero fueron los menos.

El proceso ha sido costoso en tiempo y esfuerzo, ya que, en la mayoría de centros, si bien hemos tenido una cálida acogida a la idea de participar en la investigación, luego nunca nos enviaron las hojas de respuestas. En estas situaciones, se les mandó un correo recordatorio y se les volvió a llamar telefónicamente. En la Tabla 4.9 mostramos el nivel de participación obtenido en las diferentes comunidades autónomas.

Tabla 4.9

*Número de profesionales y centros participantes por comunidad autónoma*

<b>COMUNIDAD</b>	<b>Nº profesionales recibidos</b>	<b>Nº de centros participantes</b>
Andalucía	37	8
Aragón	24	5
Asturias	9	9
Islas Baleares	...	
Canarias	...	
Cantabria	...	
Castilla la Mancha	36	10
Castilla y León	...	
Cataluña	64	12
Ceuta	...	
C. Valenciana	40	6
Extremadura	51	13
Galicia	24	8
La Rioja	42	6
Madrid	30	2
Melilla	...	
Murcia	45	13
Navarra	1	1
País Vasco	12	5

A medida que los cuestionarios llegaban, por correo electrónico o postal, las hojas de respuestas eran imprimidas y organizadas con una enumeración correlativa. Conforme se iba disponiendo de hojas de respuestas, se introducían los datos en el paquete estadístico SPSS 19.0. Tras obtener los resultados y su posterior análisis, se continuó trabajando para redactar los resultados y elaborar las conclusiones. El vertido de datos procedente de los cuestionarios, fue un proceso lento y esmerado, debido a la elevada muestra y para evitar errores de introducción de datos.

Una vez introducidos todos los datos, se realizó un informe global con los resultados por comunidades, el cual se envió a todos los centros participantes, para que estos pudiesen conocer cuáles eran los resultados obtenidos en su comunidad y en otras que les fuese de interés.

Como punto fuerte observado en el procedimiento seguido, hemos de destacar la buena acogida, por parte de la mayoría de los centros, donde hemos obtenido una respuesta rápida, eficaz y con gran volumen de profesionales; mostrando siempre interés y amabilidad para participar, lo mejor posible, en las tareas que les pedíamos.

Por su parte, como punto débil del procedimiento, hemos de señalar la lenta confirmación y aceptación de algunos de los centros para poder participar la investigación, así como la lenta recepción de las hojas de respuestas cumplimentadas. El motivo principal de la negativa de algunos equipos directivos a participar fue su falta de tiempo. Otra dificultad observada en la recogida de datos fue la falta de uniformidad en la estructura y organización de los servicios entre comunidades autónomas. En cada comunidad la organización de la estructura de servicios de Atención Temprana era diferente, el servicio podía depender de diferentes Consejerías, con diferentes nombres y con formas diferentes de organización, lo que dificultaba, a veces, conseguir el contacto con la persona responsable del centro.

#### **4.2.4. DISEÑO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los resultados de nuestro estudio han sido analizados con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 19.0. Para analizar la consistencia interna de las dimensiones del inventario se llevó a cabo un análisis de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los datos se analizaron tanto de forma descriptiva, a través del análisis de medias y desviaciones típicas, como inferencial. Para el análisis de diferencias entre medias se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes, calculándose el estadístico  $d$  de Cohen para determinar el tamaño del efecto. En otros casos se llevaron a cabo análisis de la varianza de un factor (ANOVA).

En el estudio hemos utilizado dos grupos de variables dependientes (dimensiones en la práctica de intervención realizada y puntuación en las diferentes habilidades de inteligencia emocional analizadas), y como variables independientes hemos usado, el lugar de trabajo del profesional y el tipo de participación de la familia en la intervención.

En la Tabla 4.10 se presenta la relación entre variables dependientes e independientes y el análisis utilizado.

Tabla 4.10

*Variables dependientes e independientes utilizadas, niveles, relaciones planteadas entre ellas y análisis aplicados*

<b>Variables dependientes</b>	<b>Variables Independientes</b>	<b>Análisis</b>
Dimensiones en la práctica de intervención realizada: prácticas relacionales y prácticas participativas	Lugar de trabajo Participación familiar	ANOVA. Análisis de varianza 1 FACTOR
Habilidad emocional: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional	Lugar de trabajo Participación familiar	ANOVA. Análisis de varianza 1 FACTOR
Dimensiones en la práctica de intervención realizada: prácticas relacionales y prácticas participativas	Habilidad emocional	T-STUDENT para muestras independientes



# CAPÍTULO 5

## RESULTADOS

*Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo.*

ALBERT EINSTEIN

### INTRODUCCIÓN

Este capítulo contiene los resultados agrupados por objetivos. Se han utilizado pruebas tanto de estadística descriptiva como inferencial. Para el objetivo 1 se analizaron frecuencias y estadísticos descriptivos. En el objetivo 2, 3 y 4 se utilizaron estadísticos descriptivos, pruebas específicas como la prueba t de Student para el contraste de dos medias independientes o el análisis de varianza para el contraste de más de dos medias independientes.

## OBJETIVO 1

### 5.1. ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

#### 5.1.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

A continuación, en la Tabla 5.1, se muestran los porcentajes y frecuencias de respuestas de los jueces a lo hora de valorar la información del IPPAT referida al apartado de presentación del instrumento. En cuanto a la escala de respuesta, se propusieron tres niveles que van desde “Nada de acuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo”. Debido a que todas las puntuaciones oscilan entre “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”, solo se han contemplado estas dos categorías.

Tabla 5.1

*Frecuencia y porcentajes de las respuestas de los jueces a la información de presentación del instrumento*

		DA	TDA
1. Se detalla autoría del cuestionario	f	1	7
	%	12.5	87.5
2. Queda reflejado el propósito del instrumento	f	3	5
	%	37.5	62.5
3. Se identifica el contexto en el que el instrumento se va a utilizar	f	4	4
	%	50	50
4. Se garantiza la confidencialidad de los datos	f	2	6
	%	25	75
5. Se agradece la participación	f	-	8
	%	-	100
6. Se proporcionan las instrucciones de cumplimentación	f	1	7
	%	12.5	87.5

**DA: De acuerdo. TDA: Totalmente de acuerdo**

En cuanto a los aspectos referidos a la presentación del instrumento, en la Tabla 5.1 se puede observar que en la mayoría de los ítems propuestos los jueces responden que están de acuerdo y totalmente de acuerdo en la información que se da a conocer a las personas que cumplimentarán el cuestionario.

En la Tabla 5.2, se muestran las frecuencias y porcentajes de las respuestas de los jueces referidas al apartado de identificación de sociodemográficos de la muestra. En cuanto a la escala de respuesta, se propusieron cuatro niveles que van desde “Nada relevante” a “Muy relevante”.

Tabla. 5.2

*Frecuencia y porcentajes de las respuestas de los jueces sobre los ítems de identificación sociodemográfica de la muestra*

Ítem	NR		PR		BR		MR	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Género	-		1	12.5	2	25	5	62.5
2. Provincia	-		-		2	25	6	75
3. Edad	-		-		1	12.5	7	87.5
4. Especialidad en el CDIAT	-		-		-		8	100
5. Años de experiencia	-		-		-		8	100
6. Estudios de especialización en AT	-		1	12.5	-		7	87.5
7. Cargo de responsabilidad	-		-		3	37.5	6	62.5
8. Lugar de realización del trabajo con las familias	-		-		-		8	100
9. Lugar de realización del trabajo con los niños	-		-		-		8	100

**NR: Nada relevante, PR: poco relevante, BR: bastante relevante y MR: muy relevante**

En la Tabla 5.2 vemos que solo el 12.5% de los jueces creen poco relevante tener en cuenta tanto el género de los participantes como los estudios de especialización que los profesionales tienen en Atención Temprana. Sin embargo, el 100% destacan que es importante conocer los años de experiencia, la especialidad que desarrolla en el CDIAT y el lugar de realización del trabajo tanto del niño como de la familia.

En la Tabla 5.3, se muestran los porcentajes y frecuencias referidas al apartado de características generales del instrumento. En cuanto a la escala de respuesta, se propusieron cuatro niveles que van desde “Deficiente” a “Excelente”.

Tabla 5.3

*Frecuencia y porcentajes de las respuestas de los jueces sobre las características generales del instrumento*

	D		A		B		E	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Apariencia general del cuestionario	-	-	-	-	1	12.5	7	87.5
2. Longitud del cuestionario	-	-	1	12.5	2	25	5	62.5
3. Estructura del cuestionario	-	-	-	-	1	12.5	7	87.5
4. Claridad de las instrucciones	-	-	1	12.5	2	25	5	62.5
5. Claridad del contenido	-	-	1	12.5	-	-	7	87.5
6. Relevancia del contenido	-	-	-	-	-	-	8	100
7. Instrumento responde a los objetivos	-	-	-	-	1	12.5	6	75
8. Instrumento da respuesta al problema de investigación	-	-	1	12.5	2	25	5	62.5
9. Adecuación del vocabulario y la redacción	-	-	1	12.5	2	25	5	62.5
10. Adecuación de las escalas que se utilizan para medir los ítems	-	-	2	25	-	-	6	75

**D: Deficiente, A: Aceptable, B: Bien y E: Excelente**

Del mismo modo, en la Tabla 5.3 los expertos opinan que el contenido del instrumento en general está bien y que tiende a la excelencia. El 12.5% de los expertos refleja que la longitud, la claridad, la adecuación del vocabulario y que las escalas que se han utilizado para medir son aceptables; el 100% piensa que la relevancia del contenido es excelente.

En la Tabla 5.4, recogemos las puntuaciones medias de los jueces referidas a la valoración que hicieron de la presentación del instrumento.

Tabla 5.4

*Medias y desviaciones típicas de la valoración de los jueces sobre la presentación del instrumento*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
1. Se detalla autoría del cuestionario	2.87	.35
2. Queda reflejado el propósito del instrumento	2.63	.51
3. Identificar el contexto en el que el instrumento se va a utilizar	2.50	.53
4. Se garantiza la confidencialidad de los datos	2.75	.46
5. Se agradece la participación	3.00	.00
6. Se proporcionan las instrucciones de cumplimentación	2.87	.35

Las puntuaciones sobre la presentación del instrumento son relativamente altas, ya que, la puntuación máxima es 3. Los expertos puntúan inferior en lo referido a la identificación del contexto donde se va a utilizar el cuestionario (*Media*= 2.50, *DT*=.53).

En la Tabla 5.5, recogemos las puntuaciones medias de los jueces referidas a la valoración que hicieron de los ítems del instrumento referidos a identificación de variables sociodemográficas de la muestra.

Tabla 5.5

*Medias y desviaciones típicas de las valoraciones de los jueces sobre los ítems de variables sociodemográficas de la muestra*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
1. Género	3.50	.75
2. Provincia	3.75	.46
3. Edad	3.87	.35
4. Especialidad en el CDIAT	4.00	.00
5. Años de experiencia en el CDIAT	4.00	.00
6. Estudios de especialización en AT	3.75	.70
7. Cargos de responsabilidad	3.63	.51
8. Lugar de realización del trabajo con el niño	4.00	.00
9. Lugar de realización del trabajo con las familias	4.00	.00

En la Tabla 5.5 vemos que los jueces puntúan entre 3.50 y 4.00 los distintos ítems, obteniendo una puntuación inferior el referido a la variable género (*Media*= 3.50 *DT*= .75) y las medias más altas las variables de especialidad, años de experiencia y lugar de trabajo.

En la Tabla 5.6 recogemos las puntuaciones medias de los jueces referidas a la valoración que hicieron de las características generales del instrumento.

Tabla 5.6

*Medias y desviaciones típicas de las valoraciones de los jueces sobre las características generales del instrumento*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
1. Apariencia general	3.88	.35
2. Longitud del cuestionario	3.50	.75
3. Estructura del cuestionario	3.88	.35
4. Claridad de las instrucciones	3.50	.75
5. Claridad del contenido	3.75	.70
6. Relevancia del contenido	4.00	.00
7. El instrumento responde a los objetivos	3.86	.37
8. El cuestionario da respuesta al problema	3.57	.78
9. Adecuación del vocabulario	3.50	.75
10. Adecuación de las escalas que se utilizan para medir	3.50	.92

En la Tabla 5.6 vemos que los resultados oscilan entre 3.50 y 4.00, siendo 4.00 puntos la máxima puntuación posible. Aunque las puntuaciones son altas, cabe destacar que habría margen de mejora en la longitud del cuestionario, su vocabulario, la claridad de las instrucciones, la estructura e incluir y/o eliminar algún ítem.

En la Tabla 5.7 aparecen las puntuaciones medias emitidas por los jueces en relación a la claridad de la redacción de los ítems del instrumento y su representatividad en referencia a prácticas profesionales.

Tabla 5.7

*Medias y desviaciones típicas de la valoración de los jueces sobre la claridad y representatividad de los ítems*

Ítem	Claridad		Representatividad	
	M	DT	M	DT
1. La familia me percibe/ me considera (como) un apoyo.	3.38	.74	3.50	.75
2. Creo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	3.87	.35	3.87	.35
3. Muestro una actitud flexible ante las creencias o actitudes de la familia durante la intervención.	3.43	.78	3.86	.37
4. Me adapto a las condiciones físicas del entorno del niño sin intentar modificarlo a mi estilo.	3.88	.35	3.62	.74
5. Tengo un trato respetuoso a la familia y al niño.	3.57	.53	3.71	.48
6. Escucho atentamente las preocupaciones de la familia sin juzgarlas.	3.71	.48	3.43	.78
7. Trato de identificar los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	4.00	.00	3.87	.35
8. Soy sensible a las necesidades que manifiestan tanto las familias como el niño.	3.71	.48	3.86	.37
9. cuido no generar falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	4.00	.00	3.87	.35
10. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	4.00	.00	4.00	.00
11. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	4.00	.00	3.87	.35
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	3.50	1.06	3.88	.35
13. Acepto la situación socio-familiar del niño.	3.25	1.16	3.38	.91
14. Respeto las opiniones que tiene la familia sobre la discapacidad como punto de partida para comenzar a trabajar.	3.13	.35	3.43	.53
15. Potencio las capacidades naturales de los familiares para lograr los objetivos de la intervención.	3.57	.53	4.00	.00
16. Me intereso por conocer a predisposición que tienen las familias para planificar y cumplir objetivos.	3.63	1.06	3.87	.35
17. Conozco la mayoría de las dificultades (culturales, económicas, sociales...) del niño y de su entorno y colaboro con ellos.	3.71	.75	3.57	.78

18. Hago partícipe a la familia de sus responsabilidades en el proceso de la intervención.	3.50	.75	3.87	.35
19. Planifico los objetivos de la intervención conjuntamente con la familia aceptando el orden de prioridad que ellos estiman.	3.86	.37	3.86	.37
20. Promuevo la participación de la familia en la intervención facilitándoles materiales de apoyo al aprendizaje (videos, documentos, ejemplos de actuaciones).	4.00	.00	4.00	.00
21. Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.	4.00	.00	4.00	.00
22. Oriento las capacidades de las familias para mejorar el desarrollo del niño y el propio clima familiar.	3.57	.53	4.00	.00
23. Valoro el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	3.25	1.16	3.75	.46
24. Destaco el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	3.63	1.06	4.00	.00
25. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	3.75	.46	3.88	.35
26. Facilito pautas de ejecución sobre cómo llevar a cabo objetivos dentro de las prácticas contextualizadas.	3.00	1.00	3.29	.95
27. Intento que las familias identifiquen y aprovechen las oportunidades incidentales del aprendizaje para lograr un objetivo.	3.86	.37	3.57	.53
28. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	4.00	.00	4.00	.00
29. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño y que contribuyen a enriquecer las experiencias de aprendizaje.	3.71	.75	3.71	.75
30. Informo a la familia de la normativa legal sobre ayudas sociales y económicas existentes.	4.00	.00	3.75	.70
31. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones para conseguir los resultados deseados.	4.00	.00	3.87	.35
32. Incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al futuro del niño ofreciéndoles alternativas.	3.57	.78	3.86	.37

33. Acepto las decisiones de la familia ante las evaluaciones periódicas de la consecución de objetivos.	2.71	.75	3.43	1.13
34. Elaboro programas de actuación individual en función de cada estructura familiar.	3.75	.46	3.88	.35
35. Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas las actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	4.00	.00	4.00	.00
36. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	4.00	.00	4.00	.00
37. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	4.00	.00	4.00	.00
38. Comparto periódicamente con la familia los logros que se van consiguiendo.	3.57	.78	3.87	.35

Como puede apreciarse en la Tabla 5.7, las valoraciones medias de claridad y representatividad de los ítems, son siempre altas. Salvo un ítem (el ítem 33), todos están valorados con medias por encima de 3 puntos de un máximo de 4 puntos. A partir de los resultados obtenidos fue meditada la opción de modificar, eliminar e incluir algún ítem en la versión nueva del inventario IPPAT. Tras la reflexión, fue estimada la opción de reconstruir aquellos ítems que hubiesen alcanzado una media igual o inferior a 3.50 puntos. Asimismo, también se reformularon todos los aspectos formales que propusieron los expertos y que podían crear confusión en la lectura, considerando todas las anotaciones libres, expresadas por los diferentes jueces en sus valoraciones de los ítems (véase Tabla 5.8).

Tabla 5.8

*Ítems reformulados a partir de las propuestas de los jueces*

<b>DIMENSIONES</b>	<b>ITEMS PARA EL CUESTIONARIO Juicio de expertos</b>	<b>ÍTEMS cuestionario final</b>
<b>PRÁCTICAS RELACIONALES</b>		
<b>Interacción profesional-familia</b>	1. La familia me percibe /me considera (como) un apoyo.	1. Me presento a la familia como un apoyo.
	2. Creo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.
	3. Muestro una actitud flexible ante las creencias o actitudes de la familia durante la intervención.	14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.
	4. Me adapto a las condiciones físicas del entorno del niño sin intentar modificarlo a mi estilo.	21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.
<b>Trato con la familia</b>	5. Tengo un trato respetuoso a la familia y al niño.	4. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión
	6. Escucho atentamente las preocupaciones de la familia sin juzgarlas.	35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.
	7. Trato de identificar los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.
	8. Soy sensible a las necesidades que manifiestan tanto la familia como el niño.	34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.
<b>Comunicación</b>	9. Cuido no generar falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.
	10. Adopto una actitud relajada en las	41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de las familias.
		33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.
		42. Adopto una actitud relajada en las

	conversaciones con la familia.	conversaciones con la familia.
	11. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.
	12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.
	13. Acepto la situación socio-familiar del niño.	26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.
<b>Respeto de creencias y valores familia</b>	14. Respeto las opiniones que tiene la familia sobre discapacidad como punto de partida para comenzar a trabajar.	
	15. Potencio las capacidades naturales de los familiares para lograr los objetivos de la intervención.	20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.
<b>Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia</b>	16. Me intereso por conocer la predisposición que tienen las familias para planificar y cumplir los objetivos.	

### PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS

	17. Conozco la mayoría de las dificultades (culturales, económicas, sociales...) del niño y de su entorno y colaboro con ellos para mejorarlas.	2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno del niño para planificar la intervención.
<b>Colaboración con la familia</b>	18. Hago partícipes a la familia de sus responsabilidades en el proceso de la intervención.	3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>	19. Planifico los objetivos de la intervención conjuntamente con la familia aceptando el orden de prioridad que ellos estiman	16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia. 18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.

**Promoción de la participación familiar**

- 20. Promuevo la participación de la familia en la intervención facilitándoles materiales de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones).
- 21. Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.

- 17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones).
- 43. Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.

**Potenciación de fortalezas de la familia**

- 22. Oriento las capacidades de las familias para mejorar el desarrollo del niño y el propio clima familiar.
- 23. Valoro el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.
- 24. Destaco el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.
- 25. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.

- 7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.
- 19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.
- 4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.
- 32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.
- 31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.

**Fomento de recursos y oportunidades de participación**

- 26. Facilito pautas de ejecución sobre cómo llevar a cabo objetivos dentro de prácticas contextualizadas.
- 27. Intento que las familias identifiquen y aprovechen las oportunidades incidentales de aprendizaje para lograr un objetivo.
- 28. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas prácticas

- 8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.
- 9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos.
- 15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.
- 5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.

	que mejoren su aprendizaje.	22. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño.
	29. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño y que contribuyen a enriquecer las experiencias de aprendizaje.	
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>	30. Informo a la familia de la normativa legislativa sobre ayudas sociales y económicas existentes.	24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.
	31. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones para conseguir los resultados deseados.	25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
<b>Apoyo de las decisiones de las familias</b>	32. Incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al futuro del niño ofreciéndoles alternativas.	36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.
	33. Acepto las decisiones de la familia ante las evaluaciones periódicas de la consecución de objetivos.	32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.
		37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>	34. Elaboro programas de intervención individual en función de cada estructura familiar.	39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.
	35. Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.
<b>Consideración de necesidades y prioridades de la familia</b>	36. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.
	37. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.

<b>Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo</b>	38. Comparto periódicamente con la familia los logros que se van consiguiendo.	29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.
--	--	---

Finalmente, atendiendo al juicio de expertos, se modificaron los ítems de datos preliminares sobre variables sociodemográficas del profesional que contesta el inventario. En lo que respecta a los ítems que valoran las distintas prácticas que realiza el profesional con la familia durante su intervención, la Tabla 5.9 resume los cambios realizados entre la versión inicial y la definitiva atendiendo al resultado del juicio de expertos realizado.

Tabla 5.9

*Cambios realizados tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems del IPPAT*

<b>Ítems eliminados</b>	<b>Ítems añadidos</b>
2	4
Acepto la situación socio-familiar del niño.	Ítem 4 Ítem 41 Ítem 16
Potencio las capacidades naturales de los familiares para lograr los objetivos de la intervención.	Ítem 18 Ítems 11,30,38,45 sobre el modelo ambulatorio

## OBJETIVO 2

### 5.2. CONOCER LAS PRÁCTICAS RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS DENTRO DE LAS INTERVENCIONES EN ATENCIÓN TEMPRANA

#### 5.2.1. PRÁCTICAS RELACIONALES, PARTICIPATIVAS Y MODELO AMBULATORIO EN ATENCIÓN TEMPRANA

En la Tabla 5.10, se encuentran las medias y las desviaciones típicas alcanzadas en cada uno de los ítems referidos a prácticas relacionales. Téngase en cuenta que, según la escala planteada para la valoración de los ítems, la puntuación máxima que podría alcanzarse sería de 5 puntos. Por otro lado, los ítems 28 y 33 se interpretan en sentido inverso a como se interpretan el resto de ítems.

Tabla 5.10

*Medias y desviaciones típicas para los ítems de prácticas relacionales*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
<b>Interacción profesional-familia</b>		
1. Me presento a la familia como un apoyo.	4.46	.78
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	4.71	.50
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	4.35	.82
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.	4.52	.68
21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	3.84	.91
<b>Trato con la familia</b>		
27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	4.64	.53
28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	2.96	1.34
34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	3.91	.70
35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	4.87	.36
41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	4.11	.79
<b>Comunicación</b>		
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	4.44	.70
33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	1.22	.55
42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	4.52	.62

46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	4.74	.47
<b>Respeto de creencias y valores familia</b>		
26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	4.49	.67
<b>Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia</b>		
20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	4.42	.75

Para los profesionales, el ítem mayor puntuado en el ámbito de prácticas relacionales es el 35, referido al trato respetuoso hacia el entorno familiar del niño (*Media* = 4.87, *DT* = .36). La puntuación menor, la alcanza el ítem 21 que extrae información sobre si el profesional modifica el entorno o se adapta a él (*Media* = 3.84, *DT* = .91).

En la Tabla 5.11, se encuentran las medias y las desviaciones típicas alcanzadas en cada uno de los ítems referidos a prácticas participativas.

Tabla 5.11

*Medias y desviaciones típicas para los ítems de prácticas participativas*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
<b>Colaboración con la familia</b>		
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno para planificar la intervención.	4.33	.87
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	4.29	.80
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>		
16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	3.62	1.10
18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	3.53	.94
<b>Promoción de la participación familiar</b>		
17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos...).	3.68	.99
43. Animo a la familia a relacionarse con otras que tienen la misma o similar problemática.	3.73	1.03
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>		
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	4.28	.75
7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	4.54	.61
19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	4.68	.58
31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	4.17	.73

32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	4.35	.74
<b>Fomento de recursos y oportunidades de participación</b>		
5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	4.43	.67
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	4.42	.70
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos.	4.22	.78
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	4.25	.78
22. Promuevo la participación de todas las personas relacionadas con el niño.	3.73	1.00
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>		
24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	3.68	1.24
25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	4.30	.77
<b>Apoyo de las decisiones de las familias</b>		
32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	4.40	.74
36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	4.28	.79
37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	4.06	.84
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>		
39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	4.05	1.05
40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	4.00	.94
<b>Consideración de necesidades y prioridades de la familia</b>		
10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	3.87	.88
44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	4.07	.78
<b>Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo</b>		
29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	4.81	.46

Tal y como se aprecia en la Tabla 5.11, el ítem mayor puntuado en el ámbito de prácticas participativas es el 29, referido a compartir con la familia los logros que se van consiguiendo (*Media* = 4.81, *DT* = .46). La puntuación menor la alcanza el ítem 18 (*Media* = 3.53, *DT* = .94).

En la Tabla 5.12, se encuentran las medias y las desviaciones típicas alcanzadas por los cuatro ítems referidos a prácticas habituales en el modelo ambulatorio.

Tabla 5.12

*Estadísticos descriptivos de ítems del modelo ambulatorio*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
11. Oriento la intervención de la familia en función de las necesidades que detecto en el niño.	4.32	.80
30. Decido las horas de intervención que recibe el niño.	3.03	1.33
38. Doy pautas a la familia sobre el trabajo a realizar con el niño.	4.41	.88
45. Organizo la intervención con el niño atendiendo a sus necesidades.	4.53	.75

En los cuatros ítems que introdujimos sobre el modelo ambulatorio, se puede observar que los profesionales siguen orientando (*Media* = 4.32, *DT* = .80) y organizando (*Media* = 4.53, *DT* = .75) la intervención en función de las necesidades del niño. Del mismo modo, dan pautas sobre el trabajo que la familia debe de realizar con sus hijos (*Media* = 4.41, *DT* = .88). También se puede resaltar que los profesionales puntúan inferior en el ítem respecto a la decisión de las horas de intervención (*Media* = 3.03, *DT* = 1.33).

En la Tabla 5.13 se muestran las puntuaciones medias globales de los dos tipos de prácticas valorados por nuestro instrumento: prácticas relacionales y participativas.

Tabla 5.13

*Medias y desviaciones típicas globales de los diferentes tipos de prácticas*

	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
<b>Prácticas Relacionales</b>	4.13	.32
<b>Prácticas Participativas</b>	4.14	.44

Como se puede apreciar en la Tabla 5.13, a nivel general los profesionales de Atención Temprana puntúan de forma muy similar en los dos tipos de prácticas valorados en nuestro estudio.

A continuación, se describen los resultados obtenidos por los profesionales dependiendo del lugar que escogen para realizar su trabajo y la función que asume la familia dentro de la intervención.

### 5.2.2. PRÁCTICAS EN ATENCIÓN TEMPRANA – LUGAR DE TRABAJO

En la Tabla 5.14, se encuentran las medias y las desviaciones típicas alcanzadas en cada uno de los ítems dentro de las prácticas relacionales, en función de la variable independiente “Lugar de trabajo”. Esta variable hace referencia al lugar donde le profesional realiza habitualmente la intervención y consta de cuatro niveles: CDIAT– Centro de Desarrollo Infantil y Atención temprana, EN – Entorno Natural, M: EN – mixto con predominio en el Entorno Natural y M: CDIAT – mixto con predominio en el CDIAT. Téngase en cuenta que, según la escala planteada para la valoración de los ítems, la puntuación máxima que podría alcanzarse sería de 5 puntos. Por otro lado, los ítems 28 y 33 se interpretan en sentido inverso a como se interpretan el resto de ítems.

Tabla 5.14

*Medias y desviaciones típicas de los ítems de Prácticas Relacionales según la variable Lugar de trabajo*

	CDIAT	EN	M: EN	M:CDIAT
<b>Interacción profesional-familia</b>				
1. Me presento a la familia como un apoyo.	4.44 (.75)	4.20 (1.09)	4.50 (.63)	4.51 (.87)
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	4.70 (.51)	5.00 (.00)	4.44 (.51)	4.76 (.43)
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	4.37 (.85)	3.80 (1.09)	4.38 (.61)	4.33 (.70)
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.	4.51 (.72)	4.80 (.44)	4.44 (.62)	4.53 (.57)
21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	3.80 (.96)	4.40 (.54)	4.37 (.50)	3.87 (.71)
<b>Trato con la familia</b>				
27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	4.64 (.53)	4.80 (.44)	4.50 (.63)	4.65 (.50)
28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	3.01 (1.37)	1.60 (.89)	3.13 (1.31)	2.88 (1.23)
34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	3.87 (.71)	4.40 (.54)	3.69 (.60)	4.05 (.67)
35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	4.87	5.00	4.92	4.86

	(.38)	(.00)	(.25)	(.35)
41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	4.08 (.82)	4.80 (.44)	4.13 (.34)	4.17 (.74)
<b>Comunicación</b>				
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	4.44 (.72)	4.60 (.54)	4.00 (.63)	4.47 (.61)
33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	1.22 (.55)	1.00 (.00)	1.31 (.47)	1.23 (.61)
42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	4.54 (.63)	4.60 (.54)	4.31 (.47)	4.48 (.61)
46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	4.79 (.43)	4.40 (.54)	4.25 (.44)	4.65 (.52)
<b>Respeto de creencias y valores familia</b>				
26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	4.49 (.71)	4.60 (.54)	4.50 (.51)	4.48 (.59)
<b>Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia</b>				
20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	4.39 (.79)	4.40 (.89)	4.44 (.51)	4.53 (.63)

CDIAT: Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana; EN: Entorno Natural; M:EN: Mixto con predominio en el EN; M:CDIAT: Mixto con predominio en el CDIAT.

Como se puede observar en la Tabla 5.14, las puntuaciones superiores aparecen en el ítem 35, independientemente de donde se realice la intervención con el niño y su familia (CDIAT, Entorno Natural, mixto con predominio en el Entorno Natural o mixto con predominio en el CDIAT). Se aprecia que los profesionales destacan que siempre hay que ofrecer un trato respetuoso al entorno familiar de cualquier niño. En cuanto a las puntuaciones inferiores, los profesionales que hacen su trabajo en el CDIAT o mixto con predominio en el CDIAT le dan menos importancia a las condiciones del entorno y tienden adaptarlo a su estilo en ocasiones (ítem 21). Los profesionales que intervienen en el Entorno Natural puntúan inferior en el ítem 13, olvidando alguna vez preguntar por el estado del niño antes de comenzar la sesión ( $Media = 3.80$ ,  $DT = 1.09$ ). Y los que intervienen de forma mixta con predominio en el Entorno Natural son los que algunas veces tienen dificultades para identificar los sentimientos de las familias (ítem 34,  $Media = 3.69$ ,  $DT = .60$ ) y los que puntúan algo más bajo en el ítem 12 ( $Media = 4.00$ ,  $DT = .63$ ). Por otro lado, hay que señalar que los profesionales que trabajan en el Entorno Natural son los que puntúan más alto en los ítems que hacen referencia al respeto de las

creencias de la familia durante la intervención (ítem 14), a adaptarse a las condiciones del entorno sin modificarlo (ítem 21, aquí junto a los profesionales que trabajen Mixto: predominio en el Entorno Natural), a identificar los sentimientos o emociones de las familias (ítem 34), a dedicar tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia (ítem 41) y menos en el ítem de interpretación inversa referido a generar falsas expectativas sobre las posibilidades del niño (ítem 33).

En la Tabla 5.15, se encuentran las medias y desviaciones típicas alcanzadas en cada uno de los ítems, dentro de las Prácticas Participativas, en función de la variable Lugar de trabajo en que se realiza la intervención.

Tabla 5.15

*Medias y desviaciones típicas de los ítems de Prácticas Participativas según la variable Lugar de trabajo*

	CDIAT	EN	M:EN	M:CDIAT
<b>Colaboración con la familia</b>				
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno para planificar la intervención.	4.28 (.92)	4.60 (.54)	4.25 (.77)	4.52 (.65)
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	4.26 (.80)	4.40 (1.34)	4.19 (.83)	4.41 (.76)
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>				
16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	3.51 (1.12)	3.80 (1.78)	4.50 (.730)	3.86 (.939)
18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	3.36 (.91)	4.60 (.54)	4.75 (.44)	3.87 (.82)
<b>Promoción de la participación familiar</b>				
17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos...).	3.64 (.98)	4.00 (1.22)	4.50 (.632)	3.64 (1.00)
43. Animo a la familia a relacionarse con otras que tienen la misma o similar problemática.	3.73 (1.07)	3.80 (.83)	3.50 (1.09)	3.73 (.88)
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>				
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	4.27 (.75)	4.20 (.44)	4.00 (.73)	4.41 (.76)
7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	4.54 (.60)	5.00 (.00)	4.44 (.51)	4.52 (.68)
19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	4.65 (.62)	5.00 (.00)	4.69 (.47)	4.76 (.48)
31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	4.15 (.74)	4.20 (.44)	4.19 (.65)	4.22 (.69)

32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	4.32 (.76)	4.40 (.54)	4.63 (.50)	4.42 (.68)
--	---------------	---------------	---------------	---------------

#### Fomento de recursos y oportunidades de participación

5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	4.42 (.68)	4.80 (.44)	4.25 (.57)	4.49 (.66)
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	4.42 (.71)	4.40 (.89)	4.44 (.51)	4.42 (.70)
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos.	4.19 (.83)	4.80 (.44)	3.88 (.71)	4.34 (.61)
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	4.23 (.81)	4.60 (.54)	4.13 (.61)	4.31 (.69)
22. Promuevo la participación de todas las personas relacionadas con el niño.	3.72 (1.04)	3.80 (.83)	3.56 (.89)	3.78 (.89)

#### Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas

24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	3.59 (1.28)	4.20 (.83)	3.50 (.81)	3.98 (1.13)
25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	4.30 (.75)	4.60 (.54)	3.94 (.77)	4.31 (.84)

#### Apoyo de las decisiones de las familias

32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	4.41 (.77)	4.60 (.54)	4.19 (.54)	4.39 (.69)
36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	4.21 (.83)	4.60 (.54)	4.63 (.50)	4.47 (.63)
37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	3.96 (.88)	4.80 (.44)	4.75 (.44)	4.22 (.62)

#### Programación de intervención flexible e individualizada

39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	4.01 (1.02)	2.40 (1.94)	4.63 (1.02)	4.23 (.92)
40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	3.89 (.98)	4.00 (1.73)	4.44 (.51)	4.31 (.71)

#### Consideración de necesidades y prioridades de la familia

10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	3.79 (.90)	4.60 (.54)	4.56 (.629)	4.00 (.78)
44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	4.01 (.81)	4.80 (.44)	4.56 (.62)	4.14 (.64)

#### Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo

29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	4.81 (.48)	4.80 (.44)	4.69 (.47)	4.84 (.36)
---	---------------	---------------	---------------	---------------

CDIAT: Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana; EN: Entorno Natural; M:EN: Mixto con predominio en el EN; M:CDIAT: Mixto con predominio en el CDIAT.

Tal y como aparece en la Tabla 5.15, los valores medios más altos en los profesionales que realizan su trabajo en el centro de Atención Temprana o con predominio en él, se encuentran en el ítem 29, destacando que casi siempre comparten con la familia los logros del niño. Pero el resultado más llamativo es que los profesionales que realizan su trabajo en el Entorno Natural puntúan más alto que los demás en todo un conjunto de ítems: 2, 3, 43,7, 19, 5, 9, 15, 22, 24, 37, 10, 44, a los que se suman los ítems 10, 36 y 37 en los que también estos profesionales, junto con los que trabajan en un régimen mixto pero con predominio en el Entorno Natural. También es de señalar que las puntuaciones menores recaen en el ítem 18 para los profesionales que realizan la intervención en el CDIAT ( $Media = 3.36, DT = .91$ ), en referencia a aceptar el orden de prioridad de los objetivos que propone la familia. Por último, señalar que los profesionales que intervienen en el Entorno Natural puntúan inferior en el ítem 39 ( $Media = 2.40, DT = 1.94$ ), que hace referencias a elaborar programas de intervención individualizados atendiendo a las necesidades familiares. Y estos mismos profesionales puntúan por debajo de sus compañeros que trabajan en régimen mixto pero con predominio en el Entorno Natural, y solo algo por encima de los que lo hacen en el CDIAT, en el ítem 16 que hace referencia a planificar los objetivos de la intervención con la familia.

En la Tabla 5.16 se presentan las puntuaciones directas alcanzadas globalmente por los ítems, tanto de las Prácticas Relacionales como de las Participativas, según la variable Lugar de trabajo del profesional.

Tabla 5.16

*Media y desviación típica de la puntuación directa global de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas según la variable Lugar de trabajo*

<b>Tipo de prácticas</b>	<b>CDIAT</b>	<b>EN</b>	<b>M:EN</b>	<b>M:CDIAT</b>
<b>Prácticas relacionales</b>	66.00 (5.48)	66.40 (3.20)	65.31 (3.59)	66.40 (4.74)
<b>Prácticas participativas</b>	106.22 (12.11)	113.80 (7.12)	111.75 (6.72)	110.59 (10.85)

CDIAT: Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana; EN: Entorno Natural; M:EN: Mixto con predominio en el EN; M:CDIAT: Mixto con predominio en el CDIAT.

Tal y como se muestra en la Tabla 5.16, las Prácticas Relacionales alcanzan puntuaciones medias algo menores cuando la intervención se realiza en régimen mixto con predominio en el entorno natural. Sin embargo, en las Prácticas Participativas, las puntuaciones medias mayores se observan cuando la intervención se hace en el entorno natural o en régimen mixto con predominio en el entorno natural.

En la Tabla 5.17 se presentan los resultados obtenidos por el análisis de varianza para comparar estas puntuaciones directas alcanzadas por los ítems de Prácticas Relacionales y Prácticas Participativas, en las cuatro posibilidades planteadas de desarrollo de la intervención por parte del profesional (niveles de la variable independiente Lugar de trabajo).

Tabla 5.17

*Análisis de varianza de las puntuaciones directas de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas en función de la variable Lugar de trabajo*

<b>Variable dependiente</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Prácticas relacionales</b>	.248	.863
<b>Prácticas participativas</b>	7.937	<.001

Los grados de libertad de las pruebas fueron intergrupos 3 y 5 e intragrupos 410. Se aplica la prueba de Brown-Forsythe al no cumplirse el supuesto de homogeneidad de la varianza. Gl 3 y 58

Los ANOVA realizados indican que existen diferencias estadísticamente significativas, en los resultados obtenidos por los ítems referidos a Prácticas Participativas, en función del lugar donde los profesionales realizan la intervención.

En la Tabla 5.18 se presentan los resultados de las pruebas post-hoc realizadas para interpretar las diferencias existentes entre los niveles de la variable independiente (Lugar de trabajo) para los resultados de los ítems de Prácticas Participativas realizadas.

Tabla 5.18

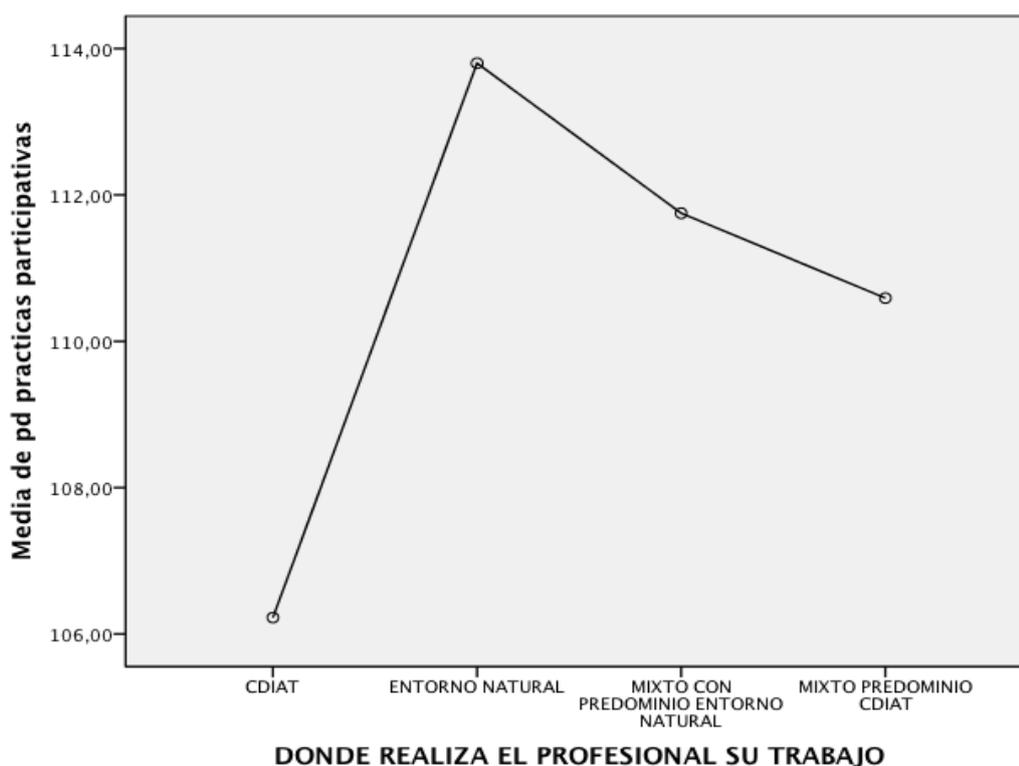
*Prueba T3 de Dunnet para comparar los resultados de los ítems de Prácticas Participativas según los niveles de la variable Lugar de trabajo*

<b>Comparación</b>		<b>P</b>
	EN	.476
CDIAT	M:EN	.036
	M:CDIAT	.011
EN	M:EN	.989
	M:CDIAT	.899
M: EN	M:CDIAT	.036

**CDIAT:** Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana; **EN:** Entorno Natural; **M:EN:** Mixto con predominio en el EN; **M:CDIAT:** Mixto con predominio en el CDIAT.

Las diferencias estadísticamente significativas se dan cuando comparamos las valoraciones de las prácticas participativas de los profesionales que intervienen en el CDIAT, que siempre son las puntuaciones más bajas, con las que hacen los profesionales que intervienen en un régimen mixto con predominio en el entorno natural o en el CDIAT, y cuando se comparan estos dos últimos entre sí.

En la Figura 5.1 se representan gráficamente los resultados de puntuación directa de los ítems de Prácticas Participativas, según el lugar donde el profesional realiza la intervención (variable independiente “Lugar de trabajo”). Se observa que, con todo, las valoraciones más altas de las prácticas participativas se dan en el grupo de profesionales que intervienen en el entorno natural.



*Figura 5.1.* Resultados de los ítems de Práctica Participativa en los niveles de la variable Lugar de trabajo

### 5.2.3. PRÁCTICAS EN ATENCIÓN TEMPRANA–PARTICIPACIÓN FAMILIAR

En la Tabla 5.19, se encuentran las medias y las desviaciones típicas alcanzadas en cada uno de los ítems referentes a Prácticas Relacionales, en función de la variable “Participación Familiar”, que hace referencia a la participación de la familia en la intervención. Esta variable cuenta con tres niveles: **NP** – No está Presente, **PO**– Está presente y observa, **PI**– Está presente e interviene. Téngase en cuenta que en el nivel “Está presente e interviene” se han incluido las respuestas de las opciones “Está presente, propone y trabaja en la intervención” y “Está presente e interviene en la intervención”. Estas opciones aparecían por separado en el ítem correspondiente del IPPAT, en la sección de información sobre datos sociodemográficos de los profesionales. Por otro lado, según la escala planteada para la valoración de los ítems, la puntuación máxima que

podría alcanzarse sería de 5 puntos. Por último, recordamos también que los ítems 10 y 11 se interpretan en sentido inverso a como se interpretan el resto de ítems.

Tabla 5.19

*Prácticas relacionales-actuación familiar*

	<b>NP</b>	<b>PO</b>	<b>PI</b>
<b>Interacción profesional-familia</b>			
1. Me presento a la familia como un apoyo.	4.39 (.75)	4.33 (.93)	4.55 (.71)
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	4.72 (.52)	4.68 (.49)	4.71 (.48)
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	4.25 (.93)	4.47 (.67)	4.38 (.78)
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.	4.45 (.77)	4.58 (.68)	4.54 (.62)
21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	3.81 (.98)	3.87 (.83)	3.85 (.88)
<b>Trato con la familia</b>			
27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	4.65 (.53)	4.64 (.51)	4.64 (.54)
28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	3.20 (1.35)	2.96 (1.34)	2.80 (1.32)
34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	3.88 (.65)	3.78 (.71)	3.98 (.71)
35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	4.86 (.42)	4.86 (.38)	4.88 (.32)
41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	3.94 (.88)	4.00 (.76)	4.25 (.70)
<b>Comunicación</b>			
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	4.40 (.74)	4.50 (.62)	4.44 (.69)
33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	1.13 (.48)	1.29 (.64)	1.27 (.57)
42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	4.49 (.71)	4.50 (.58)	4.54 (.56)
46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	4.77 (.51)	4.76 (.43)	4.71 (.45)
<b>Respeto de creencias y valores familia</b>			
26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	4.47 (.74)	4.50 (.67)	4.50 (.63)
<b>Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia</b>			
20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	4.30 (.87)	4.46 (.67)	4.49 (.68)

**NP** – No está Presente, **PO** – Está presente y observa, **PI** – Está presente e interviene

En la Tabla 5.19, se observa que los profesionales, independientemente el papel que asuma la familia en la intervención, puntúa superior en el ítem 35 (tengo un trato respetuoso con la familia), e inferior en el ítem 21 (me adapto a las condiciones del entorno sin modificarlo). En cuanto a diferencias en función del nivel de la variable “Participación Familiar”, se observa que los ítems 1 (me presento a la familia como un apoyo) y 41 (dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia) obtienen medias mayores cuando la familia está presente e interviene que cuando no está presente o lo está solo para observar. Por su parte, en el ítem 20 (analizo la disposición de la familia para participar en la intervención), las puntuaciones siguen siendo mayores cuando la familia está presente e interviene, pero solo frente a la situación de que la familia no esté presente; y en ítem 34 (identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia), la diferencia es fundamentalmente frente a la opción de que la familia está presente pero solo observa. Por su parte, en el ítem 13 (pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión) las diferencias son mayores cuando la familia está presente y observa, especialmente frente a la situación de que la familia no esté presente. Y en el ítem 28, se observa que los profesionales que más juzgan la importancia de las preocupaciones de la familia son, precisamente, los que no tienen presentes a la familia durante la intervención.

En la Tabla 5.20, se encuentran las medias y las desviaciones típicas alcanzadas en cada uno de los ítems de Prácticas Participativas, en función de la variable Participación Familiar. Recordamos que, según la escala planteada para la valoración de los ítems, la puntuación máxima que podría alcanzarse sería de 5 puntos.

Tabla 5.20

*Prácticas participativas-actuación familiar en la intervención*

	NP	PO	PI
<b>Colaboración con la familia</b>			
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno para planificar la intervención.	4.28 (.94)	4.17 (.90)	4.43 (.80)
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	4.18 (.79)	4.21 (.82)	4.38 (.80)
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>			
16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	3.23 (1.14)	3.22 (1.02)	4.03 (.96)
18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	3.19 (.88)	3.32 (1.00)	3.84 (.85)
<b>Promoción de la participación familiar</b>			
17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos...).	3.67 (.94)	3.57 (.91)	3.74 (1.04)
43. Animo a la familia a relacionarse con otras que tienen la misma o similar problemática.	3.79 (1.08)	3.53 (1.03)	3.77 (.98)
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>			
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	4.25 (.80)	4.24 (.83)	4.32 (.69)
7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	4.51 (.63)	4.43 (.64)	4.59 (.59)
19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	4.62 (.61)	4.65 (.60)	4.73 (.56)
31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	4.08 (.77)	4.19 (.66)	4.38 (.73)
32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	4.62 (.61)	4.65 (.60)	4.73 (.56)
<b>Fomento de recursos y oportunidades de participación</b>			
5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	4.42 (.70)	4.43 (.66)	4.45 (.63)
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	4.36 (.75)	4.33 (.71)	4.49 (.65)
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental ...	4.15 (.85)	4.13 (.73)	4.30 (.74)
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	4.18 (.85)	4.11 (.77)	4.33 (.72)
22. Promuevo la participación de todas las personas relacionadas con el niño.	3.65 (1.10)	3.71 (.98)	3.80 (.91)
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>			
24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	3.48 (1.38)	3.69 (1.19)	3.81 (1.13)
25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	4.32 (.75)	4.17 (.80)	4.32 (.76)

<b>Apoyo de las decisiones de las familias</b>			
32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	4.36 (.83)	4.40 (.70)	4.42 (.69)
36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	4.14 (.88)	3.99 (.88)	4.22 (.73)
37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	3.85 (.92)	3.99 (.89)	4.19 (1.07)
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>			
39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	3.79 (1.0)	4.17 (.80)	4.19 (.88)
40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	3.75 (1.03)	3.89 (.81)	4.19 (.88)
<b>Consideración de necesidades y prioridades de la familia</b>			
10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	3.64 (.83)	3.57 (1.00)	4.15 (.78)
44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	3.87 (.82)	3.94 (.74)	4.25 (.71)
<b>Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo</b>			
29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	4.86 (.36)	4.83 (.41)	4.77 (.53)

NP – No está Presente, PO – Está presente y observa, PI – Está presente e interviene

En la Tabla 5.20, se aprecia que los profesionales que permiten a las familias que estén presentes e intervengan con el niño, puntúan más alto en prácticamente la totalidad de los ítems referidos a Prácticas Participativas. Estas diferencias son más altas en los ítems 2, 16, 18, 31, 8, 24, 37, 39, 40, 10 y 44. El ítem 29 obtiene las mayores puntuaciones: con independencia del papel que juega la familia en la intervención, los profesionales casi siempre o siempre comparten con sus cuidadores los logros. En cuanto a las puntuaciones más bajas, cuando la familia no participa, las encontramos en el ítem referido a aceptar el orden de prioridad de la familia en los objetivos (ítem 18); cuando el cuidador principal simplemente observa, las encontramos en el ítem que hace referencia a planificar la intervención con la familia (ítem 16)(que obtiene la misma puntuación que cuando la familia no está presente); y cuando la familia está presente e interviene, las encontramos en el ítem que hacer referencia a facilitar a la familia material de apoyo (ítem 17).

En la Tabla 5.21, se muestran las puntuaciones directas alcanzadas globalmente por los ítems, tanto de las Prácticas Relacionales como de las Participativas, según la variable Participación Familiar en la intervención.

Tabla 5.21

*Media y desviación típica de la puntuación directa global de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas según la variable Participación Familiar*

<b>Tipo de prácticas</b>	<b>NP</b>	<b>PO</b>	<b>PI</b>
<b>Prácticas relacionales</b>	65.44 (5.78)	66.08 (4.44)	66.49 (5.08)
<b>Prácticas participativas</b>	104.50 (11.59)	104.94 (10.72)	110.33 (11.60)

NP – No está presente, PO – Está presente y observa, PI – Está presente e interviene

Tal y como se aprecia en la Tabla 5.21, tanto en las Prácticas Relacionales como en las Prácticas Participativas, se observan puntuaciones más altas cuando la familia está presente e interviene en el trabajo con el niño.

En la Tabla 5.22 se presentan los resultados obtenidos por el análisis de varianza para comparar estas puntuaciones directas alcanzadas por los ítems de Prácticas Relacionales y Prácticas Participativas, en las tres posibilidades planteadas de participación familiar en la intervención (niveles de la variable independiente Participación Familiar).

Tabla 5.22

*Análisis de varianza de las puntuaciones directas de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas en la variable Participación Familiar*

<b>Variable dependiente</b>	<b>f</b>	<b>p</b>
<b>Prácticas relacionales</b>	1.670	.190
<b>Prácticas participativas</b>	12.761	<.001

Grados de libertad, intergrupos 2 e intragrupos 411.

Los ANOVA realizados indican que existen diferencias estadísticamente significativas, en los resultados obtenidos por los ítems referidos a Prácticas Participativas, en función del papel que juega la familia en la intervención.

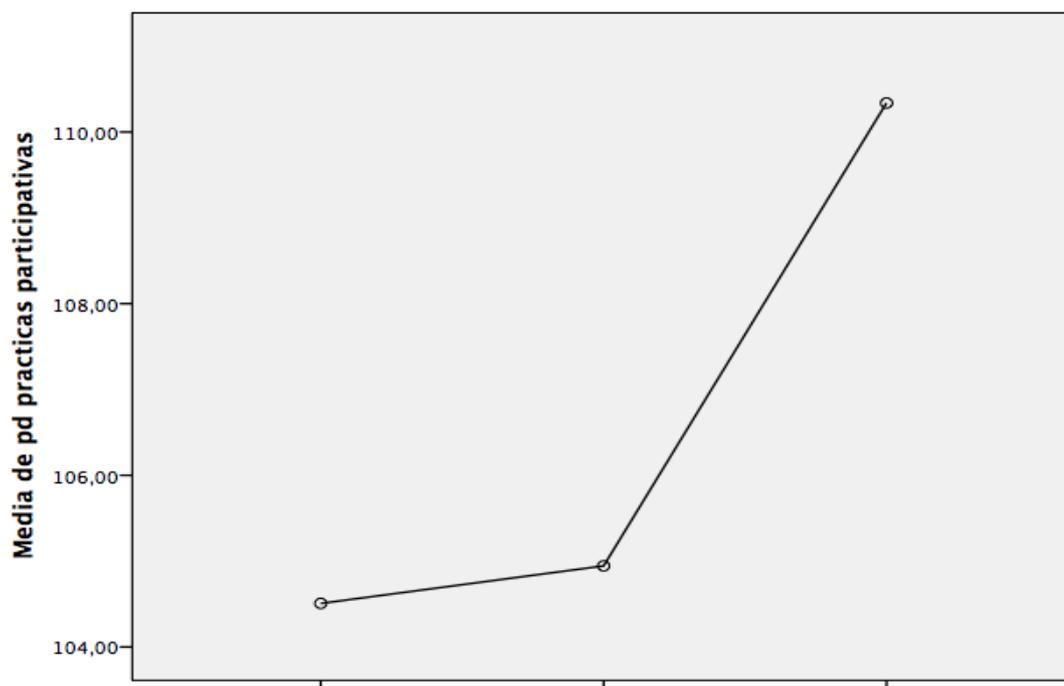
Tabla 5.23

*HSD de Tukey para comparar los resultados de los ítems de Prácticas Participativas según los niveles de la variable Participación Familiar*

<b>Comparación</b>		<b>P</b>
No está presente	Está presente y observa	.963
	Está presente e interviene	<.001
Está presente y observa	Está presente e interviene	.002

Tal y como podemos apreciar en Tabla 5.23, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la valoración que los profesionales hacen de sus Prácticas Participativas, presentando puntuaciones más altas los profesionales que trabajan mientras la familia está presente e interviniendo con el niño frente a aquellos que trabajan sin que la familia esté presente o estando esta como mera observadora.

En la Figura 5.2 se representan gráficamente los resultados de puntuación directa de los ítems de Prácticas Participativas según el nivel de participación de la familia en la intervención (variable independiente “Participación Familiar”).



*Figura 5.2.* Resultados de los ítems de Práctica Participativa en los niveles de la variable Participación Familiar

## OBJETIVO 3

### 5.3. EVALUAR DIFERENTES HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA

#### 5.3.1. INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA

En la Tabla 5.24 se presentan las puntuaciones generales de los tres tipos de Habilidad emocional que hemos contemplado en esta investigación (Atención, Claridad y Reparación emocional).

Tabla 5.24

*Media y desviación típica de las habilidades de inteligencia emocional de los profesionales de Atención Temprana medidas por el TMMS-24*

<b>Habilidad emocional</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DT</b>
Atención Emocional	24.66	5.66
Claridad Emocional	29.97	5.40
Reparación Emocional	30.31	5.60

Cuando se habla de *Atención Emocional*, los profesionales de Atención Temprana alcanzan una media (*Media* = 24.66, *DT* = 5.66) ligeramente por debajo de la zona que los autores del TMMS-24 consideran “adecuada atención”, situada entre 25 y 35 puntos en una muestra de mujeres.

Si nos fijamos en la *Claridad Emocional*, los profesionales de Atención Temprana alcanzan una media (*Media* = 29.97, *DT* = 5.40) que se sitúa dentro de la valoración de “adecuada claridad emocional”, puesto que las puntuaciones oscilan entre 24 y 34 puntos.

En cuanto a la *Reparación Emocional*, los profesionales de Atención Temprana alcanzan una media (*Media* = 30.31, *DT* = 5.60) que también les sitúa dentro de la valoración de “adecuada reparación emocional”, situada entre 24 y 34 puntos.

En la Tabla 5.25 observamos la media y la desviación típica de cada uno de los ítems de la subescala de Atención Emocional del TMMS-24.

Tabla 5.25

*Medias y desviaciones típicas de los ítems de la subescala de Atención Emocional*

ITEMS	MEDIA	DT
1. Presto mucha atención a los sentimientos.	4.03	.86
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	3.50	.97
3. Normalmente dedico mi tiempo a pensar en mis emociones.	3.09	1.09
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	3.85	.92
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	2.52	.95
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	2.02	.98
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	2.78	.99
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	2.90	1.03

Cuando se habla de Atención Emocional, los profesionales destacan por prestar mucha atención a sus sentimientos (*Media* = 4.03, *DT* = .86); sin embargo, no siempre piensan en su estado de ánimo (*Media* = 2.02, *DT* = .98).

En la Tabla 5.26 observamos la media y la desviación típica de los ítems referidos la subescala de Claridad Emocional del TMMS-24.

Tabla 5.26

*Medias y desviaciones típicas de los ítems de la subescala de Claridad Emocional*

ITEMS	MEDIA	DT
9. Tengo claros mis sentimientos.	3.80	.88
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	3.82	.91
11. Casi siempre sé cómo me siento.	3.83	.88
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	3.85	.78
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	3.85	.79
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	3.50	.98
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	3.57	.93
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	3.86	.80

Si nos fijamos en la Claridad Emocional, los profesionales puntúan especialmente más alto en los ítems 16, referido a comprender sus propios sentimientos; 12, referido al conocimiento de sus sentimientos por las personas; y 13, referido a darse cuenta de sus sentimientos en diferentes situaciones. Y puntúan especialmente bajo en el ítem 14 ( $Media = 3.50$ ,  $DT = .98$ ), que hace alusión a poder decir siempre cómo se sienten.

En la Tabla 5.27 observamos la media y la desviación típica de los ítems referidos la subescala de Reparación Emocional del TMMS-24.

Tabla 5.27

*Medias y desviaciones típicas de los ítems de la subescala de Reparación Emocional*

ITEMS	MEDIA	DT
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	3.81	.98
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	3.73	.92
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	3.16	1.14
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	3.70	.95
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	3.79	.90
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	3.98	.88
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	4.50	.65
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	3.79	.92

En cuanto a la Reparación Emocional, los profesionales obtienen puntuaciones especialmente altas en el ítem 23, referido a sentirse feliz cuando tienen mucha energía ( $Media = 4.50$ ,  $DT = .65$ ). Obtienen puntuaciones especialmente bajas en el ítem 19, referido pensar en los placeres de la vida cuando están tristes ( $Media = 3.16$ ,  $DT = 1.14$ ).

### 5.3.2. HABILIDADES EMOCIONALES – LUGAR DE TRABAJO

En la Tabla 5.28 observamos las medias globales y desviaciones típicas alcanzadas en cada habilidad emocional por los profesionales de Atención Temprana en función de la variable independiente “Lugar de trabajo”. Recordamos que esta variable hace referencia al lugar donde le profesional realiza habitualmente la intervención y consta de cuatro niveles: CDIAT – Centro de Desarrollo Infantil y Atención temprana, EN – Entorno Natural, M: EN – mixto con predominio en el Entorno Natural y M:CDIAT – mixto con predominio en el CDIAT.

Tabla 5.28

*Medias y desviaciones típicas de las habilidades de Inteligencia Emocional según la variable Lugar del trabajo*

Habilidad Emocional	CDIAT	EN	M:EN	M:CDIAT
Atención Emocional	24.62 (5.92)	26.00 (2.54)	26.87 (3.53)	24.30 (5.09)
Claridad Emocional	30.19 (5.59)	30.20 (8.40)	29.87 (3.99)	29.12 (4.78)
Reparación Emocional	30.40 (5.82)	28.80 (3.49)	29.06 (4.63)	30.15 (5.05)

CDIAT: Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana; EN: Entorno Natural; M:EN: Mixto con predominio en el EN; M:CDIAT: Mixto con predominio en el CDIAT.

En cuanto a la Tabla 5.28, podemos señalar que los profesionales que trabajan en el CDIAT o en un entorno mixto con predominio en CDIAT, son los que alcanzan valores más bajos en la habilidad Atención Emocional, quedando en niveles por debajo de los 25 puntos, categorizables como de “poca atención emocional”. Sin embargo, los profesionales que trabajan en el entorno natural o en entorno mixto con predominio del entorno natural, alcanzan medias que les sitúan en el nivel de “adecuada atención emocional”.

La habilidad de Claridad Emocional, alcanza medias del nivel de “adecuada claridad emocional”, independientemente de donde se realice la intervención, destacando que los profesionales que intervienen en el entorno natural son los que alcanzan la media más alta (*Media* = 30.20, *DT* = 8.40).

Respecto a la habilidad de Reparación Emocional, también alcanza medias del nivel de “adecuada reparación emocional” en todos los contextos donde se realice la intervención, destacando que, en esta ocasión, son los profesionales que intervienen en el CDIAT los que presentan la media más alta ( $Media = 30.40$ ,  $DT = 5.82$ ).

En la Tabla 5.29 se presentan los resultados obtenidos por el análisis de varianza para comparar, en estas puntuaciones de habilidades emocionales, posibles diferencias las cuatro posibilidades planteadas de desarrollo de la intervención por parte del profesional (niveles de la variable independiente Lugar de trabajo).

Tabla 5.29

*Análisis de varianza de las puntuaciones de habilidad emocional en el TMMS-24 en función de la variable Lugar de trabajo*

<b>Habilidad emocional</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Atención Emocional	1.017	.385
Claridad Emocional	.844	.471
Reparación Emocional	.429	.733

Grados de libertad, intergrupos 3 e intragrupos 412

En función de los resultados alcanzados, no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna habilidad emocional asociada al lugar de trabajo donde los profesionales desarrollan su intervención.

### **5.3.3. HABILIDADES EMOCIONALES – PARTICIPACIÓN FAMILIAR**

En la Tabla 5.30 se presentan las medias y las desviaciones típicas alcanzadas en las tres subescalas de habilidades de inteligencia emocional del TMMS-24, en función de la variable “Participación Familiar”, que hace referencia a la participación de la familia en la intervención. Recordamos que esta variable cuenta con tres niveles: **NP** – No está Presente, **PO**– Está presente y observa, **PI**– Está presente e interviene.

Tabla 5.30

*Medias y desviaciones típicas de las habilidades de Inteligencia Emocional según la variable Participación Familiar*

<b>Habilidad Emocional</b>	<b>NP</b>	<b>PO</b>	<b>PI</b>
Atención Emocional	24.77 (5.90)	23.65 (6.19)	25.04 (5.12)
Claridad Emocional	30.56 (5.62)	30.58 (5.66)	29.46 (4.96)
Reparación Emocional	30.85 (6.10)	31.11 (5.36)	29.65 (5.23)

NP–No está presente, PO–Está presente y observa, PI–Está presente e interviene

Los profesionales con menor puntuación en Atención Emocional, con un valor medio que entra en el nivel de Poca Atención Emocional, son los que trabajan con la familia presente pero solo como observadora. Por su parte, los que presentan la puntuación más alta en Atención Emocional son los que dejan intervenir a las familias. En cuanto a las habilidades de Claridad y Reparación Emocional, todos los profesionales presentan niveles valorables como adecuados, siempre con puntuaciones algo más bajas aquellos que dejan intervenir a las familias.

En la Tabla 5.31 se presentan los resultados obtenidos por el análisis de varianza para comparar en estas puntuaciones de habilidades emocionales, posibles diferencias atribuibles al nivel de Participación Familiar.

Tabla 5. 31

*Análisis de varianza de las puntuaciones de habilidad emocional en el TMMS-24 en función de la variable Participación Familiar*

<b>Habilidad emocional</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Atención Emocional	1.623	.184
Claridad Emocional	1.555	.200
Reparación Emocional	2.539	.056

Grados de libertad, intergrupos 3 e intragrupos 410

Como se observa, el resultado de los ANOVAs aplicados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas, en ningún tipo de habilidad emocional, entre los diferentes papeles que puede ocupar la familia en la intervención. No obstante, cabe destacar que en la variable Reparación Emocional se alcanza un resultado cercano a la significación estadística.

## OBJETIVO 4

### 5.4. ANALIZAR POSIBLES DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES REALIZADAS EN ATENCIÓN TEMPRANA EN FUNCIÓN DE LAS HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES

Para analizar la posible influencia de la habilidad emocional del profesional, en la autovaloración que realiza de sus prácticas relacionales y participativas con la familia, decidimos dividir la muestra de profesionales del estudio en dos grupos, en función de que presenten las puntuaciones medias más altas (tercer cuartil) y más bajas (primer cuartil) en las tres habilidades de inteligencia emocional del TMMS-24: *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional*.

Así, atendiendo a los resultados en la habilidad de *Atención Emocional* en el TMMS-24, se consideraron las respuestas de los 118 profesionales con puntuaciones  $\leq 21$  (Q1), en dicha habilidad, y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 28$  (Q3). Atendiendo a los resultados en la habilidad de *Claridad Emocional* en el TMMS-24, se consideraron las respuestas de los 125 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en dicha habilidad (Q1) y los 103 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  (Q3). Y, por último, atendiendo a los resultados en la habilidad de *Reparación Emocional* en el TMMS-24, se consideraron las respuestas de los 128 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en dicha habilidad (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  (Q3).

Las características de los profesionales de los dos grupos de puntuaciones más altas y bajas en las habilidades de inteligencia emocional se presentan en la Tabla 5.32. Se observa que presentan valores equiparables en edad media, distribución por sexo, veteranía en Atención Temprana y distribución por titulación.

Tabla 5.32

*Estadísticos descriptivos de las características de los profesionales integrados en los cuartiles extremos de puntuación en las tres habilidades emocionales medidas*

Variable sociodemográfica	Atención Emocional		Claridad Emocional		Reparación Emocional	
	Q1	Q3	Q1	Q3	Q1	Q3
Edad media (dt)	37.0 (8.86)	35.83 (8.25)	36.92 (8.74)	35.65 (8.66)	37.07 (8.86)	34.96 (8.23)
Años experiencia (dt)	9.02 (7.38)	8.5 (6.43)	9.18 (7.17)	8.7 (7.04)	9.63 (7.72)	7.78 (6.42)
Varones (%)	6.0	4.9	4.9	6.0	7.1	4.1
Mujeres (%)	94.0	95,1	95.1	94.0	92.9	95.9
Fisioterapia (%)	23.6	17.5	23.9	15.2	19.2	23.5
Logopedia (%)	23.6	22.5	26.5	23.2	25.8	28.6
Trabajo Social (%)	7.3	10.8	12.0	10.1	10.8	5.9
Psicología (%)	25.5	27.5	21.4	26.3	26.7	16.8
Pedagogía (%)	12.7	15.0	11.1	18.2	12.5	18.5
Maestro Ed. Especial(%)	3.6	4.2	3.4	4.0	3.3	3.4
Maestro Ed. Infantil(%)	2.7	1.7	0.9	3.0	0.8	2.5
Neuropediatría (%)	0.9	0.8	0.9	–	0.8	0.8

#### 5.4.1. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS RELACIONALES Y HABILIDAD EMOCIONAL

En la Tabla 5.33, se presentan las medias y las desviaciones típicas de las valoraciones de los profesionales en los dieciséis ítems contemplados sobre prácticas relacionales. Todo ello para las respuestas los 118 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en *Atención Emocional* (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias de ambos grupos de profesionales en cada ítem y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.33

*Medias, desviaciones típicas, t de Student y d de Cohen para cada ítem de prácticas relacionales atendiendo a la habilidad de Atención Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
<b>Interacción profesional-familia</b>						
1. Me presento a la familia como un apoyo.	Q1	4.33 (.84)	-2.09	242	.038	-0.27
	Q3	4.55 (.79)				
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	Q1	4.74 (.44)	.74	242	.463	0.1
	Q3	4.69 (.54)				
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	Q1	4.32 (.83)	-1.11	242	.268	-0.15
	Q3	4.44 (.79)				
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención	Q1	4.43 (.78)	-1.66	242	.098	-0.22
	Q3	4.58 (.60)				
21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	Q1	3.68 (.97)	-2.35	241	.019	-0.3
	Q3	3.96 (.92)				
<b>Trato a la familia</b>						
27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	Q1	4.66 (.56)	-.931	242	.353	-0.12
	Q3	4.72 (.47)				
28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	Q1	2.82 (1.28)	-2.76	237	.006	-0.36
	Q3	3.31 (1.44)				
34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	Q1	3.68 (.64)	-4.25	242	.000	-0.54
	Q3	4.05 (.71)				
35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	Q1	4.87 (.36)	-.54	242	.588	-0.09
	Q3	4.90 (.33)				
41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	Q1	4.00 (.87)	-2.28	241	.023	-0.3
	Q3	4.24 (.75)				
<b>Comunicación</b>						
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	Q1	4.47 (.68)	.07	242	.948	0.01
	Q3	4.46 (.70)				
33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	Q1	1.14 (.47)	-2.27	242	.024	-0.30
	Q3	1.32 (.68)				
42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	Q1	4.37 (.73)	-2.55	242	.011	-0.33
	Q3	4.59 (.58)				
46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	Q1	4.70 (.51)	-.77	241	.441	-0.1
	Q3	4.75 (.47)				
<b>Respeto hacia creencias y valores de la familia</b>						
26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	Q1	4.48 (.74)	-.96	241	.337	-0.13
	Q3	4.57 (.64)				
<b>Reconocer habilidades y fortalezas en la familia</b>						

20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	Q1	4.41 (.75)	-.63	242	.531	-0.08
	Q3	4.47 (.78)				

En la valoración que los profesionales hacen de las distintas prácticas relacionales, se encontró que los profesionales del grupo con mayor habilidad de *Atención Emocional* puntuaron, por encima de sus compañeros del primer cuartil, en casi los ítems referidos a dichas prácticas. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en seis de los ítems. Esto supone que la habilidad de *Atención Emocional* está afectando al 40% de los ítems planteados de prácticas relacionales.

Más en concreto, en la habilidad de *Atención Emocional*, los profesionales con mayor habilidad puntúan significativamente más alto que sus compañeros del cuartil uno en dos ítems de la dimensión de prácticas relacionales que hemos denominado *interacción entre profesional y familia* (“me presento a la familia como un apoyo” y “me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlas a mi estilo”); en tres ítems de la dimensión de *trato a la familia* (“juzgo la importancia de las preocupaciones de la familia”, “identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia” y “dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia”); y en un ítem de la dimensión de *comunicación* (“adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia”). La habilidad de *Atención Emocional* no delimita diferencias significativas en las dimensiones de prácticas relacionales identificadas como *respeto hacia las creencias y valores de la familia* y *reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia*.

Los resultados de la prueba *d* de Cohen indican que el tamaño del efecto es, en casi todos los casos, pequeño (entre -0.27 y -0.36), alcanzando un tamaño moderado en el caso del ítem en el que planteamos que el profesional “identifica los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia” (-0.54).

En la Tabla 5.34, se muestran, atendiendo a los resultados de la habilidad de *Claridad Emocional* del TMMS-24, las medias y las desviaciones típicas de las valoraciones de los profesionales en todos los ítems sobre sus Prácticas Relacionales. Se consideraron las respuestas de los 125 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en la habilidad de *Claridad Emocional* (Q1) y los 103 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.34

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Relacionales atendiendo a la habilidad de Claridad Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
<b>Interacción profesional-familia</b>						
1. Me presento a la familia como un apoyo.	Q1	4.38 (.83)	-1.54	226	.124	-0.2
	Q3	4.54 (.80)				
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	Q1	4.58 (.56)	-3.62	226	<.001	-0.48
	Q3	4.82 (.41)				
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	Q1	4.20 (.88)	-2.39	226	.018	-0.42
	Q3	4.48 (.85)				
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.	Q1	4.44 (.75)	-1.06	226	.291	-0.13
	Q3	4.54 (.73)				
21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	Q1	3.78 (.89)	-1.17	225	.243	-0.15
	Q3	3.92 (.98)				
<b>Trato a la familia</b>						
27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	Q1	4.53 (.60)	-3.19	226	.002	-0.31
	Q3	4.76 (.45)				
28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	Q1	3.03(1.21)	-.49	221	.626	-0.07
	Q3	3.12(1.37)				
34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	Q1	3.70 (.74)	-4.43	226	<.001	-0.59
	Q3	4.12 (.68)				
35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	Q1	4.85 (.38)	-1.37	226	.172	-0.17
	Q3	4.91 (.32)				
41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	Q1	4.06 (.81)	-1.10	225	.274	-0.14
	Q3	4.17 (.81)				
<b>Comunicación</b>						
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	Q1	4.35 (.75)	-2.55	226	.011	-0.34
	Q3	4.59 (.65)				
33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	Q1	1.25 (.60)	1.83	225	.068	0.24
	Q3	1.12 (.42)				

42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	Q1	4.38 (.74)	-3.41	226	.001	-0.46
	Q3	4.68 (.53)				
46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	Q1	4.69 (.50)	-2.21	225	.028	-0.28
	Q3	4.82 (.41)				
<b>Respeto hacia creencias y valores de la familia</b>						
26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	Q1	4.39 (.74)	-2.88	225	.004	-0.39
	Q3	4.65 (.56)				
<b>Reconocer habilidades y fortalezas en la familia</b>						
20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	Q1	4.33 (.80)	-1.11	226	.267	-0.15
	Q3	4.45 (.80)				

En la valoración que los profesionales hacen de las distintas prácticas relacionales planteadas, los profesionales con una habilidad de *Claridad Emocional* más baja (Q1), presentan unas valoraciones medias de todos los ítems más bajas que sus compañeros con puntuaciones más altas en esa habilidad de inteligencia emocional (Q3). Estas diferencias alcanzaron la significación estadística en un total de ocho ítems del inventario. Esto supone que la habilidad de *Claridad Emocional* está afectando al 53.33% de los ítems de prácticas relacionales planteados.

Más en concreto, atendiendo a la mayor o menor habilidad de *Claridad Emocional* del TMMS-24, los profesionales obtienen diferencias estadísticamente significativas en dos ítems de la dimensión de prácticas relacionales que denominada *interacción entre profesional y familia* (“promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal” y “pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión”); en otros dos ítems de la dimensión de *trato a la familia* (“soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia” e “identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia”); en tres ítem de la dimensión de *comunicación* (“me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión”, “adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia” y “adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia”); y en el ítem de la dimensión de *respeto hacia las creencias y valores de la familia* (“tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad”).

Los resultados de la prueba *d* de Cohen indican que el tamaño del efecto es, en todos los casos, entre pequeño y moderado. Obtiene el tamaño más bajo el ítem que plantea que el profesional adapta su lenguaje al nivel de comprensión de la familia (-

0.28). Por su parte, el efecto alcanza un tamaño moderado en tres ítems: “promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal” (-0.48), “identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia” (-0.59) y “adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia” (-0.46).

En la Tabla 5.35, se muestran, atendiendo a los resultados en la habilidad de *Reparación Emocional* del TMMS-24, las medias y las desviaciones típicas de las valoraciones de los profesionales en todos los ítems planteados sobre sus Prácticas Relacionales. Se consideraron las respuestas de los 128 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en *Reparación Emocional* (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.35

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Relacionales atendiendo a la habilidad de Reparación Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
<b>Interacción profesional-familia</b>						
1. Me presento a la familia como un apoyo.	Q1	4.30 (.88)	-3.13	252	.002	-0.38
	Q3	4.60 (.66)				
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	Q1	4.56 (.59)	-4.62	252	<.001	-0.58
	Q3	4.85 (.38)				
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	Q1	4.12 (.88)	-3.51	252	.001	-0.43
	Q3	4.49 (.82)				
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.	Q1	4.45 (.76)	-1.28	252	.202	-0.16
	Q3	4.57 (.71)				
21. Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	Q1	3.77 (.95)	-1.05	250	.296	-0.13
	Q3	3.90 (1.01)				
<b>Trato con la familia</b>						
27. Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	Q1	4.53 (.57)	-3.04	252	.003	-0.38
	Q3	4.73 (.46)				
28. Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	Q1	2.83 (1.22)	-1.90	248	.059	-0.23
	Q3	3.15 (1.50)				
34. Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	Q1	3.77 (.77)	-2.83	252	.005	-0.35
	Q3	4.02 (.64)				
35. Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	Q1	4.81 (.47)	-2.02	252	.045	-0.25
	Q3	4.91 (.31)				
	Q1	4.06 (.79)	-0.85	251	.396	-0.11

41. Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	Q3	4.15 (.85)				
<b>Comunicación</b>						
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	Q1	4.38 (.75)	-2.27	251	.024	-0.28
	Q3	4.58 (.65)				
33. Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	Q1	1.24 (.61)	1.20	251	.231	0.15
	Q3	1.16 (.46)				
42. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	Q1	4.41 (.69)	-2.61	252	.010	-0.33
	Q3	4.62 (.55)				
46. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	Q1	4.71 (.49)	-2.12	251	.035	-0.26
	Q3	4.83 (.42)				
<b>Respeto hacia creencias y valores de la familia</b>						
26. Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	Q1	4.37 (.76)	-2.89	251	.004	-0.37
	Q3	4.62 (.59)				
<b>Reconocer habilidades y fortalezas en la familia</b>						
20. Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	Q1	4.32 (.79)	-0.819	252	.414	-0.1
	Q3	4.40 (.85)				

En la valoración que los profesionales hacen de las distintas prácticas relacionales encontramos que los profesionales con mayores puntuaciones en Reparación Emocional valoran, siempre por encima de sus compañeros con meno puntuaciones en esa habilidad, todos los ítems contemplados de sus Prácticas Relaciones. Estas diferencias alcanzaron la significación estadística en un total de 10 ítems. Esto supone que la habilidad de *Reparación Emocional* está afectando al 66.67% de los ítems de prácticas relacionales planteados.

En concreto, los profesionales situados en el tercer cuartil en la habilidad de *Reparación Emocional*, puntúan significativamente más alto que sus compañeros del cuartil uno en tres ítems de la dimensión de prácticas relacionales que denominada *interacción entre profesional y familia* (“me presento a la familia como un apoyo”, “promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal” y “pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión”); en tres ítems de la dimensión de *trato a la familia* (“soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia”, “identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia” y “tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar”); en tres ítem de la dimensión de *comunicación* (“me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión”, “adopto

una actitud relajada en las conversaciones con la familia” y “adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia”); y en el ítem de la dimensión de *respeto hacia las creencias y valores de la familia* (“tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad”). La habilidad de *Reparación Emocional* no ocasiona diferencias significativas en la dimensión de *reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia*.

Los resultados de la prueba *d* de Cohen indican que el tamaño del efecto es, en todos los casos, entre pequeño y moderado. Obtiene el tamaño más bajo el ítem que plantea que el profesional tiene un trato respetuoso hacia el entorno familiar (-0.25). Por su parte, el efecto alcanza un tamaño moderado en el ítem: “promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal” (-0.58).

En la Tabla 5.36, se muestran los resultados de las valoraciones medias de los profesionales en las dimensiones de Prácticas Relacionales, establecidas a nivel teórico a partir de los ítems de dichas prácticas. En esta tabla se muestran los resultados en los dos grupos de profesionales creados según sus puntuaciones en la habilidad de *Atención Emocional* del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.36

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Relacionales atendiendo a la Atención Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Interacción profesional-familia	Q1	4.29 (.45)	-2.533	242	.012	-0.34
	Q3	4.44 (.42)				
Trato a la familia	Q1	4.08 (.42)	-.746	242	.456	-0.10
	Q3	4.12 (.41)				
Comunicación	Q1	4.59 (.37)	-.385	242	.701	-0.05
	Q3	4.61 (.41)				
Respeto hacia creencias y valores de la familia	Q1	4.48 (.73)	-.962	241	.337	-0.13
	Q3	4.57 (.63)				
Reconocer habilidades y fortalezas en la familia	Q1	4.41 (.75)	-.627	242	.531	-0.08
	Q3	4.47 (.77)				

Como se aprecia en la Tabla 5.36, los profesionales con más habilidad de *Atención Emocional*, realizan valoraciones siempre superiores a las de sus compañeros en todas las dimensiones de prácticas relacionales. Sin embargo, dichas diferencias solo alcanzaron a ser estadísticamente significativas en la dimensión de Interacción profesional-familia ( $p=.012$ ).

En la Tabla 5.37, se muestran los resultados de las valoraciones medias de los profesionales en las mismas dimensiones de las Prácticas Relacionales, esta vez, en los dos grupos de profesionales creados según sus puntuaciones en la habilidad de *Claridad Emocional* del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.37

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Relacionales atendiendo a la Claridad Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Interacción profesional-familia	Q1	4.27 (.48)	-3.024	226	.003	-0.37
	Q3	4.45 (.43)				
Trato con la familia	Q1	4.02 (.41)	-2.644	226	.009	-0.35
	Q3	4.17 (.40)				
Comunicación	Q1	4.54 (.43)	-3.839	226	<.001	-0.50
	Q3	4.74 (.31)				
Respeto hacia creencias y valores de la familia	Q1	4.39 (.73)	-2.880	225	.004	-0.38
	Q3	4.65 (.55)				
Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia	Q1	4.33 (.80)	-1.113	226	.267	-0.14
	Q3	4.45 (.80)				

En la Tabla 5.37, se observa que, considerando las puntuaciones más altas y bajas en la habilidad *Claridad Emocional*, los profesionales con puntuaciones más altas en dicha habilidad valoran, significativamente por encima de sus compañeros, los ítems de las dimensiones de Prácticas Relacionales de Interacción profesional-familia ( $p=.012$ ), trato a la familia ( $p=.009$ ), comunicación ( $p<.001$ ) y respeto hacia la creencias y valores de la familia ( $p=.004$ ).

En la Tabla 5.38, se muestran los resultados de las valoraciones medias de los profesionales en las mismas dimensiones de Prácticas Relacionales, esta vez en los dos grupos de profesionales creados según sus puntuaciones en la habilidad de *Reparación Emocional* del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.38

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Relacionales atendiendo a la habilidad de Reparación Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Interacción profesional-familia	Q1	4.23 (.50)	-4.224	252	<.001	-0.55
	Q3	4.48 (.40)				
Trato con la familia	Q1	4.07 (.41)	-1.293	252	.197	-0.17
	Q3	4.14 (.42)				
Comunicación	Q1	4.56 (.39)	-3.217	252	.001	-0.41
	Q3	4.71 (.33)				
Respeto hacia creencias y valores de la familia	Q1	4.37 (.76)	-2.894	251	.004	-0.36
	Q3	4.62 (.59)				
Reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia	Q1	4.32(.79)	-.819	252	.414	-0.10
	Q3	4.40 (.85)				

Se observa que, considerando las puntuaciones más altas y bajas en la habilidad *Claridad Emocional*, los profesionales con puntuaciones más altas en dicha habilidad valoran, siempre por encima de sus compañeros, los ítems de todas las dimensiones de prácticas relacionales. Ahora bien, estas diferencias solo alcanzan la significación estadística en las dimensiones de Interacción profesional-familia ( $p < .001$ ), comunicación ( $p = .001$ ) y respeto hacia la creencias y valores de la familia ( $p = .004$ ).

En la Tabla 5.39 se muestran los resultados globales de las puntuaciones directas de las valoraciones que los profesionales hacen de sus Prácticas Relacionales, atendiendo a las tres habilidades de Inteligencia Emocional del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.39

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para las puntuaciones directas de los profesionales en Prácticas Relacionales, una vez seleccionados los dos cuartiles extremos de puntuación en las habilidades de Inteligencia Emocional*

Habilidad	Q	n	Media (dt)	t	gl	p	d
Atención emocional	Q1	118	64.97 (5.09)	-3.76	242	<.001	-0.48
	Q3	126	67.45 (5.21)				
Claridad emocional	Q1	125	64.79 (5.66)	-3.87	226	<.001	-0.51
	Q3	103	67.52 (4.8)				
Reparación emocional	Q1	128	64.58 (5.6)	-4.1	252	<.001	-0.51
	Q3	126	67.33 (5.08)				

Como puede verse en la Tabla 5.39, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de profesionales que puntúan más alto y más bajo, en las tres dimensiones de habilidad emocional contempladas. Se observa que los profesionales con mayor puntuación en la habilidad de inteligencia emocional(Q3) son los que siempre presentan valoraciones medias superiores en sus Prácticas Relacionales. En cuanto a los resultados alcanzados por la prueba de estimación del tamaño del efecto, se observa que estos tamaños tienen una magnitud mediana.

### 5.4.2. ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS PARTICIPATIVAS Y HABILIDAD EMOCIONAL

En la Tabla 5.40, se presentan las medias y las desviaciones típicas de las valoraciones de los profesionales en los 26 ítems contemplados sobre Prácticas Participativas. Todo ello para las respuestas los 118 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en *Atención Emocional* (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias de ambos grupos de profesionales en cada ítem y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.40

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Participativas atendiendo la habilidad de Atención Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
<b>Colaboración con la familia</b>						
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno para planificar la intervención.	Q1	4.25(.89)	-1.05	242	.291	-0.14
	Q3	4.37 (.86)				
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	Q1	4.19 (.90)	-2.31	242	.021	-0.29
	Q3	4.43 (.72)				
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>						
16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	Q1	3.35 (1.13)	-3.63	242	<.001	-0.47
	Q3	3.87 (1.09)				
18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	Q1	3.38 (1.01)	-2.84	241	.005	-0.36
	Q3	3.72 (.88)				
<b>Promoción de la participación familiar</b>						
17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos...).	Q1	3.60 (.95)	-1.73	242	.084	-0.23
	Q3	3.83 (1.05)				
43. Animo a la familia a relacionarse con otras que tienen la misma o similar problemática.	Q1	3.60 (.98)	-1.84	242	.066	-0.24
	Q3	3.85 (1.09)				
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>						
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	Q1	4.29 (.78)	-1.04	242	.299	-0.13
	Q3	4.39 (.72)				
7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	Q1	4.59 (.61)	.03	241	.975	0.00
	Q3	4.59 (.59)				
	Q1	4.70 (.54)				

19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	Q3	4.68 (.67)				
31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	Q1	4.05 (.69)				
	Q3	4.29 (.76)	-2.60	242	.010	-0.33
32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	Q1	4.27 (.77)				
	Q3	4.47 (.72)	-2.04	240	.042	-0.27
<b>Fomento de recursos y oportunidades de participación</b>						
5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	Q1	4.38 (.66)				
	Q3	4.55 (.58)	-2.07	242	.039	-0.27
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	Q1	4.42 (.76)				
	Q3	4.48 (.65)	-.66	240	.509	-0.08
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental ...	Q1	4.16 (.81)				
	Q3	4.26 (.79)	-.92	241	.358	-0.12
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	Q1	4.17 (.80)				
	Q3	4.31 (.78)	-1.37	242	.171	-0.18
22. Promuevo la participación de todas las personas relacionadas con el niño.	Q1	3.69 (.92)				
	Q3	3.77 (1.06)	-.58	242	.557	-0.08
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>						
24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	Q1	3.48 (1.25)				
	Q3	3.67 (1.25)	-1.17	241	.242	-0.15
25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	Q1	4.23 (.77)				
	Q3	4.38 (.72)	-1.60	241	.109	-0.20
<b>Apoyo de las decisiones de las familias</b>						
32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	Q1	4.38 (.71)				
	Q3	4.37 (.84)	.19	241	.847	0.01
36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	Q1	4.19 (.85)				
	Q3	4.35 (.82)	-1.44	242	.151	-0.19
37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	Q1	3.92 (.86)				
	Q3	4.21 (.82)	-2.61	242	.010	-0.34
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>						
39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	Q1	3.85 (1.10)				
	Q3	4.30 (.99)	-3.31	241	.001	-0.43
40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	Q1	3.89 (.95)				
	Q3	4.18 (.90)	-2.46	241	.015	-0.31
<b>Consideración de las necesidades y prioridades de la familia</b>						
10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	Q1	3.65 (.85)				
	Q3	4.12 (.88)	-4.19	242	<.001	-0.54
44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	Q1	3.88 (.78)				
	Q3	4.22 (.68)	-3.62	242	<.001	-0.46

Enfoque de trabajo positivo – Refuerzo del esfuerzo						
29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	Q1	4.85 (.40)	-.53	242	.591	-0.05
	Q3	4.87 (.33)				

Los profesionales que puntúan más alto en la habilidad de *Atención Emocional* valoran más alto, que sus compañeros del primer cuartil, prácticamente todos los ítems planteados de Prácticas Participativas. Estas diferencias alcanzaron la significación estadística en 11 de los 26 de los ítems. Esto supone que la habilidad de *Atención Emocional* está afectando al 42.31% de los ítems planteados de Prácticas Participativas.

Así, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en ítems de prácticamente todas las dimensiones:

- en la dimensión de colaboración con la familia, en el ítem *Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás*;
- en la dimensión de inclusión de la familia en la planificación de objetivos, en los ítems *Planifico los objetivos de la intervención con la familia* y *Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno*;
- en la dimensión de potenciación de fortalezas en la familia, en los ítems *Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención* y *Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño*;
- en la dimensión de fomento de recursos y oportunidades de participación, en el ítem *Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje*;
- en la dimensión de apoyo a las decisiones de la familia, en el ítem *Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia*;
- en la dimensión de programación de una intervención flexible e individualizada, en los ítems *Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares* y *Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño*;
- y en la dimensión de considerar las necesidades y prioridades de la familia, en los ítems *Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención* y *Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención*.

Los resultados de la prueba  $d$  de Cohen indican que el tamaño del efecto es, en casi todos los casos, mayoritariamente pequeño, alcanzando un tamaño moderado en el ítem *Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención* (-0.54).

En la Tabla 5.41, se muestran, atendiendo a los resultados de la habilidad de *Claridad Emocional* del TMMS-24, las medias y las desviaciones típicas de las valoraciones de los profesionales en todos los ítems sobre sus Prácticas Participativas. Se consideraron las respuestas los 125 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en la habilidad de *Claridad Emocional* (Q1) y los 103 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba  $t$  de Student para el contraste de las medias y el estadístico  $d$  de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.41

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Participativas atendiendo a la habilidad de Claridad Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
<b>Colaboración con la familia</b>						
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno para planificar la intervención.	Q1	4.26 (.89)	-1.34	226	.179	-0.19
	Q3	4.42 (.81)				
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	Q1	4.12 (.84)	-3.38	226	.001	-0.45
	Q3	4.48 (.71)				
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>						
16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	Q1	3.61 (1.04)	-.24	226	.811	0.04
	Q3	3.57(1.16)				
18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	Q1	3.54 (.87)	-1.20	226	.229	0.16
	Q3	3.39 (.97)				
<b>Promoción de la participación familiar</b>						
17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones).	Q1	3.59 (.94)	-2.43	226	.015	-0.11
	Q3	3.70 (1.06)				
43. Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.	Q1	3.52 (1.01)	-1.72	226	.086	-0.23
	Q3	3.76 (1.06)				
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>						
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	Q1	4.18 (.78)	-2.43	226	.015	-0.32
	Q3	4.43 (.76)				

RESULTADOS

7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	Q1	4.46 (.69)					
	Q3	4.63 (.52)	-2.07	225	.040	-0.27	
19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	Q1	4.58 (.63)					
	Q3	4.74 (.59)	-1.96	226	.050	-0.26	
31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	Q1	3.96 (.73)					
	Q3	4.34 (.77)	-3.79	226	<.001	-0.50	
32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	Q1	4.14 (.74)					
	Q3	4.50 (.73)	-3.64	224	<.001	-0.48	
<b>Fomento de recursos y oportunidades de participación</b>							
5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	Q1	4.34 (.69)					
	Q3	4.54 (.65)	-2.21	226	.028	-0.32	
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	Q1	4.33 (.72)					
	Q3	4.48 (.74)	-1.46	223	.144	-0.20	
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje inciden ...	Q1	4.13 (.78)					
	Q3	4.25 (.40)	-1.18	224	.237	-0.15	
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	Q1	4.15 (.76)					
	Q3	4.41 (.72)	-2.58	226	.010	-0.35	
22. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño.	Q1	3.64 (.88)					
	Q3	3.78 (1.05)	-1.06	226	.288	-0.14	
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>							
24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	Q1	3.47 (1.19)					
	Q3	3.79 (1.18)	-2.01	225	.046	-0.27	
25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	Q1	4.10 (.81)					
	Q3	4.51 (.62)	-4.27	226	<.001	-0.55	
<b>Apoyar de las decisiones de las familias</b>							
32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	Q1	4.23 (.80)					
	Q3	4.51 (.76)	-2.75	225	.006	-0.35	
36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	Q1	4.18 (.80)					
	Q3	4.26 (.90)	-.68	226	.492	-0.09	
37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	Q1	3.97 (.85)					
	Q3	4.06 (.89)	-.78	225	.436	-0.10	
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>							
39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	Q1	3.96 (1.04)					
	Q3	4.07 (1.09)	-.76	226	.448	-0.10	
40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	Q1	3.95 (.86)					
	Q3	3.96(1.05)	-.072	224	.943	-0.01	
<b>Consideración de necesidades y prioridades de la familia</b>							
10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	Q1	3.86 (.80)					
	Q3	3.70 (.96)	-1.40	226	.162	0.18	

44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	Q1	3.99 (.70)	-.29	226	.771	0.04
	Q3	3.96 (.89)				
<b>Enfoque de trabajo positivo- Refuerzo del esfuerzo</b>						
29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	Q1	4.77 (.49)	-2.04	226	.042	-0.26
	Q3	4.88 (.32)				

En la valoración que los profesionales hacen de las distintas Prácticas Participativas planteadas, los profesionales con una habilidad de *Claridad Emocional* más baja (Q1), presentan unas valoraciones medias más bajas, en prácticamente todos los ítems, que sus compañeros con puntuaciones más altas en esa habilidad de inteligencia emocional (Q3). Estas diferencias alcanzaron la significación estadística en un total de 13 ítems del inventario. Esto supone que la habilidad de *Claridad Emocional* está afectando al 50% de los ítems de Prácticas Participativas planteados.

Así, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en ítems de prácticamente todas las dimensiones:

- en la dimensión de colaboración con la familia, en el ítem *Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás*;
- en la dimensión de promoción de la participación familiar, en el ítem *Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones)*;
- en la dimensión de potenciación de fortalezas en la familia, en todos los ítems;
- en la dimensión de fomento de recursos y oportunidades de participación, en los ítems *Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje* y *Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias*;
- en la dimensión de ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas, en los dos ítems que la componen;
- en la dimensión de apoyo a las decisiones de la familia, en el ítem *Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas*;
- y en la dimensión de refuerzo del esfuerzo, en el ítem que incluye de *Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo*.

Los resultados de la prueba *d* de Cohen indican que el tamaño del efecto es pequeño, en casi todos los casos, alcanzando un tamaño moderado en el caso de los ítems, *Ayudar a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención* (-0.50) y *Orientar a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas* (-0.55).

En la Tabla 5.42, se muestran, atendiendo a los resultados en la habilidad de *Reparación Emocional* del TMMS-24, las medias y las desviaciones típicas de las valoraciones de los profesionales en todos los ítems planteados sobre sus Prácticas Participativas. Se consideraron las respuestas los 128 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en la habilidad de *Atención Emocional* (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.42

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Participativas atendiendo a la habilidad de Reparación Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
<b>Colaboración con la familia</b>						
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno para planificar la intervención.	Q1	4.13 (1.05)	-2.31	252	.021	-0.29
	Q3	4.40 (.80)				
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	Q1	4.11 (.83)	-3.16	251	.002	-0.39
	Q3	4.43 (.78)				
<b>Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos</b>						
16. Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	Q1	3.51 (1.12)	-.08	251	.935	-0.01
	Q3	3.52 (1.23)				
18. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	Q1	3.55 (.96)	-1.87	250	.063	0.23
	Q3	3.32 (.99)				
<b>Promoción de la participación familiar</b>						
17. Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos...).	Q1	3.46 (1.01)	-2.87	251	.004	-0.37
	Q3	3.82 (.94)				
43. Animo a la familia a relacionarse con otras que tienen la misma o similar problemática.	Q1	3.53 (1.01)	-3.10	252	.002	-0.39
	Q3	3.93 (1.02)				
<b>Potenciación de fortalezas de la familia</b>						
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	Q1	4.11 (.79)	-3.20	252	.002	-0.39
	Q3	4.42 (.75)				

7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	Q1	4.39 (.70)					
	Q3	4.68 (.51)	-3.72	251	<.001	-0.47	
19. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	Q1	4.52 (.69)					
	Q3	4.78 (.50)	-3.42	252	.001	-0.42	
31. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	Q1	4.02 (.74)					
	Q3	4.33 (.72)	-3.44	252	.001	-0.42	
32. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	Q1	4.11 (.78)					
	Q3	4.60 (.62)	-5.44	250	<.001	-0.69	
<b>Fomento de recursos y oportunidades de participación</b>							
5. Me intereso por conocer el entorno para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	Q1	4.28 (.74)					
	Q3	4.52 (.56)	-2.93	252	.004	-0.36	
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	Q1	4.30 (.77)					
	Q3	4.56 (.61)	-3.01	249	.003	-0.37	
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental...	Q1	3.98 (.86)					
	Q3	4.42 (.73)	-4.43	249	<.001	-0.54	
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	Q1	4.06 (.86)					
	Q3	4.28 (.75)	-2.12	251	.035	-0.27	
22. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño.	Q1	3.57 (1.00)					
	Q3	3.86 (1.02)	-2.24	251	.026	-0.29	
<b>Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas</b>							
24. Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	Q1	3.39 (1.28)					
	Q3	3.82 (1.28)	-2.62	251	.009	-0.33	
25. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	Q1	4.13 (.86)					
	Q3	4.56 (.60)	-4.70	252	<.001	-0.58	
<b>Apoyo de las decisiones de las familias</b>							
32. Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	Q1	4.23 (.83)					
	Q3	4.58 (.62)	-3.67	251	<.001	-0.47	
36. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	Q1	4.20 (.85)					
	Q3	4.23 (.83)	-.25	252	.798	-0.04	
37. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	Q1	4.05 (.80)					
	Q3	4.03 (.90)	-.21	252	.831	0.02	
<b>Programación de intervención flexible e individualizada</b>							
39. Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	Q1	3.87 (1.14)					
	Q3	4.15 (1.08)	-1.97	250	.049	-0.25	
40. Analizo las rutinas de la familia para incorporar actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	Q1	3.79 (1.05)					
	Q3	4.10 (.92)	-2.42	249	.016	-0.31	

<b>Consideración de necesidades y prioridades de la familia</b>						
10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	Q1	3.74 (.92)				
	Q3	3.77 (.93)	-0.23	252	.812	-0.03
44. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	Q1	4.01 (.79)				
	Q3	4.02 (.85)	-0.15	252	.877	-0.01
<b>Enfoque de trabajo positivo- Refuerzo del esfuerzo</b>						
29. Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	Q1	4.73 (.46)				
	Q3	4.90 (.32)	-3.55	252	<.001	-0.42

Los profesionales que puntúan más alto en la habilidad de *Reparación Emocional* valoran más alto, que sus compañeros del primer cuartil, prácticamente todos los ítems planteados de Prácticas Participativas. Estas diferencias alcanzaron la significación estadística en 20 de los 26 de los ítems disponibles. Esto supone que la habilidad de *Atención Emocional* está afectando al 76.92% de los ítems planteados de Prácticas Participativas.

Así, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en ítems de prácticamente todas las dimensiones:

- en la dimensión de colaboración con la familia, en los dos ítems que la componen;
- en la dimensión de promoción de la participación familiar, en los dos ítems que la componen;
- en la dimensión de potenciación de fortalezas en la familia, en todos los ítems que la componen;
- en la dimensión de fomento de recursos y oportunidades de participación, en todos los ítems que la componen;
- en la dimensión de ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas, en los dos ítems que la componen;
- en la dimensión de apoyo a las decisiones de la familia, en el ítem *Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas*;
- en la dimensión de programación de una intervención flexible e individualizada, en los dos ítems que la componen;

- y en la dimensión de refuerzo del esfuerzo, en el ítem que incluye de *Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo*.

Los resultados de la prueba *d* de Cohen indican que el tamaño del efecto es pequeño, en casi todos los casos, alcanzando un tamaño moderado en el caso de algunos ítems como orientar a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas (-0.58), ayudar a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos (-0.54) y reforzar el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño (-0.69).

En la Tabla 5.43, se muestran los resultados de las valoraciones medias de los profesionales en las dimensiones de Prácticas Participativas, establecidas a nivel teórico a partir de los ítems de dichas prácticas. En esta tabla se muestran los resultados en los dos grupos de profesionales creados según sus puntuaciones en la habilidad de *Atención Emocional* del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba *t* de Student para el contraste de las medias y el estadístico *d* de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.43

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Participativas atendiendo a la habilidad de Atención Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Colaboración con la familia	G1	4.22 (.69)	-2.07	242	.039	-0.26
	G3	4.40 (.66)				
Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos	G1	3.48 (.64)	-3.81	242	<.001	-0.49
	G3	3.82 (.72)				
Promoción de la participación familiar	G1	3.60 (.75)	-2.25	242	.025	-0.28
	G3	3.83 (.86)				
Potenciación de fortalezas de la familia	G1	4.38 (.44)	-1.72	242	.086	-0.21
	G3	4.48 (.49)				
	G1	4.16 (.53)	-1.54	242	.123	-0.20

Fomento de recursos y oportunidades de participación	G3	4.27 (.56)				
Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas	G1	3.86 (.86)	-1.56	242	.118	-0.20
	G3	4.03 (.84)				
Apoyo de las decisiones de las familias	G1	4.17 (.56)	-1.83	242	.068	-0.24
	G3	4.31 (.60)				
Programación de intervención flexible e individualizada	G1	3.86 (.90)	-3.51	242	.001	-0.44
	G3	4.24 (.80)				
Consideración de necesidades y prioridades de la familia	G1	3.76 (.68)	-4.50	242	<.001	-0.58
	G3	4.17 (.71)				
Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo	G1	4.85 (.40)	-.53	242	.591	-0.05
	G3	4.87 (.33)				

Los profesionales con más habilidad de *Atención Emocional*, realizan valoraciones siempre superiores a las de sus compañeros en todas las dimensiones de Prácticas Relacionales. Sin embargo, dichas diferencias alcanzaron a ser estadísticamente significativas en cinco de las diez dimensiones planteadas (50%): colaboración con la familia ( $p= .039$ ), inclusión de la familia en la planificación de objetivos ( $p< .001$ ), promoción de la participación familiar ( $p= .025$ ), programación de intervención flexible e individualizada ( $p= .001$ ), considerar las necesidades y prioridades de la familia ( $p< .001$ ). Los resultados de la prueba  $d$  de Cohen indican que el tamaño del efecto es mayoritariamente pequeño, alcanzando un tamaño moderado en la dimensión de considerar las necesidades y prioridades de la familia (-0.58).

En la Tabla 5.44, se muestran los resultados de las valoraciones medias de los profesionales en las mismas dimensiones de las Prácticas Participativas, esta vez, en los dos grupos de profesionales creados según sus puntuaciones en la habilidad de *Claridad Emocional* del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba  $t$  de Student para el contraste de las medias y el estadístico  $d$  de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.44

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Participativas atendiendo a la Claridad Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Colaboración con la familia	Q1	4.19 (.67)	-2.91	226	.004	-0.40
	Q3	4.45 (.63)				
Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos	Q1	3.56 (.62)	-.45	226	.652	-0.06
	Q3	3.60 (.72)				
Promoción de la participación familiar	Q1	3.55 (.78)	-1.59	226	.111	-0.21
	Q3	3.72 (.84)				
Potenciación de fortalezas de la familia	Q1	4.26 (.51)	-4.03	226	<.001	-0.55
	Q3	4.53 (.47)				
Fomento de recursos y oportunidades de participación	Q1	4.12 (.54)	-2.33	226	.021	-0.30
	Q3	4.29 (.60)				
Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas	Q1	3.78 (.88)	-3.27	226	.001	-0.44
	Q3	4.15 (.78)				
Apoyo de las decisiones de las familias	Q1	4.13 (.59)	-1.82	226	.069	-0.25
	Q3	4.28 (.61)				
Programación de intervención flexible e individualizada	Q1	3.94 (.86)	-.51	226	.608	-0.07
	Q3	4.00 (.92)				
Consideración de necesidades y prioridades de la familia	Q1	3.92 (.60)	1.03	226	.304	-0.13
	Q3	3.83 (.82)				
Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo	Q1	4.77 (.49)	-2.04	226	.042	-0.26
	Q3	4.88 (.32)				

Los profesionales con más habilidad de *Claridad Emocional*, realizan valoraciones superiores a las de sus compañeros en prácticamente todas las dimensiones de Prácticas Participativas. Sin embargo, dichas diferencias alcanzaron a ser estadísticamente significativas en cinco de las diez dimensiones planteadas (50%): colaboración con la familia ( $p= .004$ ), potenciación de fortalezas de la familia ( $p< .001$ ), fomento de recursos y oportunidades de participación ( $p= .021$ ), ayuda a la familia a considerar soluciones a diferentes problemas ( $p= .001$ ), enfoque de trabajo positivo o refuerzo del esfuerzo( $p= .042$ ). Los resultados de la prueba  $d$  de Cohen indican que el tamaño del efecto es mayoritariamente pequeño, alcanzando un tamaño moderado en la dimensión de potenciación de fortalezas en la familia (-0.55).

En la Tabla 5.45, se muestran los resultados de las valoraciones medias de los profesionales en las mismas dimensiones de las Prácticas Participativas, esta vez, en los dos grupos de profesionales creados según sus puntuaciones en la habilidad de *Reparación Emocional* del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba  $t$  de Student para el contraste de las medias y el estadístico  $d$  de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.45

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Participativas atendiendo a la Reparación Emocional de los profesionales*

	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Colaboración con la familia	Q1	4.12 (.75)	-3.45	252	.001	-0.44
	Q3	4.42 (.61)				
Inclusión de la familia en la planificación de los objetivos	Q1	3.51 (.70)	-1.59	252	.111	-0.20
	Q3	3.65 (.72)				
Promoción de la participación familiar	Q1	3.49 (.84)	-3.75	252	<.001	-0.47
	Q3	3.87 (.77)				
	Q1	4.22 (.52)	-5.62	252	<.001	-0.72

Potenciación de fortalezas de la familia	Q3	4.56 (.41)				
Fomento de recursos y oportunidades de participación	Q1	4.04 (.59)	-4.14	252	<.001	-0.52
	Q3	4.33 (.52)				
Ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas	Q1	3.76 (.93)	-3.89	252	<.001	-0.49
	Q3	4.19 (.81)				
Apoyo de las decisiones de las familias	Q1	4.16 (.59)	-1.56	252	.119	-0.20
	Q3	4.28 (.59)				
Programación de intervención flexible e individualizada	Q1	3.81 (.98)	-2.67	251	.008	-0.33
	Q3	4.12 (.86)				
Consideración de necesidades y prioridades de la familia	Q1	3.87 (.73)	-.23	252	.818	-0.03
	Q3	3.89 (.77)				
Enfoque de trabajo positivo-Refuerzo del esfuerzo	Q1	4.73 (.46)	-3.55	252	<.001	-0.43
	Q3	4.90 (.32)				

Los profesionales con más habilidad de *Reparación Emocional*, realizan valoraciones siempre superiores a las de sus compañeros en todas las dimensiones de Prácticas Participativas. Dichas diferencias alcanzaron a ser estadísticamente significativas en siete de las diez dimensiones planteadas (70%): colaboración con la familia ( $p = .001$ ), promoción de la participación familiar ( $p < .001$ ), potenciación de fortalezas de la familia ( $p < .001$ ), fomento de recursos y oportunidades de participación ( $p < .001$ ), ayuda a la familia a encontrar soluciones a diferentes problemas ( $p < .001$ ), programación de intervención flexible e individualizada ( $p = .008$ ) y enfoque de trabajo positivo o refuerzo del esfuerzo ( $p < .001$ ). Los resultados de la prueba  $d$  de Cohen indican que el tamaño del efecto es mayoritariamente moderado, alcanzando un tamaño del efecto grande en la dimensión de potenciación de fortalezas de las familias (-0.72).

En la Tabla 5.46 se muestran los resultados globales de las puntuaciones directas de las valoraciones que los profesionales hacen de sus Prácticas Participativas, atendiendo a las tres habilidades de Inteligencia Emocional del TMMS-24. También aquí, se presentan los resultados de la prueba t de Student para el contraste de las medias y el estadístico d de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 5.46

*Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para las puntuaciones directas de los profesionales en Prácticas Participativas, una vez seleccionados los dos cuartiles extremos de puntuación en las habilidades de Inteligencia Emocional*

Habilidad	Q	Niveles	n	Media (DT)	t	gl	p	d
Atención emocional	Q1	≤21	118	105.25 (10.62)	-3.48	242	.001	-0.44
	Q3	≥28	126	110.26 (11.78)				
Claridad emocional	Q1	≤27	125	104.83 (11.28)	-2.57	226	.011	-0.34
	Q3	≥34	103	108.82 (12.07)				
Reparación emocional	Q1	≤27	128	103.53 (12.35)	-4.01	252	<.001	-0.50
	Q3	≥34	126	109.53 (11.44)				

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de profesionales que puntúan más alto y más bajo, en las tres dimensiones de habilidad emocional contempladas. Se observa que los profesionales con mayor puntuación en la habilidad de inteligencia emocional (Q3) son los que siempre presentan valoraciones medias superiores en sus Prácticas Participativas. En cuanto a los resultados alcanzados por la prueba de estimación del tamaño del efecto, se observa que estos tamaños tienen una magnitud mediana.

## OBJETIVO 5

### 5.5. PERFIL EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACTUACIÓN

#### 5.5.1. PERFIL EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN FUNCIÓN DEL SEXO

A continuación, en la Tabla 5.47, 5.48 y 5.49, queda reflejado el perfil emocional de los profesionales participantes en el estudio, según el sexo y atendiendo a las tres habilidades de inteligencia emocional analizadas: *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional*.

Tabla 5.47

*Perfil Emocional por Sexo para la habilidad de Atención Emocional*

<i>puntuaciones</i>	<b>Hombre</b>	<i>puntuaciones</i>	<b>Mujer</b>
<21	6(24%)	<24	167 (43.6%)
22-32	16 (64%)	25-35	209 (56%)
>33	3 (12%)	>36	7 (1.8%)

El 64% de los hombres que forman parte de nuestra muestra presentan una *Atención Emocional* adecuada, el 24% necesitaría prestar más atención y mejorar su capacidad de expresar sus sentimientos, mientras que el 12% presenta demasiada *Atención Emocional*. Por su parte, el 54.6% de las mujeres presentan una *Atención Emocional* adecuada, el 43.6% necesitaría prestar más atención y mejorar su capacidad de expresar sus sentimientos, y el 1.8 % presta demasiada *Atención Emocional*.

Tabla 5.48

*Perfil Emocional por Sexo para la habilidad de Claridad Emocional*

<i>puntuaciones</i>	<b>Hombre</b>	<i>puntuaciones</i>	<b>Mujer</b>
<25	5 (20%)	<23	32 (8.4%)
26-35	15 (60%)	25-35	290 (75.7%)
>36	5 (20%)	>36	61 (15.9%)

Respecto a la habilidad de *Claridad Emocional*, el 60% de los hombres presentan una *Claridad Emocional* adecuada, comprenden bien sus estados emocionales; el 20% deben de mejorar esta comprensión; y el otro 20% presentan una *Claridad Emocional* excelente. En el grupo femenino, el 75.7% comprenden bien sus estados emocionales; el 8.4% deben mejorar su habilidad de *Claridad Emocional*; y el 15.9% tiene una habilidad excelente de *Claridad Emocional* para comprender sus estados emocionales.

Tabla 5.49

*Perfil Emocional por Sexo para la habilidad de Reparación Emocional*

<i>Puntuaciones</i>	<b>Hombre</b>	<i>puntuaciones</i>	<b>Mujer</b>
<23	0	<23	37 (9.6%)
24-35	23 (92%)	24-34	270 (64.3%)
>36	2 (8%)	>35	77(18.3%)

En cuanto a la habilidad de *Reparación Emocional*, el 92% de los hombres es capaz de regular correctamente los estados emocionales y el 8% tiene una habilidad de *Reparación Emocional* excelente. En el grupo de las mujeres, el 64.3% presentan un nivel adecuado de *Reparación Emocional*; el 9.6% deben mejorar su habilidad; y el 18.3% presentan un nivel excelente en la habilidad de *Reparación Emocional*.

### 5.5.2. PERFIL EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN FUNCIÓN DEL SEXO Y DEL TIPO DE ACTUACIÓN

En la Tabla 5.50, 5.51 y 5.52, se presenta el perfil emocional de los profesionales participantes en el estudio, según el sexo y la actuación en la intervención, atendiendo a las tres habilidades de inteligencia emocional analizadas: *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional*.

Tabla 5.50

#### *Perfil Emocional-Sexo-Práctica-Atención Emocional*

Atención Emocional					
Hombres			Mujeres		
>=21	Relacionales	3.86 (.41)	>=24	Relacionales	4.08 (.31)
	Participativas	3.61 (.40)		Participativas	4.08 (.42)
22-32	Relacionales	4.20 (.22)	25-35	Relacionales	4.16 (.32)
	Participativas	4.28 (.32)		Participativas	4.16 (.46)
<=33	Relacionales	4.52 (.19)	<36	Relacionales	4.45 (.24)
	Participativas	4.79 (.26)		Participativas	4.51 (.26)

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 5.50, los profesionales masculinos que tienen un perfil emocional con tendencia a mejorar porque presta poca atención (menor a 21 puntos para hombres y 24 para mujeres) alcanza puntuaciones superiores en prácticas relacionales. Las mujeres, sin embargo, puntúan igual en los dos tipos de prácticas. Cuando tienen una adecuada Atención Emocional (entre 22-32 puntos para hombres y 25-35 para mujeres), los hombres siguen teniendo puntuaciones superiores en las prácticas participativas y las mujeres puntúan igual en ambas prácticas. Sin embargo, cuando la atención es excesiva y también deben mejorar (mayor a 33 puntos para hombres y 36 para mujeres), los hombres y las mujeres obtienen medias superiores en las prácticas participativas.

Además, se puede observar que los profesionales que tienen un perfil emocional con tendencia a prestar mucha atención, las puntuaciones son superiores tanto en prácticas participativas como relacionales respecto a los otros grupos.

Tabla 5.51

*Perfil Emocional-Sexo-Práctica-Claridad Emocional*

<b>Claridad Emocional</b>					
<b>Hombres</b>			<b>Mujer</b>		
>25	Relacionales	4.02 (.45)	>23	Relacionales	4.08 (.38)
	Participativas	3.86 (.42)		Participativas	3.98 (.49)
26-35	Relacionales	4.15 (.31)	24-34	Relacionales	4.12 (.31)
	Participativas	4.27 (.48)		Participativas	4.13 (.43)
<36	Relacionales	4.32 (.18)	<35	Relacionales	4.25 (.31)
	Participativas	4.26 (.53)		Participativas	4.23 (.46)

En cuanto a la *Claridad Emocional*, los profesionales masculinos y femeninos que tienen un perfil emocional con tendencia a mejorar (menor a 25 puntos para hombres y 23 para mujeres) alcanzan puntuaciones superiores en Prácticas Relacionales. Cuando tienen una adecuada *claridad emocional* (entre 26-35 puntos para hombres y 24-34 para mujeres), tanto los hombres como las mujeres tienen puntuaciones superiores en las Prácticas Participativas. Sin embargo, cuando la claridad es excelente (mayor a 36 puntos para hombres y 35 para mujeres) ambos grupos puntúan superior en Prácticas Relacionales.

Tabla 5.52

*Perfil Emocional-Sexo-Práctica-Reparación Emocional*

Reparación Emocional					
Hombres			Mujeres		
<23	Relacionales		<23	Relacionales	4.00 (.34)
	Participativas			Participativas	3.88 (.44)
24-35	Relacionales	4.13 (.33)	24-34	Relacionales	4.12 (.31)
	Participativas	4.21 (.47)		Participativas	4.13 (.43)
>36	Relacionales	4.43 (.17)	>35	Relacionales	4.24 (.31)
	Participativas	3.92 (.81)		Participativas	4.26 (.45)

Respecto a la *Reparación Emocional*, las mujeres que tienen un perfil emocional con tendencia a mejorar su reparación (23 puntos para mujeres) alcanzan puntuaciones superiores en Prácticas Relacionales. Cuando tienen una adecuada una reparación emocional (entre 24-35 puntos para hombres y 24-34 para mujeres), tanto los hombres como las mujeres tienen puntuaciones superiores en las Prácticas Participativas. Sin embargo, cuando la reparación es excelente (mayor a 36 puntos para hombres y 35 para mujeres) los hombres puntúan superior en las Prácticas Relacionales y las mujeres en las Prácticas Participativas.

A continuación, se muestran los datos de los profesionales (Hombre y Mujer) con perfil emocional por debajo de la zona promedio.

En la Figura 3 se muestran los datos alcanzados por los profesionales hombres y mujeres en prácticas participativas y relacionales que manifiestan un perfil emocional mejorable-por debajo de la zona promedio.

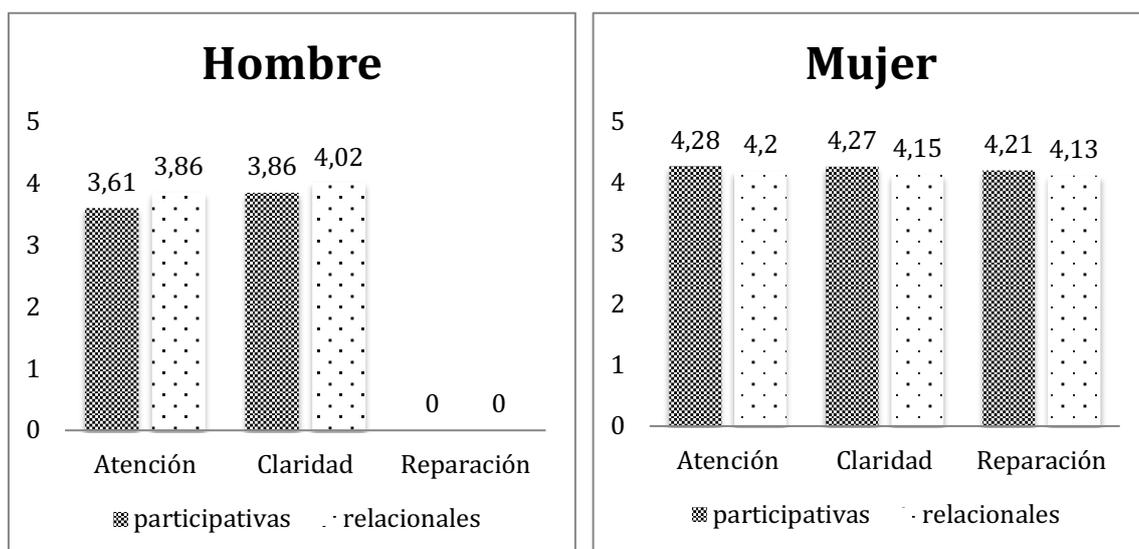


Figura 3. Habilidad emocional y prácticas en Atención Temprana en hombres y mujeres

Ahora, se muestran los datos de los profesionales (Hombre y Mujer) con un perfil emocional por dentro de la zona promedio.

En la Figura 4 se muestran los datos alcanzados por los profesionales hombres y mujeres en prácticas participativas y relacionales que manifiestan un perfil emocional aceptable ya que se sitúan en la zona promedio.

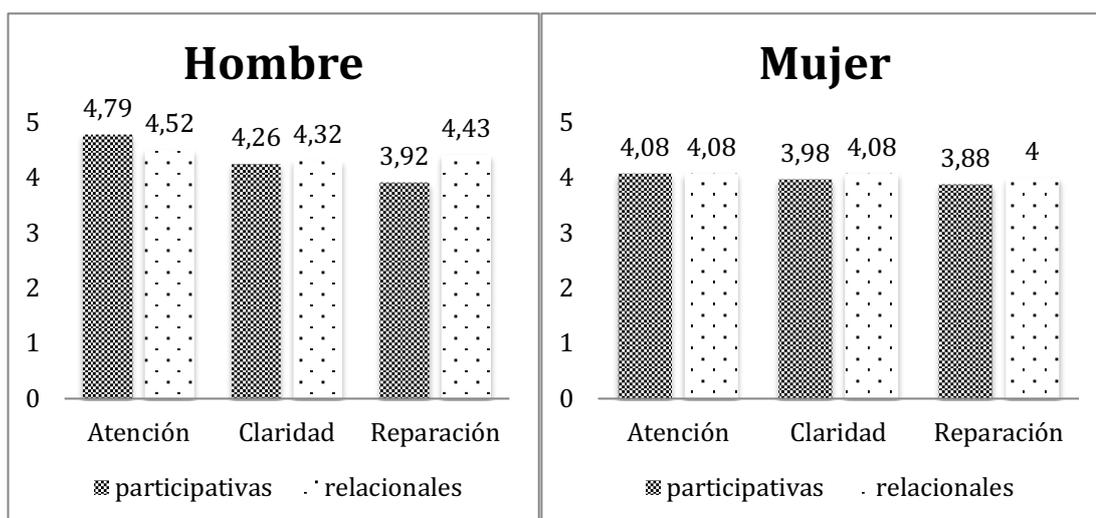


Figura 4. Habilidad emocional y prácticas en Atención Temprana en hombres como mujeres.

Seguidamente, se muestran los datos de los profesionales (Hombre y Mujer) con un perfil emocional por encima de la zona promedio. En la Figura 5 se muestran los datos alcanzados por los profesionales hombres y mujeres en prácticas participativas y relacionales que manifiestan un perfil emocional óptimo ya que se sitúan por encima de la zona promedio.

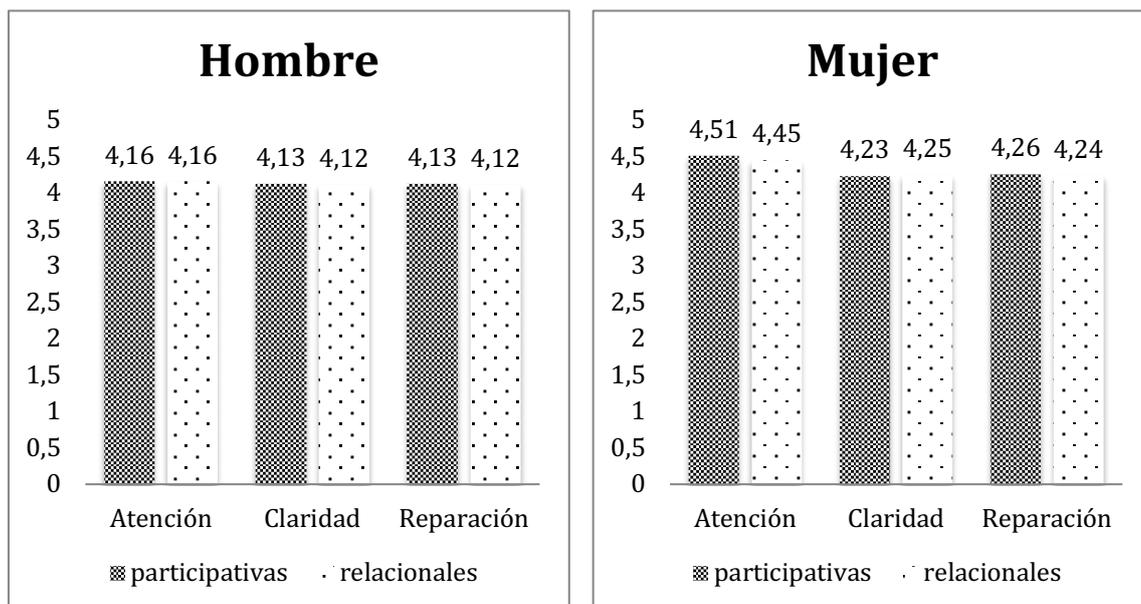


Figura 5. Gráfico representativo de la relación de la habilidad emocional y las prácticas en Atención Temprana cuando los profesionales presentan excelentes habilidades emocionales.

## CAPÍTULO 6

# DISCUSIÓN, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

*Los que no puede cambiar sus mentes no pueden cambiar nada. George Bernard Shaw.  
Nunca aprendí de un hombre que estuviese de acuerdo conmigo.*

ROBERT A. HEINLEIN

### INTRODUCCIÓN

La información que configura este capítulo tendrá como finalidad principal dar respuesta a los objetivos que nos planteamos cuando nos embarcamos en este trabajo. Para ello interpretaremos y discutiremos los datos y resultados obtenidos en las pruebas aplicadas. Además, reflexionaremos sobre las mejoras e implicaciones para próximas investigaciones. Debemos recordar que, el estudio presentado versa sobre las prácticas relacionales y participativas, que realizan los profesionales de Atención Temprana en su intervención, y si éstas están asociadas a la Inteligencia Emocional del profesional. Utilizaremos, como base de interpretación y discusión de los resultados, el marco teórico que sustenta la investigación.

Para facilitar la lectura, se presentarán las conclusiones por los objetivos establecidos y, por último, presentaremos sugerencias para posibles investigaciones futuras.

### **6.1. OBJETIVO 1: ELABORAR UN INSTRUMENTO PARA QUE LOS PROFESIONALES PUEдан VALORAR SU PRÁCTICA EN ATENCIÓN TEMPRANA CON LA FAMILIA, ATENDIENDO A SUS DIMENSIONES RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS**

Para el proceso de elaboración del instrumento requerido para valorar la práctica profesional, nos apoyamos en la bibliografía nacional e internacional que había publicada sobre la temática. Llegamos a la conclusión de que no había ningún instrumento que se ajustara a las características de estudio a realizar. La investigación de Dunst (2002), sirvió para estructurar el cuestionario al identificar distintas dimensiones para las prácticas relacionales y para las prácticas participativas. Como quedó reflejado en el capítulo 2 de este trabajo, se buscaron otros autores que apoyasen de la importancia de estas dimensiones en la práctica de Atención Temprana. Dunst (2002) proponía 5 dimensiones para las prácticas relacionales (que finalmente en este trabajo quedaron definidas como interacción profesional–familia, trato con la familia, comunicación, respeto de creencias y valores de la familia, reconocimiento de habilidades y fortalezas en la familia). Para las prácticas participativas el autor identificaba 10 dimensiones (que finalmente aquí se definieron como colaboración con la familia, inclusión de la familia en la planificación de los objetivos, promoción de la participación familiar, potenciación de fortalezas de las familias, fomento de recursos y oportunidades de participación, ayuda a la familia a considerar soluciones a diferentes problemas, apoyo a las decisiones de las familias, programación de una intervención flexible e individualizada, consideración de las necesidades y prioridades de la familia y enfoque de trabajo positivo o refuerzo del esfuerzo). Con todo, también encontramos apoyo en otros instrumentos. Uno de ellos fue la FINESSE II – Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation, adaptada al castellano por McWilliam et al. (2013). Otro, instrumento que encontramos de utilidad, no menos importante, fue el Cuestionario de Estilos de Interacción entre Padres y Profesionales en Atención Temprana – EIPPAT de Escorcía et al. (2016).

Tras la batería de preguntas que confeccionamos en un primer momento, contamos con un grupo de expertos para valorar la presentación del instrumento, la relevancia de los ítems preparados para la identificación de características sociodemográficas de la muestra, así como el grado de adecuación del contenido de los

ítems sobre prácticas profesionales, su claridad y representatividad. Para el juicio de expertos contamos con un grupo de profesionales suficiente y experimentado en la tarea y en Atención Temprana.

En cuanto a los aspectos referidos a la presentación de instrumentos los jueces lo valoran de forma positiva ya que están de acuerdo con la información que se les da a conocer. Además, consideraron relevantes las variables que hemos contemplado y que el contenido que aparece es excelente, aunque piensan que hay que reformular la longitud, la claridad y el vocabulario. Respecto a los ítems, los expertos valoran entre “bastante” y “mucho” la representatividad y la claridad de estos. Debemos resaltar que los pocos ítems que alcanzan medias algo más bajas, hacen referencia siempre a prácticas asociadas a la inclusión de la participación familiar en la intervención. Podemos interpretar, por ello, que los expertos nos estaban avisando de la importancia que la familia tiene en la intervención, aunque a veces no llegamos a saber bien como incluirla.

En función del juicio de experto realizado, reformulamos los ítems que no quedaban del todo claro, eliminamos los que llevaban a confusión e incluimos algunos que no habíamos contemplado y que los profesionales creían importantes. De esta manera, podemos afirmar que la estrategia de que los ítems o, mejor dicho, el instrumento, fuese valorado por personas externas a la investigación y expertas en la valoración de instrumentos de este tipo y en Atención Temprana, ha sido positivo, ya que ha sido enriquecedor para la investigación y para el propio equipo de investigación.

Con la creación del Inventario de la Práctica Profesional en Atención Temprana IPPAT, podemos decir se aporta un instrumento de medida para conocer como es la intervención que realiza el profesional en Atención Temprana. Dicho instrumento se puede utilizar de muchas formas. Principalmente, para conocer qué tipo de práctica destaca más el profesional en su trabajo, conocer si lleva a cabo una intervención centrada en la familia o, por el contrario, lleva a cabo prácticas de este modelo, pero aún anclado en un posicionamiento de experto. También puede servir al profesional como escala de mejora en su trabajo y, del mismo modo, puede contribuir a la reflexión del equipo a la hora de establecer relaciones eficientes con las familias en la intervención.

El IPPAT es un instrumento que, además de contar con una importante validez de constructo, por el procedimiento de juicio de expertos al que ha sido sometido, presenta una alta fiabilidad, al menos con la muestra en la que fue aplicado.

## **6.2. OBJETIVO 2: CONOCER LA VALORACIÓN QUE LOS PROFESIONALES HACEN DE LAS PRÁCTICAS RELACIONALES Y PARTICIPATIVAS QUE DESARROLLAN EN SU INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA EN ATENCIÓN TEMPRANA**

En primer lugar, ha de señalarse que la muestra conseguida para el estudio puede entenderse como altamente representativa para responder a los objetivos planteados. El volumen de participantes se entiende suficiente, están distribuidos por buena parte del territorio nacional, están ampliamente representadas las diferentes disciplinas profesionales más habituales en los equipos de intervención y los profesionales participantes presentan una importante veteranía en Atención Temprana.

Eso sí, solo el 5% de los participantes reconocían estar trabajando en el entorno natural o en modelos mixtos con predominio en ese entorno natural. Seguramente, este dato refleja lo que era la realidad, en el momento de la recogida de los datos, entre junio de 2016 y enero de 2017). Una realidad marcada por una aún escasa implementación, en el entorno natural, de las prácticas de intervención centrada en la familia. Aunque los profesionales puedan estar acercándose a dicho modelo de intervención, con curiosidad e interés, lo cierto es que los cambios organizativos, necesarios para poder facilitar la movilidad del profesional y su flexibilidad horaria para trabajar en el entorno natural, son complicados aún de conseguir. Con todo, como recientemente señalan García-Sánchez, Rubio-Gómez, Orcajada, Escorcía y Cañadas (2018), la situación está cambiando, con el surgimiento de proyectos de transformación, experiencias universitarias de formación y el ejemplo de centros que ya han iniciado esa implementación de una intervención solo en el entorno natural.

Esta realidad, junto al hecho de que siempre, en nuestro país, se haya defendido la implicación activa de la familia en la intervención (Castellanos et al., 2003; FEAPS, 2001; GAT, 2000, 2005, 2011; García-Sánchez, 2002; Giné et al., 2006), hace que los

profesionales, aunque no puedan desplazarse a los entornos tanto como puedan desear, si intenten, en su intervención ambulatoria, incluir las prácticas relacionales y participativas de las que están oyendo hablar y sobre las que se están empezando a formar. Y esto es lo que, probablemente, están reflejando los resultados de este estudio.

Un apoyo a esta idea es, también, el resultado encontrado de que el 48.6% de los profesionales informen de que las familias con las que trabajan están presentes e intervienen durante las sesiones. Aunque aquí, lo que nos debe preocupar es ese 50% de profesionales que informan que la familia, durante la intervención, o no está presente o lo está meramente como observadora.

Las ideas expresadas son las que, posiblemente, justifican los resultados encontrados. Tanto en lo que respecta a los ítems referidos a las prácticas relacionales, como a los referidos a las participativas, los profesionales han contestado a ellos con valoraciones que se han movido entre 3.6 y 3.8, como medias más bajas, y 4.8 como media más alta. Esto nos coloca en etiquetas verbales de Algunas veces / Casi siempre, en la parte baja, y Casi Siempre / Siempre en la parte alta. De hecho, las medias globales de ambas prácticas son prácticamente idénticas y se sitúan superando ligeramente la etiqueta global de Casi Siempre.

Era de esperar que los profesionales, independientemente del modelo que estén llevando a cabo, apuesten por establecer relaciones cercanas y empáticas con la familia, con un trato respetuoso hacia el entorno del niño. Es algo que ya está apuntado en la literatura científica (Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014). Sobre todo, saben que necesitan de esas buenas interacciones para mejorar su trabajo, con la ayuda de la familia (Diez-Martínez, 2008). Por ello, no nos debe sorprender las altas valoraciones que los profesionales hacen de los ítems de prácticas relacionales. El cuidado de las prácticas relacionales con la familia es un principio ampliamente demandado en la literatura científica de la disciplina, tanto nacional (Castellanos et al., 2003; Dalmau et al., 2017; GAT, 2000; Giné et al., 2008; Mendieta, 2005; Perpiñan, 2009), como internacional (Dempsey & Dunst, 2004; Dunst et al., 2002; Espe-Sherwindt, 2008; Sawyer & Campbell, 2012; Wilson & Dunst, 2005).

Si entramos a discutir, un poco más en detalle, el resultado particular de los diferentes ítems, podemos detenernos en los dos ítems que precisamente alcanzan una valoración media más baja. Uno es el referido a si el profesional se adapta a las condiciones del entorno del niño, sin intentar modificarlas a su estilo. El otro es que hace referencia a si el profesional dedica esfuerzo a identificar los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia. Son dos ítems que, aun haciendo referencia a prácticas relacionales, guardan una estrecha vinculación con la filosofía que subyace en la intervención centrada en la familia (Dunst et al., 2002; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014). La filosofía de base de este paradigma lleva a que el profesional, en sus prácticas relacionales y participativas, valore y considere continuamente las preocupaciones y prioridades de la familia para consensuar, con ella, los objetivos inmediatos de intervención. Y, a la vez, plantea que el profesional sea muy respetuoso para no modificar, a su estilo, las condiciones del entorno natural del niño. Seguramente, esta vinculación de los ítems a unas prácticas de Atención Temprana que aún están poco instauradas en nuestro país (Dalmay-Montala et al., 2017; García-Sánchez et al., 2014; Giné et al., 2008), ha contribuido a que queden puntuados con medias más bajas que el resto de ítems del IPPAT. Por ello, el que sean los ítems menos valorados en los resultados obtenidos, puede interpretarse como reflejo de la aún escasa interiorización, por parte de los profesionales, de esa filosofía de este modelo de intervención.

En la misma línea argumental, podemos señalar los resultados de las valoraciones obtenidas por los cuatro ítems incluidos, a modo de control, referidos a prácticas típicamente propias del posicionamiento de profesional experto en un modelo de intervención ambulatoria. Tres de los cuatro ítems reciben valoraciones medias por encima de 4.3 puntos. Esto quiere decir que, entre Casi Siempre y Siempre, los profesionales orientan la intervención de la familia en función de las necesidades que ellos detectan en el niño; dan pautas a la familia sobre el trabajo que deben realizar con el niño; y organizan la intervención con el niño atendiendo a sus necesidades. El único ítem de este grupo que alcanza una valoración media más baja, equivalente a la etiqueta verbal de Algunas Veces, es el que hace referencia a decidir las horas de intervención que recibe el niño. Posiblemente, simplemente porque este último aspecto, habitualmente en

los CDIAT es responsabilidad del equipo de intervención en su conjunto, incluida la figura que lo coordina o dirige, y no de un profesional en particular.

En cuanto al resultado particular de los ítems referidos a prácticas participativas, para empezar, ya hemos argumentado razones que pueden hacernos entender que sean valorados con puntuaciones medias globales similares a las alcanzadas por los ítems de prácticas relacionales. La demanda teórica de implicación de la familia en la intervención está en toda la literatura nacional de Atención Temprana. Ahora bien, esto no significa que los profesionales estén entendiendo bien o realizando de la mejor manera posible esas prácticas participativas (García-Sánchez et al., 2018).

En los propios resultados vemos como hay ítems, especialmente importantes en la filosofía de una intervención centrada en la familia, que precisamente reciben las valoraciones medias más bajas. Es el caso, por ejemplo, de los ítems referidos a aceptar el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno; planificar objetivos de intervención con la familia; facilitar a la familia material de apoyo para su aprendizaje; partir de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención; o promover la participación de todas las personas que tienen relación con el niño. Todos estos ítems reciben una valoración media correspondiente a la etiqueta verbal de *Algunas Veces*. A la vez, todos ellos, especialmente quizá los referidos a respetar las preocupaciones de la familia y su participación en la delimitación de objetivos y estrategias de intervención, que son completamente vinculantes en unas prácticas centradas en la familia (Bernheimer & Keogh, 1995; Dunst, 2002; Dunst & Trivette, 1996; McWilliam, 2004, 2010, 2016).

Otros ítems con una valoración similar pueden estar reflejando, simplemente, el hecho, contrastado por los propios datos del estudio, de que los profesionales participantes trabajan mayoritariamente en el CDIAT en un régimen ambulatorio. Nos referimos, por ejemplo, al ítem que hace referencia a orientar a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas. Esta tarea, en el equipo interdisciplinar de un CDIAT con intervención ambulatoria, normalmente va a estar encargada a un profesional concreto (trabajador social, especialista en familia, terapeuta tutor o responsable del niño). No es una tarea que necesariamente deba hacer el profesional que realiza la intervención y

responde al cuestionario. Otro ítem en situación similar, es el referido a animar a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática. En un CDIAT con intervención ambulatoria, estas relaciones se establecen de forma espontánea en la propia sala de espera del centro, por ejemplo, o por actividades de asociacionismo que puedan organizarse.

En cuanto a los resultados de la valoración de las prácticas participativas, en **función del lugar de trabajo** donde el profesional desarrolla la investigación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados. Los profesionales que intervienen en el CDIAT valoraron las prácticas participativas realizadas por debajo de sus compañeros que desarrollan la intervención en un régimen mixto, sea éste con predominio en el entorno natural o en el propio CDIAT.

Si miramos el resultado de los ítems individualmente, vemos que los profesionales que realizan su trabajo en el Entorno Natural puntúan más alto que los demás en la mayoría de los ítems. Sin embargo, este grupo de profesionales no alcanzan diferencias estadísticamente significativas con sus compañeros. Es de señalar aquí, la escasa muestra obtenida de profesionales que desarrollan su intervención solo en el Entorno Natural. Posiblemente ello ha limitado la obtención de más resultados significativos con los datos globales. En cualquier caso, es de señalar que, atendiendo a la evidencia científica acumulada, la preocupación de los profesionales ya no debe ser trabajar con el niño un número de sesiones cerradas, sino orientar, capacitar y apoyar a los padres para que ellos lleven a cabo una intervención diaria con sus hijos, aprovechando las rutinas y sus entornos naturales, formando equipos cohesionados entre familias y profesionales, compartiendo las distintas competencias (Catalino et al., 2015). Como ya apuntaba Bronfenbrenner (1994, 2002), el desarrollo de un individuo es la acomodación mutua de la persona como ente activo y su relación con el entorno, siendo una relación bidireccional ya que se produce una reciprocidad entre el ambiente y el sujeto. Por lo tanto, la evolución del niño se entiende como un proceso de desarrollo continuo e interactivo dependiendo de las actividades que realice (García-Sánchez, 2001, p.2). Desde el punto de vista de la actuación en Atención Temprana, resulta crucial que existan interacciones socio-

comunicativas entre el niño y su familia. Es prioritario que el aprendizaje se lleve a cabo en su contexto natural y con actividades de tipo funcional (Candel, 2003b).

Por último, en cuanto a los resultados de la valoración de las prácticas profesionales en **función de la participación familiar**, los resultados también encontraron diferencias estadísticamente significativas. Las prácticas participativas reciben valoraciones medias más altas entre los profesionales que tienen a la familia presente durante la intervención y directamente intervienen con el niño. Estos resultados tienen sentido, especialmente, desde la filosofía de lo que supone llevar a cabo un modelo de intervención centrada en la familia. Tal y como expresaba Brown et al. (2007) y Giné et al. (2008), la familia es una unidad de apoyo, ellos tienen capacidad de elección dentro de la intervención, tienen el derecho y el deber de plasmar sus objetivos, además de poder tomar decisiones en el proceso. Para ello, es prioritario que los profesionales ayuden a la familia a modificar, planificar, adquirir, cambiar y mejorar algunas pautas o estrategias de interacción durante actividades diarias de juego, alimentación o baño... Ya que, tanto las actividades de juego, como cualquier otra actividad natural, que están contextualizadas en las rutinas, son momentos especialmente útiles para el aprendizaje de un niño (Dunst, 1999; Dunst, 2000; Dunst, 2004; Giné et al., 2006; Giné et al., 2008; Brow & Woods, 2012). Por ello, es necesario que la familia adquiera, consolide y generalice competencias. Y para conseguir ayudarles en ese propósito, necesitamos que se sienta partícipe del trabajo en todo momento y que el profesional ayude, al cuidador principal, con la aportación de recursos y la integración en el equipo de trabajo. Desde el punto de vista profesional, será más efectivo enseñar a la familia que al niño, por lo tanto, el profesional adoptará el papel de entrenador de adultos, asumiendo una figura de coach con la finalidad de replantearse la intervención y ayudar al entorno familiar (Dunst, 2000; Shelden & Rush, 2011).

En los resultados obtenidos se ve que como los profesionales que durante la intervención tienen presente a una familia activa valoran, por encima de sus compañeros, un conjunto de ítems relacionados con prácticas relacionales y participativas.

Con referencia a las prácticas relacionales, son especialmente valorados los ítems de “me presento a la familia como un apoyo” y “dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia”. Por su parte, se observa que los profesionales que más juzgan la importancia de las preocupaciones de la familia son, precisamente, los que no tienen presentes a la familia durante la intervención. Este tipo de análisis pormenorizado de los ítems puede permitir, a un profesional individualmente, o a un equipo profesional interesado en ello, identificar elementos concretos, de la interacción profesional-familia, susceptibles de ser mejorados.

Con referencia a las prácticas participativas, estos profesionales cuyas familias están presentes y participan en la intervención, presentan valoraciones superiores a sus compañeros en prácticamente todos los ítems de prácticas participativas. Este resultado nos reafirma en la utilidad de los ítems seleccionados para identificar prácticas participativas en el profesional.

### **6.3. OBJETIVO 3: EVALUAR DIFERENTES HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN TEMPRANA**

A nivel general, los profesionales de Atención Temprana muestran una *Atención Emocional* algo por debajo de lo que los autores de la prueba utilizada consideran “adecuada atención emocional” (Fernández-Berrocal et al., 2004). Este resultado significaría que, en promedio, son profesionales con necesidad de mejorar su capacidad de sentir y expresar sentimientos. En cualquier caso, es un resultado que nos indica que hay un margen de mejora en los profesionales en esta habilidad emocional. Respecto a las habilidades de *Claridad y Reparación Emocional*, los profesionales de Atención Temprana puntúan dentro de los parámetros óptimos aconsejados. Tener una buena percepción emocional de sí mismo es un indicador que, atendiendo a la importancia de las relaciones sociales, para algunos autores contribuye a predecir el éxito académico y/o laboral con mayor exactitud que las medidas clásicas de inteligencia (Martin & Mora, 2009; Danvila & Sastre, 2010). De esta manera, en la actualidad se busca que los profesionales estén equipados con una variedad de competencias, desatando aquellas que

se refieren a la forma de trabajar, a la actitud hacia el trabajo y hacia los demás, la flexibilidad y la capacidad de adaptación (Repetto & Pérez-González, 2007). En el campo que nos interesa de la Atención Temprana, es, si cabe, especialmente interesante, por la importancia que van a tener las interacciones entre el profesional y la familia y entre el profesional y otros profesionales (Diez-Martínez, 2008; GAT, 2000, 2005, 2011; Fialka, 2011; Fuertes & Palmero, 1998; García-Sánchez, 2002, 2014; García-Sánchez et al., 2012, 2014; etc). En este sentido, y teniendo en cuenta los resultados aquí presentados, deberían articularse esfuerzos para asegurar adecuadas habilidades de inteligencia emocional de los profesionales e incluso mejorarlas.

Si tenemos en cuenta la variable que hemos denominado **lugar de trabajo**, solo la habilidad de Atención Emocional nos invita a discutir posibles interacciones con ella, aunque no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los profesionales que trabajan en un régimen ambulatorio en el CDIAT o en un régimen mixto, pero con predominio en el CDIAT, son los que más necesitan mejorar su Atención Emocional. Los profesionales que trabajan en el entorno natural o en un régimen mixto, pero con predominio en el entorno natural, alcanzan medias que les sitúan ya en un nivel de Atención Emocional adecuada para sentir y expresar sentimientos. Este resultado es difícil de interpretar sin disponer de más información sobre los profesionales implicados. No sabemos si esa habilidad estaba ya en ellos y contribuyó llevarles a realizar sus intervenciones en el entorno natural o si, por el contrario, una vez que están interviniendo en el entorno natural de las familias han mejorado y desarrollado su habilidad de Atención Emocional. No cabe duda de que, los profesionales que acceden a los entornos naturales de las familias deben tener una conciencia adecuada de sus sentimientos y los de los otros y, sobre todo, de lo que significan. Solo de esta manera, los profesionales podrán ponerse en situación de entender las emociones que experimenta la familia. Por el contrario, los profesionales que hacen su trabajo en CDIAT, tienen más facilidad para aislarse de esos sentimientos, ya que hacen su trabajo en una realidad distinta a la que preocupa a la familia. Apoyados en Goleman (2013), podemos entender que, tal vez, gozar de una adecuada Atención Emocional nos hará ser personas más empáticas. Este autor habla de que existe una triada empática o tres niveles de la empatía. La lectura de las señales emocionales constituye una de las cumbres de la empatía cognitiva, que es una de las tres

variedades principales de la capacidad de concentrarse en lo que los demás experimentan, entender su estado mental y gestionar, al mismo tiempo, nuestras emociones, mientras valoramos las suyas.

Si tenemos en cuenta la variable de **Participación Familiar** en la intervención, encontramos resultados en la misma línea que los discutidos para la variable anterior. Vemos que los profesionales que obtienen medias que les sitúan en un nivel de necesitar mejorar su Atención Emocional, son los que trabajan sin que la familia esté presente o la mantienen como mera observadora. De nuevo, tampoco aquí las diferencias alcanzan la significación estadística. Es indudable que trabajar con la familia no es una tarea fácil. Por ello, vemos necesario que el profesional sea capaz de conocer e interpretar emociones y sentimientos cuando decide trabajar en este campo y más desde una perspectiva de intervención centrada en la familia (Fuertes & Palmero, 1998; Tamarit, 2009). Autores como Brown et al. (2007) y Ginè et al. (2008) ven a la familia como unidad de apoyo, haciendo referencia a la satisfacción y al bienestar de la misma, si ellas son participes de la intervención.

#### **6.4. OBJETIVO 4: ANALIZAR SI EXISTEN DIFERENCIAS EN LA VALORACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL EN FUNCIÓN DE LAS HABILIDADES DE INTELIGENCIA EMOCIONAL MEDIDAS EN LOS PROFESIONALES**

Nuestros resultados han permitido constatar que las habilidades personales de inteligencia emocional, que posee el profesional, permiten hacer visibles diferencias significativas en la valoración que los propios profesionales hacen de sus prácticas relacionales y participativas durante su intervención. Es obvio que, para conocer, tanto las prácticas realizadas como las habilidades de inteligencia emocional, hemos utilizado cuestionarios que evalúan el meta-conocimiento que los propios profesionales tienen de sus estados emocionales y de sus prácticas realizadas. Pero lo cierto es que los resultados significativos encontrados, aun constatándose solo tamaños de efecto moderados y pequeños, son suficientemente generalizados en las diferentes habilidades de inteligencia emocional y en los distintos ítems y dimensiones de las prácticas profesionales analizadas, como para que no deban ser obviados.

Los resultados obtenidos nos están señalando que los profesionales emocionalmente inteligentes serán mejores profesionales en un modelo de prácticas de Atención Temprana centradas en la familia. Como profesionales, en estas prácticas su función es la de competenciar y orientar a la familia, trabajando estrechamente en equipo con ellas. Goleman, Boyatzis y Mckee (2010) ya apuntaban que los grandes líderes manejan perfectamente sus emociones y pueden despertar entusiasmo en la otra persona.

Recordemos que, en las prácticas relacionales, hemos encontrado significatividad en el 40% de los ítems, si atendemos a la dimensión de *Atención Emocional* del profesional, referida a la capacidad de sentir y expresar sentimientos. El porcentaje alcanza algo más del 53% si atendemos a la dimensión de *Claridad Emocional*, referida a la capacidad de reconocer nuestros propios estados emocionales. Y prácticamente llega al 67% de los ítems si atendemos a la dimensión de *Reparación Emocional*, referida a la capacidad de afrontar y canalizar nuestros estados emocionales. Mientras, en las prácticas participativas se encontraron porcentajes siempre algo mayores de ítems con diferencias significativas a favor de los profesionales con mayor habilidad de inteligencia emocional: en *Atención Emocional*, algo más del 42% de los ítems; en *Claridad Emocional* el 50% de los ítems; y prácticamente el 77% de los ítems en *Reparación Emocional*. Por lo tanto, parece claro que la mayor habilidad emocional del profesional facilita la implementación de más prácticas relacionales y, si cabe, aún más una mayor implementación de prácticas participativas. Siendo éstas últimas las que más caracterizan el modelo de intervención centrada en la familia (Dunst et al., 2002; Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014).

Siendo esto así, nos apoyamos en la idea de Goleman (1996) para fortalecer estos resultados. Este autor destacaba que las personas con alto grado de inteligencia emocional no solo son aquellas que reconoce sus emociones y las de los demás, sino que además tienen la capacidad de adaptarse a la situación, controlar los impulsos, ser empáticos, entusiastas y motivadores... Estudios previos de Inteligencia emocional, fuera del ámbito de Atención Temprana, han señalado la importancia de buscar profesionales que destaquen en cuatro habilidades básicas: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional (Cabello, Ruiz-Aranda y Fernández-

Berrocal, 2009). Destacar en estas cuatro habilidades emocionales supondrán que el profesional tiene la capacidad para comprender estados emocionales, para facilitar el trato a la persona con la que trabaje, para entender las emociones o sentimientos que la familia posee. Pero, sobre todo, será un profesional que sabrá lidiar en las situaciones de conflicto que se le presenten, tendiendo una actitud de positividad y motivación en la resolución de casuísticas. Todo ello habilidades que fácilmente se entienden como muy positivas para las funciones que se atribuyen al profesional de Atención Temprana dentro de unas prácticas de intervención centradas en la familia (Dunst et al., 2002; García-Sánchez et al., 2014; McWilliam, 2010, 2016).

#### **6.5. OBJETIVO 5: IDENTIFICAR EL PERFIL EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ACTUACIÓN**

Los resultados demuestran que si los profesionales (hombres y mujeres) alcanzan un nivel de adecuada *Atención Emocional* y excelente *Claridad* y *Reparación Emocional*, puntúan también más alto en la valoración que hacen de sus prácticas relacionales y participativas. Ello nos hace pensar que esos profesionales, con mayores habilidades de inteligencia emocional, estarían mejor preparados para llevar a cabo un modelo de intervención centrado en la familia, donde hemos de contemplar y explotar esos dos tipos de actuación en la intervención que denominamos prácticas relacionales y participativas (Dunst, 2004). En un modelo de intervención centrado en la familia, es importante que el profesional cuente con una adecuada inteligencia emocional. Debemos intentar conseguir que el profesional adquiera, en su formación, habilidades para utilizar su conocimiento en ayudar a la familia a ser competentes en el desarrollo de sus hijos, compartiendo responsabilidades e información y sabiendo aprovechar y utilizar la información y competencias que los propios cuidadores del niño tienen.

Hasta la fecha, en el campo de Atención Temprana, no se han encontrado estudios que demuestren que los profesionales de Atención Temprana deban tener un perfil emocional específico, pero si encontramos autores que hablan de algunas de las características que deberían tener esos profesionales, como la empatía, el autoconocimiento o las habilidades comunicativas (Côté, 2014; Côté & Hideg, 2011;

Fernández-Zúñiga, 2008; Dunst, 2002; Dunst et al., 2002; Dempsey & Dunst, 2004 Espe-Sherwindt, 2008; Ginè et al., 2008; García-Sánchez, 2014). Del mismo modo, Turnbull, Turnbull y Kyzar (2008), aludía en su trabajo cuatro indicadores de la competencia profesional: evidencia científica, calidad, grandes expectativas y satisfacer las necesidades individuales. Dichos indicadores no se cumplirán si el profesional no goza de actitudes emocionales como la motivación, la responsabilidad, la auto-regulación, el auto-concepto, la empatía, el bienestar...

La mayoría de los profesionales participantes presentan habilidades adecuadas e incluso excelentes de *Atención, Claridad y Reparación Emocional*. Con todo, un 36% de la muestra de varones y un 45.4% de las mujeres, presentan poca o demasiada *Atención Emocional*; un 8.4% de las mujeres presentan poca habilidad de *Claridad Emocional*; y un 9.6% de ellas poca habilidad de *Reparación Emocional*. Dado que los resultados indican que, mayores niveles en estas habilidades se dan a la vez que mayores valoraciones de prácticas relacionales y participativas, para potenciar un paradigma de intervención centrada en la familia, puede resultar interesante facilitar la formación de los profesionales en inteligencia emocional, en la creación y mantenimiento de equipos transdisciplinares, en la comunicación efectiva entre personas...

## 6.6. LIMITACIONES E IMPLICACIONES FUTURAS

Llegados a este punto es necesario hacer balance de algunas limitaciones que quedan patentes en el estudio presentado. En primer lugar, *la distribución de hombres y mujeres en la muestra*. Cabe recordar que los participantes que componen la muestra mayoritariamente, son mujeres. Sin duda, ello refleja la realidad de esta disciplina, donde la mayoría de los profesionales son féminas. Esto ha supuesto no contemplar la variable sexo, como objeto de estudio, en la mayoría de los objetivos. Solo la hemos incluido en el último de ellos, para valorar un posible perfil de inteligencia emocional, siendo conscientes de su limitación a la hora de interpretar los resultados.

En segundo lugar, *los instrumentos*. El IPPAT, inventario creado para conocer cómo es la práctica profesional en Atención Temprana, puede ser aun mejorable en diferentes aspectos. Por ejemplo, en algunos ítems de la parte dedicada a recoger información de características socio-demográficas de la muestra. Así, el ítem referido a número de profesionales que dirigen la intervención, creemos que no han permitido discriminar, como inicialmente pretendíamos, si ese profesional trabaja en un centro donde la intervención se comparte entre diferentes profesionales, cada uno desde su parcela, o en un equipo que trabaja transdisciplinariamente a través de un único profesional. Su redacción, utilizando el verbo “dirigir”, puede haber sido mal interpretada por todos aquellos equipos profesionales que tienen instaurada la figura de terapeuta-tutor o responsable de caso (Castellanos et al., 2003; Gat, 2000). Es por ello que, este ítem, no ha sido tenido en cuenta en el análisis de los resultados.

Del mismo modo, en la configuración de la variable Participación Familiar, se unificaron dos opciones de respuesta del ítem inicialmente planteado con cuatro opciones. Se unieron, en un mismo nivel de la variable, las opciones de respuestas de “Está presente, propone y trabaja en la intervención” y “Está presente e interviene en la intervención”, por considerar que no marcaban una diferencia interpretable en el sentido de una mayor o menor dirección por parte del profesional.

Por otro lado, hay ítems, dedicados a la valoración de las prácticas profesionales, que seguramente podrían tener una mejor definición o expresión. Por ejemplo, el ítem de prácticas participativas enunciado como “*Animo a la familia a relacionarse con otras*

*personas que tienen la misma o similar problemática*”, debería incluir un condicional de “si la familia lo solicita”, ya que, desde la perspectiva de unas prácticas centradas en la familia, también debemos respetar el deseo de la familia de no contactar con realidades en las que puede verse reflejada y ser especialmente dolorosas para ellas (Fialka, 2011). Y no podemos dejar de comentar los dos ítems redactados con una interpretación inversa: “*juzgo la importancia de las preocupaciones de la familia*” y “*genero falsas expectativas sobre las habilidades del niño*”. Creemos que su redacción, aunque ha permitido su interpretación, no es demasiada afortunada.

Respecto al TMMS-24, sabemos que este instrumento no garantiza el principio de representatividad (López-Aristregui, 2013). Con todo, elegimos este instrumento por su forma ágil, económica y sencilla de administrar a los participantes y por ser habitualmente el utilizado en numerosos estudios en España y Latinoamérica. Para asegurarnos de su fiabilidad, se realizó, con buenos resultados, el análisis de Combrach con la muestra empleada.

Futuras investigaciones deberán delimitar, con mayor precisión, ítems quizá más adecuados para valorar las diferentes dimensiones de las prácticas relacionales y participativas del profesional. O quizá, también, utilizar, para su valoración, registros observacionales directos del quehacer del profesional.

Igualmente, futuras investigaciones deberán delimitar, con mayor precisión, las habilidades de inteligencia emocional que más pueden condicionar una buena práctica profesional en Atención Temprana. En cualquier caso, dado que esas habilidades pueden ser modificadas y ampliadas a través del aprendizaje, de su desarrollo y entrenamiento (Goleman, 1999; González, 2002; Qualter, Gardner & Whiteley, 2007; Teruel, 2000), nuestros resultados plantean la necesidad de integrar la formación en inteligencia y competencia emocional en el currículo del profesional de Atención Temprana. Más aún cuando, en los estudios realizados sobre necesidades formativas actuales de estos profesionales, se demanda claramente formación para mejorar capacidades relacionadas con la inteligencia emocional del profesional, como pueden ser la capacidad para el acompañamiento y desarrollo de competencias en la familia o para el trabajo en equipo (Rubio-Gómez, García-Sánchez & Orcajada, 2017). En este sentido, será siempre

interesante incluir, en esa formación de los futuros profesionales, no solo la especificación de los contenidos y prácticas a aprender, sino también diferentes espacios de práctica, auto-evaluación, reflexión, acompañamiento y feedback a través de supervisores/asesores cualificados (Dunst, 2015), los cuáles deberían atender, también, el desarrollo de las habilidades emocionales de los futuros profesionales.

En tercer lugar, podemos hablar de la participación y el tamaño muestral del estudio. Aunque la muestra es grande y suficiente para los análisis realizados, cabe decir que podría haber sido todavía mayor. Lo cierto es que, a nivel nacional, no se cuenta con un documento público que permita conocer todos los centros de Atención Temprana que hay registrados. Ello facilitaría mucho el contactar con todos ellos. Por otro lado, la respuesta de los centros contactados no siempre se ha concretado en facilitar los diferentes instrumentos cumplimentados. En este sentido, sería deseable contar con alianzas más fuertes entre investigación-universidad y el trabajo de campo.

En cuarto lugar, debemos hablar de la incapacidad del estudio para concretar las posibles influencias entre las variables analizadas. El estudio permite constatar que en los mayores niveles de habilidades de inteligencia emocional encontramos las valoraciones más altas de prácticas relacionales y, especialmente, de prácticas participativas. Pero ¿qué está influyendo en qué? Sabemos que las habilidades de inteligencia emocional se pueden entrenar y desarrollar (Goleman, 1999; González, 2002; Qualter et al., 2007; Teruel, 2000). Y sabemos, por los propios resultados encontrados en la muestra de este estudio, que un porcentaje importante de los profesionales ya trabaja con la familia presente y activa, aunque sean muy pocos los que trabajan en el entorno natural. Por lo tanto, podríamos preguntarnos si es el tener mayores niveles de habilidades emocionales lo que lleva al profesional a hacer más prácticas relacionales y participativas o, por el contrario, es el hecho de trabajar en con la familia, dejando que esta intervenga y fomentando, por tanto, su iniciativa, lo que lleva a que el profesional desarrolle más habilidades de inteligencia emocional para ser efectivo en su trabajo.

En cualquier caso, las evidencias empíricas recogidas a nivel internacional (Dunst, 2000; Espe-Sherwindt, 2008) y a nivel nacional (Escorcia et al., 2016), señalan que, para seguir avanzando en Atención Temprana, es necesario un cambio de visión en los profesionales. Por toda la información que hemos aportado en los primeros capítulos,

sabemos que las prácticas relacionales que se hacen en Atención Temprana son importantes y ayudan a construir las relaciones efectivas que buscamos con las familias. A través de estas prácticas, se fomentan las alianzas necesarias en el trabajo con la familia, que serán útiles para potenciar el desarrollo del niño. Con todo, no acaban aquí los esfuerzos que ha de realizar el profesional. Un modelo de intervención centrado en familia supone, para el profesional de Atención Temprana, entender que, tan importante como esas prácticas relacionales la interacción con el cuidador principal, son el desarrollo e implementación de unas verdaderas prácticas participativas. Para ello, tenemos que conseguir que nuestros profesionales aprendan, se integren y trabajen en equipos verdaderamente transdisciplinarios (King et al., 2009), donde, además, la familia sea un elemento más.

Otro de los caminos futuros también podría ser apostar por investigar sobre las relaciones de equipo y la influencia de las personalidades que lo componen. Más aún cuando, en los estudios realizados sobre necesidades formativas actuales, de estos profesionales, se demanda claramente formación para mejorar capacidades relacionadas con la inteligencia emocional del profesional. Como puede ser la capacidad para el acompañamiento y desarrollo de competencias en la familia o para el trabajo en equipo (Rubio-Gómez et al., 2017). En este sentido, será siempre interesante incluir, en la formación de los futuros profesionales, no solo la explicación explícita de los contenidos y prácticas a aprender, sino también diferentes espacios de práctica, autoevaluación, reflexión, acompañamiento y feedback a través de supervisores/asesores cualificados que cuiden, también, el desarrollo de competencias emocionales (Dunst, 2015).

Para finalizar, resaltar la idea de las repercusiones de este trabajo para el futuro de la Atención Temprana y de la investigación en la disciplina. Como hemos señalado, no existe un perfil emocional definido para los profesionales Atención Temprana. Este estudio nos abre la puerta a seguir indagando sobre cómo debe de ser el profesional, especialmente para cambiar hacia un modelo de trabajo centrado en la familia. Además, este estudio aporta nueva información en torno a cómo es la intervención que hacen los profesionales de Atención Temprana en nuestro país. Podemos destacar que los profesionales persiguen la mejora en su trabajo y que, independientemente de un modelo

u otro de intervención, les preocupa la familia y el entorno del niño. De ahí su inquietud de conocer nuevas formas de trabajo. Pero es obvio que, tras esa inquietud, los profesionales pueden sentir miedo al cambio. Especialmente si no cuentan con la formación adecuada y necesaria y seguimos fomentado una formación que potencie el desarrollo de un profesional experto. La Universidad, con sus responsabilidades en el campo de la investigación y de la formación del profesional, ha de jugar un papel fundamental en integrar evidencia empírica y resultados de investigación en el diseño de los contenidos y las estrategias docentes de los futuros planes de formación.

## REFERENCIAS

- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana. Progresos y Desarrollo 2005-2010*. Bruselas: Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea.
- Aguado, L. (2005). *Emoción afecto y motivación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson. Educación.
- Aikens, N., & Akers, L. (2011). *Background Review of Existing Literature on Coaching*. Washington, DC, USA: Mathematica Policy Research.
- Álvarez, E., & Fernández, L. (1991). El síndrome de Burnout” o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Asociación Española de Neuropsicología*. 39(11), 257-265. Recuperado de <http://www.e-thinkingformacion.es/wp-content/uploads/2014/03/bournout.pdf>
- Andrés-Vilora, C. (2011). *La atención a la familia en Atención Temprana. Un estudio desde la perspectiva de profesionales de los servicios y centros de atención temprana*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.
- Andreucci-Annunziata, P. (2016). Dispositivo de supervisión de prácticas pedagógicas: una propuesta de re-construcción desde la complejidad. *Perspectiva Educativa. Formación de Profesores*, 55(2), 3-20. [doi: 10.4151/07189729-Vol.55-Iss.2-Art.463](https://doi.org/10.4151/07189729-Vol.55-Iss.2-Art.463)
- Aradilla, A. (2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas con enfermería*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona, Barcelona.

- Aranda, R., & Andrés-Vilora, C. (2004). La organización de la Atención temprana en la educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 9, 217-246.
- Aranda, R. E. (2008). *Atención Temprana en Educación Infantil*. España: Wolters Kluwer Educación.
- Arbizu, J. (2003). *Guía para la Atención integral de niño de 0 a 5 años*. Buenos Aires. Recuperado de [file:///Users/marietamarcoarenas/Downloads/guias\\_atencion\\_integral\\_nino\\_0\\_a\\_5\\_anos%20\(1\).pdf](file:///Users/marietamarcoarenas/Downloads/guias_atencion_integral_nino_0_a_5_anos%20(1).pdf)
- Arellano, A., & Peralta, F. (2015). El Enfoque Centrado en la Familia, en el campo de la discapacidad intelectual ¿Cómo perciben los padres su relación con los profesionales? *Revista de Investigación Educativa*, 33(1), 119-132. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.1.198561>
- Arizcum, J., Gútiez, P., & Ruiz, E. (2006). *Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión*. Madrid: UCM- GENYSI.
- Arnolda, M. (2012). *Conducta empática en los estudiantes de las ciencias de la salud de la Universidad de los Andes Mérida- Venezuela*. Universidad Autónoma de Madrid: Madrid.
- Arquer, I. (1999). *Carga mental de trabajo: factores. Nota técnica de prevención 534*. Barcelona: INSHT.
- Artigas-Pallarés, J. (2007). Atención precoz de los trastornos de neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista Neurología*, 44(3), 31-34.
- ASHA (2008). *Habilidades y conocimientos esenciales para la práctica de la logopedia en Atención Temprana*. Recuperado de [www.asha.org/policy/PS2008-00291/](http://www.asha.org/policy/PS2008-00291/)
- Astorquiza, P. (2008). Interacción entre la razón y las emociones en el ser humano según Santo Tomás de Aquino. *Civilizar, Ciencias Sociales y Humanísticas*, 8(14), 117-131.

- Azad, G., Blacher, J., & Marcoulides, G. A. (2013). Mothers of children with developmental disabilities: Stress in early and middle childhood. *Research in Developmental Disabilities, 34*(10), 3449–3459. doi:10.1016/j.ridd.2013.07.009
- Bailey, D., Raspa, M., & Fox, L. (2012). What is the future of family outcomes and family-centered services? *Topics in Early Childhood Special Education, 31*(4), 216-223. doi. 10.1177/0271121411427077.
- Banerjee, R., & Luckner, J. (2014). Training needs of Early Childhood professional who work with children and families who are culturally and linguistically diverse. *Infants & Young Children, 27*(1). 43-59. doi. 10.1097/IYC. 0000000000000000
- Bar-On, R. (s.f). *El modelo de Bar-On Inteligencia emocional*. Recuperado de [www.reuvenbaron.org](http://www.reuvenbaron.org)
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Intelligence Inventory (EQ-i): technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional- social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*, 13-25.
- Bar-On, R. (2010). Emotional intelligence: an integral part of positive psychology. *South African Journal of Psychology, 40*(1), 45-62.
- Barranco, C. (2004). Los servicios sociales y la calidad integrada. Investigación realizada en centros de atención a las personas con discapacidad. *Siglo cero. Revista Española sobre la Discapacidad Intelectual, 35*(3), 5-17.
- Belda, J. C. (2000). *El desarrollo Infantil y la Atención Temprana*. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/cdiat\\_parte\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitaciontemprana/cdiat_parte_1.pdf)

- Beldas, J. C., & Cabas, I. (2013). Saber lo que no hay que hacer en Atención Temprana. *ESENVOLUPA La Revista d'Atenció Preç*, 1-8. Recuperado en <http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-34/Saber-lo-que-no-hay-que-hacer-en-Atencion-Temprana-Juan-Carlos-Belda-Oriola-Isabel-Casbas-Gomez>
- Bernheimer, L. P., & Keogh, B. K. (1995). "Weaving interventions into the fabric of everyday life: an approach to family assessment". *Topics in Early Childhood Special Education*, 15(4), 415-433.
- Bernstein, V. (2002). Standing firm against the forces of risk: Supporting home visiting and early intervention workers through reflective supervision. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, 35, 1-6.
- Berrios, M. P., Augusto, J. M., & Aguilar, M. C. (2006). Inteligencia emocional y satisfacción laboral en contexto hospitalario. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index Enferm*, 15(54). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000200006&script=sci\\_artt\\_ext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962006000200006&script=sci_artt_ext)
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional. En M. Álvarez y R. Bisquerra, *Manual de orientación y tutoría* (pp. 144/69-144/83). Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Bisquerra, R., Pérez-González, J., & García-Navarro, E. (2015). *Inteligencia emocional en educación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Blasco, I. (2011). *Teoría ética de David Hume*. Recuperado de <https://isabelblasco.files.wordpress.com/2011/02/eticahume.pdf>

- Bleger, J. A. (1982). *Simbiosis y ambigüedad: Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Blue-banning, M., Summers, J. A., Frankland, H., Nelsn, L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: constructive guidelines for collaboration. *Council for Exceptional Children, 70*(2), 167-184.
- Boada, J., Vallejo, R. D., & Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema, 16*(1), 125-131.
- Bolivar, A. (2010). El liderazgo educativo y su papel en la mejora: una revisión actual de sus posibilidades y limitaciones. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad, 9*(2), 9-23.
- Brackett, M. A., & Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminate, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*(9), 1147-1158.
- Bravo, C., & Cardona, L. (2012). *Caracterización del trabajo que lleva a cabo le profesional de fonoaudiología con las familias de niños con discapacidad*. (Trabajo fin de grado). Universidad del Valle, Santiago de Cali.
- Brito, A. T. (2013). *Understating the initial impact of Early Support and Key working training through the voices of providers and families. A qualitative study*. Centre for Educational Development, Appraisal and Research University of Warwick.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In international encyclopedia of education. *Elservier, 3*(2), 38-43.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Brown, I., & Brown, R. (2004). Concepts for beginning study in family quality of life. En Turnbull, I. Brown y R. Turnbull (Eds.), *Families and people with mental*

- retardation and quality of life: International perspectives* (pp. 25-49). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Brown, I., Galambos, D., Poston, D. J., & Turnbull, A. P. (2007). Person centered and family centered support. En I. Brown y M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp. 351-361). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Brown, J., & Woods, J. (2012). Evaluation of a Multicomponent online communication professional development program for early interventionists. *Journal of Early Intervention, 34*(4), 222-242.
- Brown, T., Gatmaitan, M., & Harjusola-Webb, S. (2014). Using performance feedback to support for professionals in inclusive preschool classrooms. *Young Exceptional Children, 17*(2), 21-31. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1096250613493189>
- Bugié, C. (2002). Centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Revista Neurología, 34*(1), 143-148.
- Caballero, J. (2002). Calidad y satisfacción del cliente en las instituciones de formación. *Enseñanza, 20*, 175-197.
- Cabrera, C., & Sánchez, C. (2002). *La estimulación precoz. Un enfoque práctico*. Madrid: Siglo XXI.
- Calvo, M. I., Verdugo, M. A., & Amor, A. (2016). La participación familiar es un requisito imprescindible para una escuela inclusiva, *Revista de Educación Inclusiva, 10*(1), 99-113.
- Campbell, F., & Halbert, J. (2002). Between Research and Practice. Provider Perspectives on Early Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 22*(2), 213-226. <https://doi.org/10.1177/0271121402200403>
- Candel, I. (2003a). Algunos apuntes sobre la eficacia de la atención temprana. Investigación con niños con Síndrome de Down. En I. Candel (Dir.). *Atención*

- Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo.* Madrid: Federación Española del Síndrome de Down (FEISD), 89-106.
- Candel, I. (2003b). Aspectos generales de la Atención Temprana. En I. Candel (Dir.). *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo.* Madrid: Federación Española del Síndrome de Down (FEISD), 717.
- Candel, I. (2005). Elaboración de un programa de Atención Temprana. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 3(17), 151-192.
- Cañadas, M. (2013). *La participación de las familias en los servicios de Atención Temprana en la Comunidad Valenciana* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Católica de Valencia, Valencia.
- Carcedo, M. A. (2007). Éxito profesional. *Revista Códice*, 3(1), 41-47.
- Carretero, H., & Pérez. C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Caruso, D. R., & Salovey, P. (2005). *El directivo emocionalmente inteligente: la inteligencia emocional en la empresa.* Madrid: Algaba.
- Casado, C., & Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de emociones en la filosofía occidental. *Revista de Filosofía*, 47, 1-10. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/casado47.pdf>
- Casado, D. (Noviembre, 2004). *La Atención Temprana en España. Jalones en su desarrollo organizativo.* Ponencia presentada en XIV Reunión Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Madrid, España. Recuperado de [http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia\\_ATDemetri\\_o.pdf](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetri_o.pdf).
- Casanova, A. (2012). El diseño curricular como factor de calidad educativa. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 10(4), 7-20.

- Castellanos, P., García-Sánchez, F. A., Mendieta, P., Gómez López, L., & Rico, M. D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del Terapeuta-tutor del niño con necesidades de Atención Temprana. *Siglo Cero*, 34, 5- 18.
- Catalino, T., Chiarello, L., Long, T., & Weaver, P. (2015). Promoting professional development for physical therapists in Early Intervention. *Infants & Young Children*, 28(2), 133-149.
- Chiarello, L. A., Banlett, D. I., Palisano, R. J., McCoy, S. W., Fiss, A. L., Jeffries, L., & Wilk, P. (2016). Determinants of participation in family and recreational activities of young children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 28(25), 2455–2468, doi:10.3109/09638288.2016.1138548.
- Climént, J. B. (2014). Individual competencias from third parties' expectations to personal identity. *Actualidades Investigativas en Educación*, 14(1), 51-70.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*, 19(33). Recuperada de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/>
- Côté, S. (2014). Emotional intelligence in organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 459–488. doi:10.1146/annurev-orgpsych-031413–091233
- Côté, S., & Hideg, I. (2011). The ability to influence others via emotion displays: A new dimension of emotional intelligence. *Organizational Psychology Review*, 1, 53–71. doi:10.1177/2041386610379257
- Cristóbal, C., Fornós, A., Giné, C., Mas, J. M., & Pegenaute, F. (2010). *La atención temprana un compromiso con la infancia y sus familias*. Madrid: Editorial UOC.
- Dalmau, M., Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., & Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en Atención Temprana. *Anales de Psicología*, 33(3), 641–11. doi:10.6018/analesps.33.3.263611.
- Damasio, A. (1996). *El error de descartes*. Barcelona: Andrés Bello.
- Damasio, A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Editorial Destino.

- Danvila, I., & Sastre, M. A. (2010). Inteligencia Emocional: una revisión del concepto y líneas de investigación. *Cuadernos de Estudios Empresariales*, 20, 107-126. ISSN:1131-6985.
- Danvila, I., Sastre, M. A., & Marroquin, E. (2013). The importance of professional competencies in the development of emotional intelligence. *Revista Internacional de Organizaciones*, 10, 156-179.
- De Arquer, I. (1999). *Fiabilidad humana: Métodos de Cuantificación, Juicio de expertos*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid: INSHT, NTP 401, pp.1-5.
- De Linares, C. (2012). *Atención Temprana: Bases para un modelo de intervención familiar. Modelo de Atención Temprana*. Madrid: Editorial Down España.
- De Linares, C., & Rodríguez, T. (2004). Base de la intervención familiar en Atención Temprana. En J. Pérez-López y A. Brito (Coords.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 233-251). Madrid: Pirámide.
- De Sendagorta, E. (2008). El humanismo en el liderazgo empresarial. *Rev. Empres y Humanismo*, 11(2), 13-32. Recuperado de <http://dadun.unav.edu/handle/10171/9764?mode=full>
- De Souza, L. (2009). *Competencias emocionales y resolución de conflictos interpersonales en el aula*. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- De Souza, L. (2011). Estudio de las emociones: una perspectiva transversal. *Contribuciones de las Ciencias Sociales*. Recuperado de [www.eumed.net/rev/cccs/16](http://www.eumed.net/rev/cccs/16)
- Del Henar, P. (2012). *La inteligencia emocional en el entrevistador periodístico: competencias y formación*. Tesis doctoral. Universidad Católica San Antonio. Murcia.
- Delors, J. (1996). *Los cuatro pilares de la Educación. En la educación encierra un tesoro* (89-103). México: UNESCO.

- DeMarle, D. J., & le Roux, P. (2001). The life cycle and disability: experiences of discontinuity in child and family development. *Journal of Loss & Trauma*, 6, 29–43.
- Dempsey, I., & Dunst, C. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(1), 40-51.
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A Review of Processes and Outcomes in Family-Centered Services for Children with a Disability. *Topic in Early Childhood Special*, 28(1), 42-52. [doi.org/10.1177/0271121408316699](https://doi.org/10.1177/0271121408316699)
- Díaz, A., Pérez-López, J., Martínez, M. T., Herrera. E., & Brito, A. (2000). Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: Implicaciones para la atención temprana. *Anales de Psicología*, 16(1), 101-110.
- Díez-Martínez, A. (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista Síndrome de Down*, 25, 46–55.
- Division for Early Childhood (2014). *DEC recommended practices in early intervention/ Early childhood Special Education*. Recuperado de <http://www.dec-sped.org/#!dec-recommended-practices/t8p3w>
- Domínguez, C., Fernández, A. E., & Martínez, T. (2004). *La Atención infantil temprana en Asturias*. Asturias: Gobierno del principado de Asturias. Conserjería de vivienda y Bienestar social.
- Dunst, C. J. (1985). Rethinking early intervention. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 5, 165-201.
- Dunst, C. J. (1999). Everyday Children’s Learning Opportunities: Characteristics and Consequences. In *Children’s Learning Opportunities Report*, 2(1). Recuperado de [http://www.puckett.org/everday\\_child\\_reports\\_lov2-1.php](http://www.puckett.org/everday_child_reports_lov2-1.php)
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting rethinking Early Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104.

- Dunst, C. J. (2002). Family-Centered Practices: Birth through High School. *The Journal of Special Education*, 36(3), 139-147.
- Dunst, C. J. (2004). Revisiting rethinking Early Intervention. En M. A. Feldman (Ed.), *Early Intervention: Essential readings* (pp. 262-283). Malden, M.A: Blackwell Publishing.
- Dunst, C. J. (2005). Mapping the adoption, application and adherence to family. Support principles. *Practical Evaluation. Reports*, 1(2), 1-7.
- Dunst, C. J. (2017a). Research Foundations for Evidence-Informed Early Childhood Intervention Performance Checklists. *Educ. Sci.*7(78), 1-62, doi:10.3390/educsci7040078.
- Dunst, C. J. (2017b). Procedures for Developing Evidence-Informed Performance Checklists for Improving Early Childhood Intervention Practices. *Journal of Education and Learning*, 6(3), 1-13. doi:10.5539/jel.v6n3px.
- Dunst, C. J. (June, 2011). *Family-centered practices, parent engagement, and parent and family functionary*. Heard Start Advisory committee. Meeting of parent, family and community engagement, Washington.
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In *Handbook of Early Childhood Special Education*; Reichow, B., Boyd, B. A., Barton, E. E., Odom, S. L., Eds.; Springer International: Cham, Switzerland, pp. 37–55. doi.org/10.1007/978-3-319-28492-7\_3.
- Dunst, C. J., & Raab, M. (2010). Practitioners' self evaluations of contrasting types of professional development. *Journal of Early Intervention*, 32, 239-254. doi:10.1177/1053815110384702
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helping practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22, 334-337.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2006). Everyday activity settings, natural learning environments, and early intervention practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 3(1), 3–10. Recuperado de

- <http://uconnuceedd.org/wp-content/uploads/sites/1340/2016/06/EverydayActSett-2006.pdf>
- Dunst, C. J., Raab, M., & Hamby, D. (2017). Contrasting approaches to the response-contingent learning of young children with significant delays and their social-emotional consequences. *Research in Developmental Disabilities, 63*, 63-73. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.02.009>
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Hamby, D. W., & Bruder, M. B. (2006). Influences of contrasting natural learning environment experiences on child, parent, and family well-being. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*(3), 235–250. doi.org/10.1007/s10882-006-9013-9.
- Dunst, C. J., Valentine, A., Raab, M., & Hamby, D. W. (2013). Relationship between child participation in everyday activities and early literacy and language development. *CELLreviews, 6*(1) 1–16. Recuperado de [http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/CELLreviews\\_v6\\_n1.pdf](http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/CELLreviews_v6_n1.pdf)
- Dunst, C., Boyd, K., Trivette, C., & Hamby, D. (2002). Family- Oriented program models and professional helpgiving practices. *Family Relations, 51*(3), 221-229.
- Dunst, C., Hamby, D., Wilson, L., Espe-Sherwindt, M., & Nelson, D. (2017). Practitioner-informed improvements to early childhood intervention performance checklists and practice guides. *REiD (Research and Evaluation in Education), 3*(1), 12-27. doi:http://dx.doi.org/10.21831/reid.v3i1.14158.
- Eggbeer, L., Mann, T., & Seibel, N. (2007). Reflective supervision: Past, present, and future. *Zero to three, 28*, 5-9.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. Henry holt and company. Recuperado de <https://zscalarts.files.wordpress.com/2014/01/emotions-revealed-by-paul-ekman1.pdf>
- Ekman. P. (2005,11,15). Redes 373. Entrevista a Paul Ekman. Recuperado de [https://youtu.be/8Qc8\\_iY7eOo](https://youtu.be/8Qc8_iY7eOo)

- Enríquez, H. A. (2011). *Inteligencia emocional plena: hacia un programa de regulación emocional basado en la conciencia Plena*. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Málaga.
- Escobar, J., & Cuervo, A. (2008). Validez de contenido y juicios de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances de Medición*, 6, 27-36.
- Escorcía, C. T. (2014). *Estilos y estrategias de interacción en Atención Temprana desde la perspectiva de padres y profesionales*. Tesis doctoral (No publicada). Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Valencia.
- Escorcía, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., & Hernández-Pérez, E. (2016). Cuestionario de estilos de interacción entre padres y profesionales en atención temprana: validez de contenido. *Anales de Psicología*, 32(1), 148-157. doi: 10.6018/analesps.32.1.202601
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family- centered practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. doi:10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x
- Espe-Sherwindt, M. (Abril, 2016). *Prácticas recomendadas con la familia: ¿duras verdades o hermosas mentiras?* Encuentro Internacional de Actualización e Investigación en Atención Temprana y desarrollo infantil. Valencia. España.
- Espe-Sherwindt, M., & Serrano, A. M. (2016). It takes two: The role of family-centered practices in communication intervention. *Revista De Logopedia, Foniatría y Audiología*, 36(4), 162–169. <http://doi.org/10.1016/j.rlfa.2016.07.006>
- Espinoza, M., Sauhueza, O., Ramirez, N., & Saez, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 23(1), 139-147.
- European Agency for development in Special Needs Education, (2003). *Special Needs Education in Europe*. Bruselas: Dirección General de Educación y Cultura de la comisión Europea.

- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 96-116.
- Ezpeleta, L. (2005). Factores de riesgo de psicopatología del desarrollo. *Psicothema*, 17(3), 538.
- FEAPS (2001). *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de Buena Práctica*. Madrid: FEAPS.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Adaptación y traducción del test Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Recuperado de <http://emotional.intelligence.uma.es/pdfs/TMMS24%20con%20referencias.pdf>
- Fernández-Berrocal, P., & Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(15), 421-436.
- Fernández-Zúñiga, A. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia del lenguaje. Relación terapeuta paciente. *Revista de Logopedia Foniatría y Audición*, 28(1), 34-35.
- Fernando, J. (2010). Emociones y estilos de personalidad. *Eureka*, 7(2), 77-86.
- Fernando, M. (2006). *Creatividad e inteligencia emocional. Un estudio empírico en alumnos con altas habilidades*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, Murcia.
- Fialka, J. (November, 2011). *The dance of partnership: Why do my feet hurt? Keynote address delivered at the division for early childhoods (DEC). Thirteenth Annual Conference on children with Special Needs, Houston.*

- Fiese, B. H., Tomcho, T. J., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., & Baker, T. (2002). A review of 50 years of research on naturally occurring family routines and rituals: Cause for celebration? *Journal of Family Psychology*, *16*(4), 381–390. doi:10.1037//0893-3200.16.4.381.
- Fordhan, L., Gibson, F., & Bowes, J. (2011). Information and professional support: Key factors in the provision of family-centered early childhood intervention services. *Child: care, health and development*, *38*(5), 647-653.
- Frediksen, K., & Scharlach, A. (1999). Employee Family Care Responsibilities. *Family Relations*, *48*(2), 189-196.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. *30*(1), 159-165.
- Fuertes, J., & Palmero, O. (1998). Intervención Temprana. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (925-970). Madrid: siglo XXI (2ª Ed.).
- Galindo, L. (2013). *Reilusionarse. Apasionate por la vida*. Barcelona: Editorial Alienta.
- Gallase, V., Eagle, N., & Migone, P. (2006). Intentional attunement mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *55*(1), 131-176.
- Garau, J. (2002). *Guía para la implantación de la norma ONG calidad*. Barcelona: INTRESS y MTAS.
- García-Fernández, M., & Giménez-Más, S. I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos, propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, *3*(6), 43-52.
- García-García, E. (2008). Neuropsicología y Educación. De las neuronas en espejo a la Teoría de lamente. *Revista de Psicología y Educación*, *1*(3), 69-90.

- García-García, J.M., Herrero, S., & León, J. L. (2007). Validez factorial del Mastach Burnout inventory (MBI) en una muestra de los trabajadores del hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 2, 157-174.
- García-Gómez, M. (2015). *Evolución de la Inteligencia emocional en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, Murcia.
- García-Grau, P. (2015). *Atención Temprana: Modelo de intervención en entornos naturales y calidad de vida familiar*. Tesis doctoral (no publicada). Universidad Católica de Valencia, Valencia.
- García-Sánchez, F. A. (2002). Reflexiones sobre el futuro de la Atención Temprana desde un Modelo Integral de Intervención. *Siglo Cero*, 32(2), 5-14.
- García-Sánchez, F. A. (2013). *Calidad y servicios de atención a la diversidad*. Manuscrito no publicado. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, Universidad de Murcia. España.
- García-Sánchez, F. A. (2014). Atención Temprana: enfoque centrado en la familia. En AELFA (Ed.). *XXIX Congreso AELFA. Logopedia: evolución, transformación y futuro* (pp. 286-302). Madrid: AELFA.
- García-Sánchez, F. A. (Mayo, 2001). Modelo Ecológico /Modelo integral de Atención Temprana. *XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana*, Madrid.
- García-Sánchez, F. A., Castellanos, P., & Mendieta, P. (1998). Definición de atención temprana y sus vertientes de intervención desde un modelo integral. *Revista de Atención Temprana*, 1(2) 57-62.
- García-Sánchez, F. A., Rubio-Gómez, N., Orcajada, N., Escorcía, C. T., & Cañadas, M. (2018). Necesidades de formación en prácticas centradas en la familia en profesionales de Atención Temprana españoles. *Bordón*, en prensa.

- García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Escorcía, C. T., & Castellanos, P. (2012). Valoración de la coordinación entre Atención Temprana y Educación Infantil por educadoras de escuelas infantiles. *EDETANIA*, 41, 145-161. <https://webs.um.es/fags/docs/2012edetania.pdf>
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., & Hernández, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(3), 6- 27.
- Gardner, H. (1993). *Frames of Mind: The theory of multiple intelligences (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York: Basic Books.
- Gifre, M., & Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.
- Gil, F., Rico, R., & Sánchez, M. (2008). Eficacia de equipos de trabajo. *Papeles del Psicólogo*, 29(1),25-31.
- Giné, C. (Marzo, 2012). *Calidad de vida familiar y Atención temprana*. II Jornadas AVAP. Calidad de vida en atención temprana, Alcoy.
- Ginè, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., & Balcells, A. (2008). Trabajar con las familias en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65(23,2), 95-113.
- Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R., & García-Diez, M. T. (2006). Repasar la Atención Temprana: Propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29(3), 297-313.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. In C. Cherniss & D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace* (pp. 13–26). San Francisco: Jossey-Bass.

- Gómez, A., & Acosta, H. (2011). *Acerca del trabajo en grupos o equipos*. Recuperado de <http://eprints.rclis.org/5035/1/acerca.pdf>
- Gómez, C. (s.f). Liderazgo: Conceptos, Teorías y Hallazgos Relevantes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 2(2), 61-77.
- Gomis, N. (2007). *Evaluación de las inteligencias múltiples en el contexto educativo a través de expertos, maestros y padres*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante, Alicante.
- Grau, R. M., & Agut, S. (2001). Una aproximación psicosocial al estudio de las competencias. *Proyecto social: Revista de Relaciones Laborales*, 9, 13-24.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guillén, C. (2010). El 90% del éxito de un líder depende de su inteligencia emocional. Las competencias emocionales pueden desarrollarse. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 75(12), 12-15.
- Guinea, F., & Uhlman, S. (2013). La familia: el mejor apoyo para el alumnado con discapacidad. *Padres y Maestros*, (354), 25-28.
- Guralnick, J. M. (2006). Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of Early Childhood Development* (pp. 44-61). Oxford, UK: Blackwell Publishers.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319-345.

- Guralnick, M. J. (1999). La naturaleza y el significado de la integración social para niños pequeños con leves retrasos en el desarrollo en entornos inclusivos. *Journal of Early Intervention, 22*, 70-86.
- Guralnick, M. J. (2001a). An agenda for change in early childhood inclusion. In M.J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on change* (531-541). Baltimore: Brookes.
- Guralnick, M. J. (2001b). A developmental systems model for early intervention. *Infant and Young children, 14*(2),1-18.
- Guralnick, M. J. (2005). Early intervention for children with intelectual disabilities: current knowledge and future prospects. *Journal of Applied Reaserch in Intelectual Disabilities, 18*, 313-324.
- Gútiez, P. (1995). La educación infantil: Modelos de atención a la infancia. *Revista Complutense de Educación, 6*(1). 101-113.
- Gútiez, P. (2003). La intervención temprana: Ámbitos de actuación: Educación, Escuela infantil. Ámbitos de actuación en atención Temprana. *Minusval, 58*-62.
- Gútiez, P., & Ruiz, E. (2012). Orígenes y evolución de la Atención Temprana. Una perspectiva histórica de la génesis de la Atención temprana en nuestro país. Agentes, contextos y procesos. *Psicología Educativa, 18*(2), 107-122.
- Gútiez, P., Sáenz-Rico, B., & Valle. M. (1993). Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación, 4*(2), 113-129.
- Hallet, E. (2013). We all share a common vision and passion: Early years professionals reflect upon their leadership of practice role. *Journal of Early Childhood Research, 11*(3), 312-325.
- Hermosa, A. M. (2006). Satisfacción laboral y síndrome de "Burnout" en profesores de educación primaria y secundaria. *Revista Colombiana de Psicología, 15*, 81-89. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401509>

- Hernández, J. M. (2012). Las razones emocionales de nuestra seguridad. Hobbes ante el reto de las relaciones internacionales. *Relaciones Internacionales*, 20, 13-30.
- Hiep, E., & Pruijs, L. (2006). Como demostrar un liderazgo efectivo en un ámbito intercultural. *Los intangibles de la internalización empresarial ICE*, 830, 125-131.
- Hikimura, M. (2005). *Consecuencias de la orientación al cliente en la satisfacción en el trabajo, el compromiso organizacional y la calidad en el servicio*. Tesis doctoral. Universidad Autònómica de Barcelona, Barcelona.
- Hue, C. (Mayo, 2015). *Inteligencia emocional y bienestar Inteligencia Emocional y bienestar II. Reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones*. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional y Bienestar, Zaragoza.
- Jordan, P., & Ashkanasy, N. M. (2006). Emotional intelligence, emotional self-awareness, and team effectiveness. En V. U. Druskat., F. Sala & G. Mount (Eds.), *Linking Emotional Intelligence and Performance at Work* (pp. 145–163). Mahwah New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- [Juan-Vera, M. J., & Pérez-López, J. \(2009\). El funcionamiento de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana \(CDIAT\). \*Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado\*, 23\(2\), 21-38.](#)
- Kaplan, J. E., & Welker, M. G. (2001). Team learning is here to stay: part 1 of the learning team series. *New Accountant*, 16(3), 14-16.
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S., & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants & young children*, 22(3), 211-223.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2002). *Personality Psychology: domains of knowledge about nature*, 2nd ed. McGraw Hill (trad. Psicología de la personalidad: dominios de conocimiento sobre la naturaleza humana) cap. 13 (406-443).

- Leal, L. (1999). *A family-center approach to people with mental retardation*. American Association on mental retardation. Washington: Innovations.
- Leal, L. (2008). *Un enfoque de la discapacidad intelectual centrado en la familia*. Madrid: Cuadernos de buenas prácticas de FEAPS.
- Levi, L., & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.
- Lewin. K. (1936). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw- Hill Boock.
- Lopes, P. N. (2016). Emotional Intelligence in organizations: bridging research and practice. *Emotion Review*, 8(4), 316–321. doi:10.1177/1754073916650496
- López-Aristregui, D. (2013). *Inteligencia emocional percibida: revisión de fiabilidad y validez del autoinforme TMMS-24*. Tesis doctoral (no publicada). Universidad de Navarra, Navarra.
- López, E., Pulido, M., & Augusto, J. M. (2013). *La inteligencia emocional en el trabajo*. Madrid: SINTEXIS.
- Mackin-Brown, M. (2016, Abril). *Reflective supervision*. HIPPY USA National Leadership Conference.
- Maderuelo, J. A. (2002). Total quality management: *The EFQM excellence model*, 12(10), 41-54. <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682002001000004>.
- Mahoney, G. (2009). Relationship focused intervention (RFI): Enhancing the role of parents in children´s developmental intervention. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 1(1), 79-94.
- Mahoney, G., & Perales, F. (2012). El papel de los padres de niños con síndrome de Down y otras discapacidades en la Atención Temprana. *Revista Síndrome de Down*, 29, 46-64.
- Martín, M. (2014). Práctica reflexiva, identidad y trabajo social. *Tandil*, 12, 225-244.

- Martin, M. L., & Mora, J. A. (Enero, 2009). *Inteligencia Emocional y bienestar: consideraciones teóricas y resultados empíricos*. Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional, Málaga.
- Martínez-Moreno, A., & Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque Desde el Ámbito Familiar. *Escritos de Psicología*, 8(2), 33-42.
- Más, J. M., & Giné, C. (2012). Adaptación transcultural de la ecocultural family interview a las familias con un hijo con discapacidad intelectual de Cataluña. *Siglo Cero*, 43(2), 242, 26-45.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory* (2ª Ed., 1ª Ed. De 1981). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence* (pp. 3-34). New York: Basic Books.
- Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Toronto, Ontario, Canada: MHS Publishers.
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Cherkassykiy, L. (2011). Emotional Intelligence. En RJ Sternberg y SB Kaufman (Eds.), *The Cambridge handbook of intelligence* (pp. 528-549). Nueva York, NY: Cambridge University Press
- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1(3), 232-242.

- Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- Mayorga, M. J., Madrid, D., & García-Martínez, M. P. (2015). Aprender a trabajar con las familias en Atención Temprana: estudio de caso. *Escritos de Psicología*, 8(2), 52-60.
- McWilliam, R. (2001). Understanding the family Ecology. *Integrate Model for Natural Enviroments in Early Intervention*, 1-5.
- McWilliam, R. (2004). Early Intervention in Natural Environments. A five-component model. Recuperado de [http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cmskids/providers/early\\_steps/training/documents/early\\_intervention.pdf](http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cmskids/providers/early_steps/training/documents/early_intervention.pdf)
- McWilliam, R. (2010). Routines-based early intervention. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- McWilliam, R. (2016). Metanoia in Early Intervention: transformation to a family centered approach. *Revista Latino-Americana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153.
- McWilliam, R., Casey, A., & Sims, J. (2009). The routines-based interview. A method for gathering information and assessing needs. *Infants & Young Children*, 22(3), 224-233.
- McWilliam, R., García-Grau, P., Martínez-Rico, G., Grau, D., Cañadas, M., & Calero, J. (2013). *FINESSE II. Evaluación de la intervención con la familias y entornos naturales*. Tennessee, USA.
- McWilliam, R., Tocci, L., & Harbin, G. (1998). Family-centered services: Service providers' discourse and behavior. *Topics in Early Childhood Special Education*, 18, 206–221.
- Mendieta, P. (2005). Intervención familiar en Atención Temprana. Gracia Millá y Mulas (Eds.). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico y trastornos e intervención* (789-803). Promolibro. Valencia.

- Mendieta, P., & García-Sánchez, F. A. (1998). Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios. *Siglo Cero*, 29(4), 11-22.
- Mendieta, P. (Noviembre, 2001). Marco sistémico/interaccional o comunicacional. *XI Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. Factores emocionales de desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana*. Real patronato sobre discapacidad, Madrid.
- Mesa, J. (2015). *Inteligencia Emocional, Rasgos de Personalidad e Inteligencia Psicométrica en Adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, Murcia.
- Mestre, J. V. (2003). Emotismo moral y dialogo racional. *A parte Rei: Revista de Filosofía*. 1-6. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/chust.pdf>
- Michigan Association for Infant Mental Health (2015). *Best practice for reflexive supervision/consultation guidelines*. Disponible en [www.mi-aimh.org](http://www.mi-aimh.org).
- Mickan, S., & Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: A literature review. *Australian Health Review*, 23(3), 201–208. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11186055>
- Mikus, K., Benn, R., & Weatherston, D. (1994) *On Behalf of families: a sourcebook of training activities for early intervention*. Detroit, MI: Project FIT, Merrill-Palmer Institute, Wayne State University.
- Millá, M. G. (2005). Criterios de calidad en Atención Temprana (pp. 843-861). En M. G. Millá & F. Mulas (Coords.) *Atención Temprana Desarrollo infantil, diagnóstico e intervención*. Valencia: Promolibro.
- Mora, F. (2013). *Neuroeducación*. Madrid: Editorial Alianza.
- Moreno, B., & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1045-1065). Madrid: Siglo XXI.

- Morgado, I. (2007). *Emociones e Inteligencia Social. Las claves para una alianza entre los sentimientos y la razón*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Mublenbanpt, M., Pizur-Barnekon, K. Schekind, S., & Havison, N. (2015). Occupational therapy contributions in Early intervention. Implications for personal preparation and interprofessional practice. *Infants & Young children*, 28(2), 123-132.
- Mulas, F., & Millá, G. (2002). La Atención Temprana. Que es y para qué sirve. *Summa Neurológica*, 1, 31-5.
- Orcajada, N. (2011). *Satisfacción laboral en Atención Temprana; Estudio realizado en las comunidades autónomas de Murcia, Valencia y Castilla la Mancha*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Murcia. Murcia.
- Orcajada, N. (2017). *Diseño, Aplicación y evaluación del Plan de formación de tutores de Atención Temprana*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Murcia.
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A., & Gorayeb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castellón: Universitat Jaume I.
- Parellada, R. (2000). Las naturalezas de las pasiones del alma en Descartes. *Revista de Filosofía*, 8(23), 235-242.
- Parlakian, R. (2001). *Look, listen, and learn: Reflective supervision and relationship-based work*. Washington: ZERO TO THREE.
- Parodi, A. (2015). *Inteligencia emocional y personalidad: factores predictores del rendimiento académico*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. Murcia.
- Peiro, J. M., & González, V. (1993). *Círculos de Calidad*. Madrid: Eudema.
- Peralta, F., & Arellano, A. (2010). Family and disability. A theoretical-applied perspective of the family-centered focus for promoting self-determination. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362.

- Pérez-González, J. C., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. En R. Schulze and R. D. Roberts (Eds.), *International Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 181-202). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Pérez-González, J. C., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2007). La medida de la inteligencia emocional rasgo. En J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de Inteligencia Emocional* (pp.81-97). Madrid: Pirámide.
- Pérez-López, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana. En J. Pérez-López y A.G. Brito (Coord). *Manual de atención temprana*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Perpiñán, S. (2003a). Generando entornos competentes. Padres, educadores, profesionales de A.T: un equipo de estimulación. *Revista de Atención Temprana*, 6(1), 11-17.
- Perpiñán, S. (2003b). La intervención con familias en los programas de Atención Temprana. En I. Candel. (Dir.), *Atención Temprana. Niños con síndrome de Down y otros problemas de desarrollo* (pp. 57-79). Madrid: FEISD.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y Familia. Como intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- Peterander, F. (2000). The best quality cooperation between parents and experts in early intervention. *Infants and Young Children*, 12(3), 32-45.
- Peterander, F. (Noviembre, 1999). El futuro de la Atención temprana: calidad y profesionalidad. *IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*. Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con discapacidad, Madrid.
- Petrenchik, T. M., & King, G. A. (2011). Pathways to positive development: Childhood participation in everyday places and activities. In *Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention with Children and Youth: A Guiding Framework for Occupational Therapy*. Bethesda, USA: Editorial AOTA, pp. 71–94.

- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of personality, 15*(6), 425-448. doi 10.1002/per.416.
- Petrides, K. V., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences, 36*, 277-293.
- Piaget, J. (1983). *Psicología de la inteligencia*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Poch, L. (2003). Servicios Sanitarios en torno a la atención Temprana. Ámbitos de actuación en atención Temprana. *Minúsvál, 58-62*.
- Ponce, N. (2016). *Evaluación de un programa de intervención de Inteligencia emocional: Estudio comparado entre México y España*. Tesis doctoral. Universidad de Granada, Granada.
- Prats-Viñas, J. M. (2007). A favor de la detención precoz e intervencionismo moderado: ¿Hasta qué punto es efectiva la estimulación temprana?. *Revista Neurología, 44*(3), 35-37.
- Prelock, P., & Deppe, J. (2015). Speech- language pathology. Preparing early interventionists. *Infants & Young Children, 28*(2), 150-164.
- Pretis, M. (2010). La intervención de la primera infancia en Europa. Hacia estándares, recursos compartidos y cambios nacionales. Ankara, Turquía: Manfred Pretis.
- Prettis, M. (Abril, 2014). Family-centeredness in early intervention: Myths and empirical findings. En *International Congress on Early Childhood Intervention (ICECI)*, Antalya, Turquía.
- Puig, C. (2011). *La supervisión en la intervención social. Un instrumento para la calidad de los servicios y el bienestar de los profesionales*. Universitat de Rovira y Virgili, Tarragona.
- Ramirez, M. S. (Septiembre, 2011). Los procesos reflexivos en el desarrollo de la madurez personal y profesional del docente. *III Congreso Internacional de Nuevas tendencias en la formación permanente del profesorado*, Barcelona.

- Rapport, M. J., Furze, J., Martin, K., Schreiber, J. Darneniller, L., Dibasio, P., & Morchen, V. (2014). Essential competencies in entry-level pediatric physical therapy education. *Pediatric Physical Therapy*, 7-18.
- Raver, C. (2003). Young children's Emotional development and school readiness. *Eric Digest*, Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/242095521\\_Young\\_Children's\\_Emotional\\_Development\\_and\\_School\\_Readiness](https://www.researchgate.net/publication/242095521_Young_Children's_Emotional_Development_and_School_Readiness)
- Raver, S. A., & Childress, D. C. (2015). Collaboration and teamwork with families and professionals. In *Family-Centered Early Intervention: Supporting Infants and Toddlers in Natural Environments*; Raver, S.A., Childress, D.C., Eds.; Brookes: Baltimore, MD, USA.
- Repetto, E., & Pérez-González, J. C. (2007). Formación en competencias socioemocionales a través de las prácticas en empresas. *Revista Europea de Formación Profesional*, 40, 92-112. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2316242>
- Requena, F. (2000). Satisfacción, Bienestar y calidad de la vida en el trabajo. *Reis: Revista Española de Investigaciones*, 11-44.
- Revuelta, O. (2006). Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios. *REIFOP*, 9(1), 1-13.
- Reynolds, G. S. (1968). *Compendio de condicionamiento operante*. Recuperado de [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403002/LECTURAS/UNIDAD\\_2/7\\_Co\\_mpendio\\_de\\_condicionamiento\\_operante.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/403002/LECTURAS/UNIDAD_2/7_Co_mpendio_de_condicionamiento_operante.pdf)
- Robles, M. A., & Sánchez, D. (2013). Atención infantil temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 23(2), 132-143.
- Rodríguez, C., Oviedo, A. M., Vargas, M. L., Hernández, V., & Pérez, M. S. (2009). Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 1, 179-193.

- Romero, L. (2006). *Construyendo el buen trato. Herramientas para facilitar el cambio* (3a ed.). Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría (CAC).
- Rush, D., & Shelden, M. (2011). *The Early Childhood Coaching Handbook*. Baltimore: Brookes Publishing Company.
- Rush, D., Shelden, L., Hanft, B., & Faota, M. (2003). Coaching Families and Colleagues. A process for collaboration in natural settings. *Infants & Young Children, 16*(1), 33-47.
- Saarni, C. (2000). Emotional Competence. A. Developmental Perspective. En R. Bar-On y J.D.A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment and Application at Home, School, and in the Workplace* (pp.68-91). San Francisco, Ca: Jossey-Bass.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality, 9*, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., & Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.). *The Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Samayoa, M. L. (2012). *La inteligencia emocional y el trabajo docente en Educación Básica*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (1990). Transactional regulation and intervention. En S. J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 119-149). Cambridge University Press.
- Sameroff, A., & McKenzie, M. (2003). A quarter century of the transactional model; How have things changed?. *Zero to Three, 1*(24), 14-22.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty*. En F. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.). *Review of child development* (vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.

- Sanz-Arazuri, E., Alonso-Ruiz, R. A., Valdemoros-San-Emeterio, M. A., & Ponce-de-León, A. (2013). Validación de un cuestionario que analiza cómo trabaja el profesorado de la etapa de infantil, la educación para la salud desde el ámbito motor. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(35), 9-34. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645435002.pdf>.
- Sanz, J. (2000). El factor humano en la relación clínica. El binomio razón y emoción. *Medicina Clínica*, 114(6), 222-226. doi: 10.1016/S0025-7753(00)71251-6.
- Saucedo, J. L., Salazar, R., & Díaz, C. (2010). Inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenio*, 4(1) 17-21.
- Sawyer, B., & Campell, P. (2012). Early Interventionists' Perspectives on Teaching Caregivers. *Journal of Early Intervention*, 34(2), 104-124.
- Schultz, D. P., & Ellen, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Segura, M., & Arcas, M. (2006). *Relacionarnos Bien*. Madrid: Narcea S. A.
- Serrano, A. M., & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention. The Portuguese pathwat towards inclusion. *Revista de Educación Inclusiva*, 4(1), 123-138.
- Shelden, L., & Rush, D. (2013). IFSP Outcome Staments Made Simple. *Young Exceptional Children*, 15-27.
- Singer, J. (2000). *La naturaleza del amor: el mundo moderno*. Madrid: Siglo XXI editorial.
- Smith, T., Buch, G., & Gamby, T. E. (2000). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder, *Research in Developmental Disabilities*, 21, 297-309.
- Snyder, P., Hemmeter, M. L., & McLaughlin, T. (2011). Professional Development in Early Chilhood Intervention: Where we stand on the silver aniversario of PL. *Journal of Early Intervention*, 33(4), 357-370.
- SoËtard, M. (1994). Jean-Jacques Rousseau. *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación*, 24(3-4), 435-448.

- Soriano, V. (2000). Atención Temprana en Europa. *Revista de Neurología*, 34(1), 155-157.
- Spagnola, M., & Fiese, B. H. (2007). Family routines and rituals: A context for development in the lives of young children. *Infants and Young Children*, 20(4), 284-299, doi:10.1097/01.IYC.0000290352.32170.5a.
- Stoner, J., Meadan, H., & Angell, M. (2013). A Model for Coaching Parents to Implement Teaching Strategies With Their Young Children With Language Delay or Developmental Disabilities. *Perspectives on Language Learning and Education*, 20, 112-119.
- Tamarit, J. (2009). *Atención Temprana: Avanzando hacia un modelo inclusivo orientado a la calidad de vida familiar y al desarrollo de competencias personales significativas tanto en los niños y niñas como en sus familias*, Madrid: FEAPS. Recuperado de <http://www.avap-cv.com/images/Documentos%20de%20Interés/javiertamarit.pdf>
- Tanenbaum, R., & Berman, M. (2005). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. *RET Revista de Toxicomanías*, 45, 21-26.
- Tirapu, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo, M., & Pelegrín, C. (2012). ¿Qué es la Teoría de la mente?. *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489.
- Torres, A. P., Acosta, M., & Cruz, A. M. (2013). Burnout y estrategias de afrontamiento en personal de Atención en salud en una empresa social del estado nivel 2. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 16-19.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López-López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Tovar, J. (2007). El papel de las emociones y de la razón en el juicio moral. *Revista de Estudiantes de Filosofía*, 38-55.

- Trianes, M. V., Blanca, M. J., García, J., & Sánchez, A. (2003). Competencia social en alumnos con necesidades educativas especiales: nivel de inteligencia, edad y género. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56, 325-338.
- Trivette, C., & Dunst, C. J. (2005). Community-based parent support programs. *Encyclopedia on Early Childhood Development (online)*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Trivette, C. M., & Dunst, C. J. (2000) Recommended practices in family-based practices. In S. Sandall, M. McLean and B. J. Smith (eds.) *DEC Recommended Practices in Early Intervention/Early Childhood Special Education* (pp. 39–46). Sopris West: Longmont, CO
- Trivette, C., Dunst, C. J., & Hamby, D. (2010). Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development, *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(1), 3-19. doi.org/10.1177/0271121410364250
- Trueba, C. (2009). La teoría aristotélica de las emociones. *Signos Filosóficos*, 9(22), 147-170.
- Turnbull, A. P., Turnbull, H. R., Erwin, E., & Soodak, L. (2006). *Families, professionals, and exceptionality. Positive outcomes through partnership and trust* (5ª Ed.). Columbus, OH y Upper Saddle River, NJ: Pearson/ Merrill-Prentice Hall.
- Turnbull, A. T., Turnbull, H. R., & Kyzar, K. (2008). Cooperación entre familias y profesionales como fuerza catalizadora para una óptima inclusión: enfoque de los Estados Unidos de América. *Revista de Educación*, 349, 69-99.
- Uribe, A., Molina, J., Contreras, F., Barbosa, D., & Espinosa, J. C. (2013). Liderar Equipos de alto desempeño: un gran reto para las organizaciones actuales, *Revista Universidad & Empresa*, (25), 53-71.
- Valle, M. (1992). *Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

- Vargas, J. G. (2011). Las reglas cambiantes de la competitividad global del nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización. OEI *Revista Iberoamericana de Educación*, (1-20).
- Vasquez, F. J. (2009). Importancia de la Inteligencia emocional en la práctica del buen trato de la escuela. *Psicogente*, 12(22), 422-432.
- Vázquez, A., & Manassero, M. A. (2007). En defensa de las actitudes y emociones de la educación científica evidencias y argumentos generales. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 4(2), 247-271.
- Veloso, C., Cuadra, A., Antezana, I., Avendaño, R., & Fuentes, L. (2013). Relación entre inteligencia emocional, satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia en funcionarios de educación especial. *Estudios Pedagógicos XXXIX*, 2, 355-366.
- Vera, J. A., & Rodríguez, C. (2009). La psicología social y el concepto de cultura. *Psicología y Sociedades*, 21(1), 100-107.
- Verdugo, A. (Septiembre, 2004). *Calidad de vida y calidad de vida familiar*. II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual: Enfoques y Realidad: Un Desafío. Medellín, Colombia.
- Vicente, J. R. (2015). *Actuaciones de orientación y coordinación de los profesionales de atención temprana desde la perspectiva de los distintos agentes implicados*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Murcia, Murcia.
- Vinagre, J. A., & De Pablos, C. (2013). Impacto estratégico de las guías de práctica clínica en enfermería en la función de gestión de la supervisión. *Rev. Esc. Enferm. USD*, 47(5), 1241-6.
- Watts, N., McLeod, S., & McAllister, L. (2009). *Models of Practise Used in Speech Language Pathologists' with Families*. En N. Watts & S. McLeod (Eds.). Working with families in Speech Language Patology (pp. 1-38). San Diego: Plural Publishing.

- White, K. R., Taylor, M. J., & Moss, V. D. (1992). Does research support claims about the benefits of involving parents in early intervention programs?. *Review of Educational Research*, 62(1), 91-125.
- Wilson, L., & Dunst, C. (2005). Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *Casetools*, 1(1), 1-4.
- Winton, P., & Bailey, D. (1990). Early Intervention Training Related to family Interviewing. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10(1), 50-62.
- Woods, J., Wilcox, M. J., Friedman, M., & Murch, T. (2011). Collaborative consultation in natural environments: Strategies to enhance family-centered supports and services. *Lang. Speech Hear. Serv. Sch.*, 42(3), 379-392. doi:[10.1044 / 0161-1461 \(2011 / 10-0016\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/10-0016)).
- World Health Organization (2012). *Early Childhood Development and Disability: a discussion paper*. Geneva: WHO.
- Zárate, R., & Matviuk, S. (2012). Inteligencia Emocional y prácticas de liderazgo en las organizaciones colombianas. *Cuadernos de Administración*, 28(47), 89-102

## RELACIÓN DE TABLAS Y FIGURAS

	<b>TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
1.1	La evolución y la interacción como fuente de aprendizaje del niño (Guralnick , 2001; 2005)	17
2.1	Dimensiones y autores que defienden las prácticas relacionales	44
2.2	Dimensiones y autores que defienden prácticas participativas	49
2.3	Tipos de supervisión	61
2.4	Fases de supervisión reflexiva propuesta por Bernstein (2002)	63
3.1	Inteligencias múltiples de Gardner (1993)	71
3.2	Capacidades emocionales según Ekman (2003)	74
3.3	Diferenciación breve de cada uno de los conceptos	76
3.4	Habilidades de IE según Mayer y Salovey (1997)	79
3.5	Clasificación de las dimensiones del modelo de Bar-on	85
3.6	Resumen de los Modelos de Inteligencia Emocional y sus instrumentos de evaluación	87
4.1	Frecuencia y porcentaje de los profesionales en diferentes franjas de edad	106
4.2	Frecuencia y porcentaje de las disciplinas profesionales en los participantes	107
4.3	Frecuencia y porcentajes de participantes por comunidades autónomas	108
4.4	Frecuencia y porcentaje de participantes según lugar donde realizan la intervención	109

4.5	Frecuencia y porcentaje de participantes según el papel que desempeña la familia en la intervención	109
4.6	Frecuencia y porcentaje de participantes según número de profesionales que habitualmente dirigen la intervención	110
4.7	Ítems del IPPAT y su distribución en las dimensiones teóricas planteadas	111
4.8	Coefficientes de fiabilidad, según alfa de Cronbach	114
4.9	Número de profesionales y centros participantes por comunidad autónoma	127
4.10	Variables dependientes e independientes utilizadas, niveles, relaciones planteadas entre ellas y análisis aplicados	129
5.1	Frecuencia y porcentajes de las respuestas de los jueces a la información de presentación del instrumento	132
5.2	Frecuencia y porcentajes de las respuestas de los jueces sobre los ítems de identificación sociodemográfica de la muestra	133
5.3	Frecuencia y porcentajes de las respuestas de los jueces sobre las características generales del instrumento	134
5.4	Medias y desviaciones típicas de la valoración de los jueces sobre la presentación del instrumento	135
5.5	Medias y desviaciones típicas de las valoraciones de los jueces sobre los ítems de variables sociodemográficas de la muestra	135
5.6	Medias y desviaciones típicas de las valoraciones de los jueces sobre las características generales del instrumento	136
5.7	Medias y desviaciones típicas de la valoración de los jueces sobre la claridad y representatividad de los ítems	137
5.8	Ítems reformulados a partir de las propuestas de los jueces	140
5.9	Cambios realizados tras el análisis de claridad y representatividad de los ítems del IPPAT	144
5.10	Medias y desviaciones típicas para los ítems de prácticas relacionales	145
5.11	Medias y desviaciones típicas para los ítems de prácticas participativas	146
5.12	Estadísticos descriptivos de ítems del modelo ambulatorio	148
5.13	Medias y desviaciones típicas globales de los diferentes tipos de prácticas	148
5.14	Medias y desviaciones típicas de los ítems de Prácticas Relacionales según la variable Lugar de trabajo	149

5.15	Medias y desviaciones típicas de los ítems de Prácticas Participativas según la variable Lugar de trabajo	151
5.16	Media y desviación típica de la puntuación directa global de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas según la variable Lugar de trabajo	153
5.17	Análisis de varianza de las puntuaciones directas de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas en función de la variable Lugar de trabajo	154
5.18	Prueba T3 de Dunnet para comparar los resultados de los ítems de Prácticas Participativas según los niveles de la variable Lugar de trabajo	155
5.19	Prácticas relacionales-actuación familiar	157
5.20	Prácticas participativas-actuación familiar en la intervención	159
5.21	Media y desviación típica de la puntuación directa global de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas según la variable Participación Familiar	161
5.22	Análisis de varianza de las puntuaciones directas de los ítems de Prácticas Relacionales y Participativas en la variable Participación Familiar	161
5.23	HSD de Tukey para comparar los resultados de los ítems de Prácticas Participativas según los niveles de la variable Participación Familiar	162
5.24	Media y desviación típica de las habilidades de inteligencia emocional de los profesionales de Atención Temprana medidas por el TMMS-24	164
5.25	Medias y desviaciones típicas de los ítems de la subescala de Atención Emocional	165
5.26	Medias y desviaciones típicas de los ítems de la subescala de Claridad Emocional	165
5.27	Medias y desviaciones típicas de los ítems de la subescala de Reparación Emocional	166
5.28	Medias y desviaciones típicas de las habilidades de Inteligencia Emocional según la variable Lugar del trabajo	167
5.29	Análisis de varianza de las puntuaciones de habilidad emocional en el TMMS-24 en función de la variable Lugar de trabajo	168
5.30	Medias y desviaciones típicas de las habilidades de Inteligencia Emocional según la variable Participación Familiar	169
5.31	Análisis de varianza de las puntuaciones de habilidad emocional en el TMMS-24 en función de la variable Participación Familiar	169

5.32	Estadísticos descriptivos de las características de los profesionales integrados en los cuartiles extremos de puntuación en las tres habilidades emocionales medidas	172
5.33	Medias, desviaciones típicas, t de Student y d de Cohen para cada ítem de prácticas relacionales atendiendo a la habilidad de Atención Emocional de los profesionales	173
5.34	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Relacionales atendiendo a la habilidad de Claridad Emocional de los profesionales	175
5.35	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Relacionales atendiendo a la habilidad de Reparación Emocional de los profesionales	177
5.36	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Relacionales atendiendo a la Atención Emocional de los profesionales	179
5.37	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Relacionales atendiendo a la Claridad Emocional de los profesionales	180
5.38	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Relacionales atendiendo a la habilidad de Reparación Emocional de los profesionales	181
5.39	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para las puntuaciones directas de los profesionales en Prácticas Relacionales, una vez seleccionados los dos cuartiles extremos de puntuación en las habilidades de Inteligencia Emocional	182
5.40	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Participativas atendiendo la habilidad de Atención Emocional de los profesionales	183
5.41	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Participativas atendiendo a la habilidad de Claridad Emocional de los profesionales	186
5.42	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para cada ítem de Prácticas Participativas atendiendo a la habilidad de Reparación Emocional de los profesionales	189
5.43	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Participativas atendiendo a la habilidad de Atención Emocional de los profesionales	192
5.44	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Participativas atendiendo a la Claridad Emocional de los profesionales	194

5.45	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de las dimensiones de Prácticas Participativas atendiendo a la Reparación Emocional de los profesionales	195
5.46	Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para las puntuaciones directas de los profesionales en Prácticas Participativas, una vez seleccionados los dos cuartiles extremos de puntuación en las habilidades de Inteligencia Emocional	197
5.47	Perfil Emocional por Sexo para la habilidad de Atención Emocional	198
5.48	Perfil Emocional por Sexo para la habilidad de Claridad Emocional	199
5.49	Perfil Emocional por Sexo para la habilidad de Reparación Emocional	199
5.50	Perfil Emocional-Sexo-Práctica-Atención Emocional	200
5.51	Perfil Emocional-Sexo-Práctica-Claridad Emocional	201
5.52	Perfil Emocional-Sexo-Práctica-Reparación Emocional	202

#### FIGURAS

1.1	<i>Representación de los cuatro sistemas que condicionan el desarrollo humano a partir de Bronfrenner (1994).</i>	13
5.1	<i>Resultados de los ítems de Práctica Participativa en los niveles de la variable Lugar de trabajo</i>	156
5.2	<i>Resultados de los ítems de Práctica Participativa en los niveles de la variable Participación Familiar</i>	163
5.3	<i>Habilidad emocional y prácticas en atención temprana en hombres y mujeres</i>	203
5.4	<i>Habilidad emocional y prácticas en atención temprana en hombres como mujeres</i>	203
5.5	<i>Gráfico representativo de la relación de la habilidad emocional y las prácticas en atención temprana cuando los profesionales presentan excelentes habilidades emocionales.</i>	204



# **ANEXOS**



## ANEXO I



### INSTRUMENTO PARA JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional:

Conocedores de su trayectoria profesional, nos dirigimos a usted con la finalidad de solicitar su colaboración en emitir su juicio sobre el cuestionario que le adjuntamos. Un cuestionario que hemos diseñado para poder identificar diferentes aspectos de la práctica profesional en Atención Temprana.

A través de este cuestionario, pretendemos conocer cómo trabajan los profesionales de Atención Temprana en los Centros de Desarrollo Infantil de Atención Temprana CDIAT, analizando hasta que punto se llevan a cabo actuaciones dirigidas a fomentar la relación positiva de la familia con el profesional (prácticas relacionales) y actuaciones encaminadas a fomentar la implicación activa de la familia en la intervención directa con el niño en los entornos naturales donde se desarrolla (prácticas relacionales) y saber cuáles son las prácticas más importantes para los profesionales.

El cuestionario, que le enviamos en un fichero adjunto, ha sido diseñado por el grupo de investigación *Educación, diversidad y calidad* que dirige el profesor Francisco Alberto García Sánchez en la Universidad de Murcia. Su elaboración forma parte de uno de los proyectos de investigación que estamos llevando a cabo dentro de él.

Para efectuar la validación que le solicitamos del cuestionario, usted deberá leer cuidadosamente cada uno de sus ítems y valorarlos, de acuerdo a su criterio personal y profesional, a través del instrumento de juicio de experto que encontrará a continuación de esta carta. Por otra parte, se le agradece cualquier sugerencia relativa a la redacción, contenido, pertinencia y congruencia u otro aspecto que considere relevante para la mejora del instrumento. Por último, le rogamos que nos remita su juicio de expertos por correo electrónico, antes del 15 de enero de 2016 a la dirección [maria.marco1@um.es](mailto:maria.marco1@um.es)

Agradecemos anticipadamente su valiosa colaboración.

M<sup>a</sup> Cristina Sánchez López y Francisco Alberto García Sánchez

INSTRUMENTO PARA EL DESARROLLO DEL  
PROCESO DE JUICIO DE EXPERTOS DEL  
CUESTIONARIO DE PRÁCTICA PROFESIONAL  
EN ATENCIÓN TEMPRANA – PPAT

Nombre y apellidos del juez:

Formación académica:

Años de experiencia profesional:

Cargo actual:

## JUICIO DE EXPERTO

### 1. Presentación del instrumento.

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones referidas a la presentación del instrumento.

ASPECTOS REFERIDOS A LA PRESENTACIÓN	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<i>Se detalla la autoría del cuestionario</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>El propósito del instrumento queda reflejado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se identifica el contexto en el que el instrumento va a ser utilizado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se garantiza la confidencialidad de los datos aportados</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se agradece la participación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se proporcionan instrucciones de cumplimentación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OBSERVACIONES:</b>			

### 2. Identificación de la muestra.

Indique que grado de relevancia considera que tienen las siguientes variables:

VARIABLES	Nada relevante	Poco relevante	Bastante relevante	Muy relevante
<i>Género</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Provincia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Edad</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Especialidad en el CDIAT</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Años de experiencia en el CDIAT</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Estudios de especialización en AT</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Cargo de responsabilidad</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lugar de realización del trabajo con el niño</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Lugar de realización del trabajo con las familias</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OBSERVACIONES:</b>				

### 3. Contenido del instrumento de investigación.

Indique su grado de aceptación con cada una de las siguientes afirmaciones referidas al contenido del instrumento de investigación.

<b>VARIABLES</b>	<b>Deficiente</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Bueno</b>	<b>Excelente</b>
<i>Apariencia general del cuestionario</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Longitud del cuestionario</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Estructuración del cuestionario</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Claridad de las instrucciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Claridad del contenido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Relevancia del contenido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>El instrumento propuesto responde a los objetivos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Adecuación del vocabulario y la redacción</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Adecuación de las escalas que se utilizan para medir los ítems</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>OBSERVACIONES:</b>				

#### 4. Valoración de los aspectos referidos al ítem.

Indique su grado de claridad y representatividad que tienen los ítems del cuestionario. Utiliza las siguientes puntuaciones 1) **Nada**, 2) **Poco**; 3) **Bastante**; 4) **Mucho**.

ASPECTOS REFERIDOS AL ÍTEM		
	Representatividad	Claridad
1. La familia me percibe /me considera (como) un apoyo.		
2. Creo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.		
3. Muestro una actitud flexible ante las creencias o actitudes de la familia durante la intervención.		
4. Me adapto a las condiciones físicas del entorno del niño sin intentar modificarlo a mi estilo.		
5. Tengo un trato respetuoso a la familia y al niño.		
6. Escucho atentamente las preocupaciones de la familia sin juzgarlas.		
7. Trato de identificar los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.		
8. Soy sensible a las necesidades que manifiestan tanto la familia como el niño.		

9. Cuido no generar falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.		
10. Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.		
11. Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.		
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.		
13. Acepto la situación socio-familiar del niño.		
14. Respeto las opiniones que tiene la familia sobre la discapacidad como punto de partida para comenzar a trabajar.		
15. Potencio las capacidades naturales de los familiares para lograr los objetivos de la intervención.		
16. Me intereso por conocer la predisposición que tienen las familias para planificar y cumplir objetivos.		
17. Conozco la mayoría de las dificultades (culturales, económicas, sociales...) del niño y de su entorno y colaboro con ellos para mejorarlas.		
18. Hago partícipes a la familia de sus responsabilidades en el proceso de la intervención.		
19. Planifico los objetivos de la intervención conjuntamente con la familia aceptando el orden de prioridad que ellos estiman.		
20. Promuevo la participación de la familia en la intervención facilitándoles materiales de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones).		
21. Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.		
22. Oriento las capacidades de las familias para mejorar el desarrollo del niño y el propio clima familiar.		

23. Valoro el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.		
24. Destaco el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.		
25. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.		
26. Facilito pautas de ejecución sobre cómo llevar a cabo objetivos dentro de prácticas contextualizadas.		
27. Intento que las familias identifiquen y aprovechen las oportunidades incidentales de aprendizaje para lograr un objetivo.		
28. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.		
29. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño y que contribuyen a enriquecer las experiencias de aprendizaje.		
30. Informo a la familia de la normativa legislativa sobre ayudas sociales y económicas existentes.		
31. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones para conseguir los resultados deseados.		
32. Incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al futuro del niño ofreciéndoles alternativas.		
33. Acepto las decisiones de la familia ante las evaluaciones periódicas de la consecución de objetivos.		
34. Elaboro programas de actuación individual en función de cada estructura familiar.		
35. Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.		
36. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.		

---

37. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.		
38. Comparto periódicamente con la familia los logros que se van consiguiendo.		
<b>OBSERVACIONES:</b>		

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



## ANEXO II

Murcia, -- de ----- de 2016

Estimados/as responsables del servicio de Atención Temprana:

En el Grupo de Investigación sobre Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia, en nuestra línea de trabajo en Atención Temprana, estamos desarrollando un Proyecto de Investigación, con el fin de conocer mejor como se están llevando a cabo determinadas prácticas de Atención Temprana con el fin de plantear posibles propuestas de mejora.

Por esta razón os pedimos vuestra colaboración para conseguir que todos los profesionales de vuestro servicio que trabajen en Atención Temprana cumplimenten, a lo largo de la próxima semana, los cuestionarios que os adjuntamos. Como veréis se trata de dos instrumentos breves:

- un inventario sobre práctica profesional (no lleva más de 12-15 minutos) y
- un cuestionario sobre inteligencia emocional (entre 5-7 minutos), una variable que consideramos muy importante en la disciplina.

Para cumplimentar ambos instrumentos cada profesional deberá descargar el fichero “Respuestas” que se adjunta en Word que incluye la hoja de respuestas del inventario sobre práctica profesional y los ítems para responder del cuestionario de inteligencia emocional. Una vez cumplimentado solo habrá de enviarlo por correo electrónico a la dirección [atenciontemprana.umu@gmail.com](mailto:atenciontemprana.umu@gmail.com). Por supuesto, en ningún momento el profesional necesita identificarse ya que todo el proceso es anónimo.

Ante cualquier duda estaremos encantados de contestaros por email o en el teléfono 629654313 (María Marco).

Sin más, un cordial saludo y nuestro más sincero agradecimiento de antemano por vuestro interés y colaboración.



Fdo. Francisco Alberto García Sánchez  
Catedrático de Biopatología de la Discapacidad  
y necesidades de Atención Temprana



## ANEXO III

### INVENTARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

El presente inventario va dirigido al colectivo de Atención Temprana, recoge aspectos relacionados con la práctica profesional. Para garantizar la confidencialidad de los participantes, todos los datos individuales serán tratados de forma anónima y colectiva.

#### INSTRUCCIONES

- Los ítems deben ser contestados según su experiencia personal. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, responda con sinceridad a todos los ítems.
- La escala de valoración para cada ítem es de cinco opciones:  
1-Nunca 2- Casi Nunca 3- Alguna Veces 4- Casi Siempre 5- Siempre  
Por favor, señale la opción que mejor se ajuste a su práctica profesional.
- Las cuestiones de las secciones *Datos Preliminares* y *Otros Datos* se contestarán eligiendo la casilla que corresponde a cada caso o facilitando los datos que se solicitan.

**MUCHAS GRACIAS por su inestimable colaboración**

**DATOS PRELIMINARES**

**A. Sexo:**  Hombre  Mujer

**B. Provincia:** **C. Edad:**

**D. Titulación/es académica/s**

*(Ejemplo 1: Grado en Logopedia y Máster en Atención Temprana. Ejemplo 2: Licenciado en Psicología. Ejemplo 3: Licenciado en Psicología y Master en Calidad educativa. Ejemplo 4: Maestro en Audición y lenguaje, Diplomado en fisioterapia, Master en Atención temprana y Doctorado. etc.).*

-----  
**E. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en Atención Temprana?** Años: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_

**F. ¿Dónde realiza su trabajo?**

- En el centro de Atención Temprana.
- En el Entorno Natural del niño (hogar, escuela infantil, etc.).
- Mixto con predominio en el Entorno Natural.
- Mixto con predominio en el centro de Atención Temprana.

**G. Habitualmente, la familia durante la intervención...**

- No está presente.
- Está presente y observa.
- Está presente, propone y trabaja en la intervención.
- Está presente e interviene en la intervención.

**H. Habitualmente, ¿cuántos profesionales dirigen la intervención?**

- 1 profesional
- 2 profesionales
- 3 profesionales
- Más de 3 profesionales

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me presento a la familia como un apoyo.	1	2	3	4	5
2. Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno del niño para planificar la intervención.	1	2	3	4	5
3. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.	1	2	3	4	5
4. Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño.	1	2	3	4	5
5. Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje.	1	2	3	4	5
6. Promuevo un clima de confianza en las interacciones con el cuidador principal.	1	2	3	4	5
7. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño.	1	2	3	4	5
8. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas.	1	2	3	4	5
9. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos.	1	2	3	4	5
10. Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención.	1	2	3	4	5
11. Oriento la intervención de la familia en función de las necesidades que detecto en el niño.	1	2	3	4	5
12. Me aseguro de que la familia haya entendido la información ofrecida en cada sesión.	1	2	3	4	5
13. Pregunto por el estado del niño al comenzar la sesión.	1	2	3	4	5
14. Respeto las creencias de la familia durante la intervención.	1	2	3	4	5
15. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias.	1	2	3	4	5

## ANEXOS

16.	Planifico los objetivos de la intervención con la familia.	1	2	3	4	5
17.	Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones).	1	2	3	4	5
18.	Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno.	1	2	3	4	5
19.	Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos.	1	2	3	4	5
20.	Analizo la disposición de la familia para participar en la intervención.	1	2	3	4	5
21.	Me adapto a las condiciones del entorno del niño sin modificarlo a mi estilo.	1	2	3	4	5
22.	Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño.	1	2	3	4	5
23.	Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas.	1	2	3	4	5
24.	Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes.	1	2	3	4	5
25.	Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.	1	2	3	4	5
26.	Tengo en cuenta las opiniones de la familia sobre la discapacidad.	1	2	3	4	5
27.	Soy sensible a las necesidades que manifiesta la familia.	1	2	3	4	5
28.	Juzgo la importancia de las preocupaciones de las familias.	1	2	3	4	5
29.	Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo.	1	2	3	4	5
30.	Decido las horas de intervención que recibe el niño.	1	2	3	4	5
31.	Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención.	1	2	3	4	5
32.	Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.	1	2	3	4	5
33.	Genero falsas expectativas sobre las posibilidades del niño.	1	2	3	4	5

34.	Identifico los distintos sentimientos o emociones que experimenta la familia.	1	2	3	4	5
35.	Tengo un trato respetuoso hacia el entorno familiar.	1	2	3	4	5
36.	En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño.	1	2	3	4	5
37.	Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.	1	2	3	4	5
38.	Doy pautas a la familia sobre el trabajo a realizar con el niño.	1	2	3	4	5
39.	Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares.	1	2	3	4	5
40.	Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.	1	2	3	4	5
41.	Dedico tiempo suficiente a escuchar las preocupaciones de la familia.	1	2	3	4	5
42.	Adopto una actitud relajada en las conversaciones con la familia.	1	2	3	4	5
43.	Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.	1	2	3	4	5
44.	Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.	1	2	3	4	5
45.	Organizo la intervención con el niño atendiendo a sus necesidades.	1	2	3	4	5
46.	Adapto mi lenguaje al nivel de comprensión de la familia.	1	2	3	4	5



## ANEXO IV

### TMMS-24

#### ***Instrucciones***

*A continuación, encontrará afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una X la respuesta que mas se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.*

1	2	3	4	5
Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Frecuentemente de acuerdo

## ANEXOS

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico mi tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé como me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5



## ANEXO V

### INVENTARIO SOBRE PRÁCTICA PROFESIONAL EN ATENCIÓN TEMPRANA

El presente inventario va dirigido al colectivo de Atención Temprana, recoge aspectos relacionados con la práctica profesional. Para garantizar la confidencialidad de los participantes, todos los datos individuales serán tratados de forma anónima y colectiva.

### INSTRUCCIONES

- Los ítems deben ser contestados según su experiencia personal. No existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor, responda con sinceridad a todos los ítems.
- La escala de valoración para cada ítem es de cinco opciones:  
1-Nunca 2- Casi Nunca 3- Alguna Veces 4- Casi Siempre 5- Siempre  
Por favor, señale la opción que mejor se ajuste a su práctica profesional.
- Las cuestiones de las secciones *Datos Preliminares* y *Otros Datos* se contestarán eligiendo la casilla que corresponde a cada caso o facilitando los datos que se solicitan.

**MUCHAS GRACIAS por su inestimable colaboración**

## Hoja de respuestas

<b>A. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<b>B. Provincia:</b> <b>Edad:</b>	<b>C.</b>
<b>D. Titulación/es académica/s</b> ( <i>Ejemplo 1: Grado en Logopedia y Máster en Atención Temprana. Ejemplo 2: Licenciado en Psicología. Ejemplo 3: Licenciado en Psicología y Master en Calidad educativa. Ejemplo 4: Maestro en Audición y lenguaje, Diplomado en fisioterapia, Master en Atención temprana y Doctorado. etc.</i> ). -----		
<b>E. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en Atención Temprana?</b> Años: _____ Meses: _____		
<b>F. ¿Dónde realiza su trabajo?</b> <input type="checkbox"/> En el centro de Atención Temprana. <input type="checkbox"/> En el Entorno Natural del niño (hogar, escuela infantil, etc.). <input type="checkbox"/> Mixto con predominio en el Entorno Natural. <input type="checkbox"/> Mixto con predominio en el centro de Atención Temprana.		
<b>G. Habitualmente, la familia durante la intervención...</b> <input type="checkbox"/> No está presente. <input type="checkbox"/> Está presente y observa. <input type="checkbox"/> Está presente, propone y trabaja en la intervención. <input type="checkbox"/> Está presente e interviene en la intervención.		
<b>H. Habitualmente, ¿cuántos profesionales dirigen la intervención?</b> <input type="checkbox"/> 1 profesional <input type="checkbox"/> 2 profesionales <input type="checkbox"/> 3 profesionales <input type="checkbox"/> Más de 3 profesionales		

Por favor, responda en esta tabla a los ítems del inventario. Incorpore en la Tabla que aparece a continuación el número que usted responde en cada ítem. Por ejemplo, si en el ítem 1 su respuesta ha sido Nunca, pondrá un 1 en la casilla respuesta. Por el contrario, si su respuesta es SIEMPRE pondrá 5 en la casilla de respuesta al ítem que pertenece.

Ítem	Respuesta								
1.		11.		21.		31.		41.	
2.		12.		22.		32.		42.	
3.		13.		23.		33.		43.	
4.		14.		24.		34.		44.	
5.		15.		25.		35.		45.	
6.		16.		26.		36.		46.	
7.		17.		27.		37.			
8.		18.		28.		38.			
9.		19.		29.		39.			
10.		20.		30.		40.			

Por favor, responda en esta tabla a los ítems del cuestionario TMMS-24 que se te adjunta. Incorpore en la Tabla que aparece a continuación el número que usted responde en cada ítem. Por ejemplo, si en el ítem 1 su respuesta ha sido NADA DE ACUERDO, pondrá un 1 en la casilla respuesta. Por el contrario, si su respuesta es FRECUENTEMENTE DE ACUERDO pondrá 5 en la casilla de respuesta al ítem que pertenece.

ANEXOS

---

Ítem	Respuesta	Ítem	Respuesta	Ítem	Respuesta
1.		11.		21.	
2.		12.		22.	
3.		13.		23.	
4.		14.		24.	
5.		15.			
6.		16.			
7.		17.			
8.		18.			
9.		19.			
10.		20.			

