



UNIVERSIDAD CASA GRANDE

**INVESTIGACIÓN SOBRE EL APRENDIZAJE DE UNA INTERVENCIÓN EN
ATENCIÓN TEMPRANA QUE DESARROLLA COMPETENCIAS PARA EL
TRABAJO CON FAMILIAS**

TESISTA:

María del Carmen Sánchez Caicedo

TUTORAS:

MSc. Marcela Frugone Jaramillo

MSc. Fresia Rodríguez Ochoa de Cedeño

Trabajo Final para la obtención del Título de Magíster en Desarrollo Humano

Temprano y Educación Infantil

Guayaquil, agosto del 2018

ÍNDICE

GLOSARIO	4
INDICE DE TABLAS	5
INDICE DE FIGURAS	5
AGRADECIMIENTO	6
Resumen	7
INTRODUCCION	8
Revisión de la literatura	13
2.1. Familias de niños con discapacidad	14
2.1.1 Niños con discapacidad	16
2.2 Prácticas Centradas en la Familia	16
2.3 Características de los modelos de trabajo centrado en las familias	17
2.3.1. Empoderamiento	18
2.3.2. Calidad de vida familiar	19
2.4. Rol del profesional	19
2.4.1. Principios del profesional	20
2.4.2. Formación del profesional	21
2.4.3. Modelos de la Atención Temprana que Integran a la Familia	22
2.4.4. Prácticas participativas y relacionales	23
2.5. Modelo de intervención centrado en las rutinas y en entornos naturales	24
2.5.1. Componentes del modelo de intervención centrado en las rutinas y en entornos naturales	25
2.5.2. Reflexión sobre la práctica	27
Descripción General de la Intervención	28
Diseño y Metodología de la Investigación	31
Contexto de la Intervención	32
Participantes de la Investigación	33
Principios éticos	35
Instrumentos de recogida de datos	35
Análisis y categorización de los datos	36
Criterios de calidad y validez	38
Resultados y análisis de datos	39
Conclusiones, discusión y recomendaciones	70
Bibliografía	80

GLOSARIO

AT: Atención Temprana

CDI: Centro de Desarrollo Infantil

CDVF: Calidad de Vida Familiar

CIBV: Centros Infantiles de Buen Vivir

CNH: Creciendo con Nuestros Hijos

DI: Desarrollo Infantil

DID: Discapacidad Intelectual y del Desarrollo

ECVF: Escala de Calidad de Vida Familiar

FASINARM: Fundación de Asistencia Psicopedagógica para Niños, Adolescentes y Adultos con Discapacidad intelectual y/o en circunstancias especialmente difíciles

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

PCF: Prácticas Centradas en la Familia

PIAF: Plan Individualizado de Apoyo Familiar

RBC: Rehabilitación con Base en la Comunidad

TICs: Tecnología de Información y Comunicación

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen de Familias participantes en este proyecto	34
Tabla 2: Instrumentos de Recogida de Datos	36
Tabla 3: Cuadro de Categorías	37
Tabla 4: Resultados de Screening de Dorian	50
Tabla 5: Escala de Vida Familiar Dorian	55
Tabla 6: Resultados de Screening de Dorian	50
Tabla 7: Escala de Vida Familiar Sandro	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Cronograma de la investigación	30
--	----

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios, por haberme permitido tener este logro como resultado de su apoyo, amor y misericordia. El presente trabajo de tesis ha sido un gran camino lleno de vivencias y enseñanzas que no hubiesen sido posibles sin su soberanía.

Agradezco también a mi madre, por estar presente en esta etapa de mi vida, en todo momento y de manera incondicional. También agradezco a mi padre, familiares, y amigos que de una u otra manera me ofrecieron y buscaron lo mejor para que pueda realizar este trabajo.

A las familias que participaron en la intervención, por haberme permitido conocer, poner en práctica lo aprendido, e intervenir en cada visita realizada, disfrutando cada momento.

También a la Universidad y de una manera especial a mis tutoras de tesis, que cada momento vivido en estos años trabajando juntas fueron únicos y oportunos para corregir errores, aprender y volver a empezar.

María del Carmen.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo describir el proceso de aprendizaje de competencias profesionales para trabajar con las familias desde un enfoque de intervención de Prácticas Centradas en la Familia (PCF). Las PCF se definen como una intervención especial para niños de 0 a 6 años, y sus familias. La formación de profesionales es objeto de interés en esta investigación puesto que rompe con los enfoques tradicionales de intervención. Se realizó una investigación de carácter cualitativo a través de la intervención en entornos naturales con las familias; se ha analizado la práctica pedagógica a través de la revisión de diarios virtuales creados por la maestrante. Se aplicaron también instrumentos para evaluar la incidencia de la intervención en el niño y en las percepciones de la familia, esto último a través de una entrevista. Los datos cualitativos se analizaron con el software QDA MINER. Los resultados expresan la relevancia que tiene la reflexión sobre la práctica para el aprendizaje profesional. Los resultados cuentan que las familias desarrollan competencias para cada uno de sus niños y mejoraron su calidad de vida, lo que confirma que la práctica realizada se dio de manera consciente y responsable. La preparación y reunión con diferentes profesionales durante el proceso de intervención logró que los maestrantes en las visitas, conduzcan a las familias al empoderamiento desarrollando a la vez competencias profesionales.

Palabras Claves: Prácticas Centradas en la Familia, Investigación educativa, Atención

Temprana, Competencias Familiares

ABSTRACT

El presente trabajo de investigación, tiene como objetivo describir el proceso de aprendizaje de competencias profesionales para trabajar con las familias desde un enfoque de intervención de Prácticas Centradas en la Familia (PCF). Las PCF se definen como una intervención especial para niños de 0 a 6 años, y sus familias. La formación de profesionales es objeto de interés en esta investigación puesto que rompe con los enfoques tradicionales de intervención. Se realizó una investigación de carácter cualitativo a través de la intervención en entornos naturales con las familias; se ha analizado la práctica pedagógica a través de la revisión de diarios virtuales creados por la maestrante. Se aplicaron también instrumentos para evaluar la incidencia de la intervención en el niño y en las percepciones de la familia, esto último a través de una entrevista. Los datos cualitativos se analizaron con el software QDA MINER. Los resultados expresan la relevancia que tiene la reflexión sobre la práctica para el aprendizaje profesional. Los resultados cuentan que las familias desarrollan competencias para cada uno de sus niños y mejoraron su calidad de vida, lo que confirma que la práctica realizada se dio de manera consciente y responsable. La preparación y reunión con diferentes profesionales durante el proceso de intervención logró que los maestrantes en las visitas, conduzcan a las familias al empoderamiento desarrollando a la vez competencias profesionales.

Palabras Claves: Prácticas Centradas en la Familia, Investigación educativa, Atención

Temprana, Competencias Familiares

Introducción

La presente tesis expone una investigación cualitativa sobre el proceso de aprendizaje de una intervención que desarrolla competencias para el trabajo con las familias de niños entre 0 y 6 años con discapacidad o en situación de riesgo psicosocial. Este trabajo se inscribe en el proceso de titulación de la Maestría de Desarrollo Humano Temprano y Educación Infantil de la Universidad Casa Grande. Forma parte de una investigación liderada por dos docentes investigadoras de esta universidad que se interesa por describir el proceso de aprendizaje de profesionales del campo de la educación inicial de un modelo de intervención que integra Prácticas Centradas en la Familia. En esta investigación participan cinco tesis, donde cada una ha abordado un aspecto específico de su aprendizaje.

La Atención Temprana se constituye en un sistema de servicios que pueden considerarse como intervención especializada para niños en situación de riesgo o discapacidad. Se define como un conjunto de intervenciones, dirigidas a niños de 0-6 años, a la familia y al entorno; cuyo objetivo es responder a las necesidades transitorias o permanentes que presentan dichos niños con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), 2005).

Acorde a Espe-Sherwindt (2008), los servicios de AT han evolucionado desde intervenciones centradas en el profesional hasta modelos centrados en la familia. En los servicios centrados en el profesional, éste tomaba la decisión y la familia acataba sus instrucciones. Posteriormente, con el modelo familia-aliada, se incorporó de manera más activa a la familia.

En algunos países, como Estados Unidos y Portugal, se ha legislado la necesidad de incorporar a los padres de familia en los programas de atención. Estos países cuentan con

políticas y programas oficiales que incluyen a la familia como centro de intervención en un trabajo de colaboración. Estados Unidos, con Individual with Disabilities Education Act (IDEA), y Portugal, con el decreto de Ley del 2009, han generado normativas, procedimientos y servicios que integran la atención a las familias de los niños con discapacidad y/o en situación de riesgo. En otros países europeos no se cuenta con la obligatoriedad por ley, sin embargo, se brindan los servicios y programas de AT enfocados en la familia (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada, Hernández-Perez, 2014).

En Ecuador, el organismo encargado de la protección de niños entre 0 y 6 años con retraso en su desarrollo o riesgo psicosocial es el Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], entidad rectora de la Política Pública de Desarrollo Infantil [DI]. Los servicios de DI atienden a niños de 0 a 36 meses, principalmente de situación económica baja, en estado de vulnerabilidad, o beneficiarios del bono de desarrollo humano. Se dan en dos modalidades: a) los Centros Infantiles del Buen Vivir [CIBV]; y, b) Atención Domiciliaria No Institucionalizada conocida como Creciendo con Nuestros Hijos [CNH], la que está dirigida a trabajar con niños en situación de riesgo en el entorno familiar.

Asimismo este organismo es el encargado de brindar servicios a las personas con discapacidad. Acorde a la información proporcionada por la página web del MIES, en la última década se han desarrollado avances en la inclusión y prevención de derechos de las familias y comunidades. La atención a personas con discapacidad tiene tres modalidades diferentes: centros diurnos de desarrollo integral para personas con discapacidad, centros de referencia y acogida inclusivos, atención en el hogar y la comunidad (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2017). En el sistema de salud pública del Ecuador se brindan servicios especializados a niños con discapacidad y/o atraso en su desarrollo, sin embargo, se carece de una estructura de coordinación y acompañamiento.

En el país se han dado programas de atención domiciliaria a personas con discapacidad en situación de extrema vulnerabilidad, tomando el enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad [RBC] (MIES, 2017). Actualmente se la reconoce como Desarrollo Inclusivo Basado en la Comunidad. Esta estrategia de intervención se ha provisto como un mecanismo para rehabilitar, equiparar oportunidades y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias. El programa del MIES que atiende a personas con discapacidad en sus hogares, Atención al Hogar y la Comunidad, acoge los principios de RBC. Estos programas trabajan con las familias para que puedan acceder a sus derechos y se promueva la inclusión social y están orientados al trabajo con adultos con discapacidad y sus familias, pero no atienden a niños en situación extrema.

Acorde a UNICEF (2013), los niños con discapacidad y/o riesgo en el desarrollo y sus familiares deben gozar de una protección y ayuda necesaria para el goce de sus derechos. Para ello es necesario desarrollar servicios especializados que incorporen de manera activa a la familia y la comunidad, debido a la vulnerabilidad que implica tener un familiar con discapacidad. Las intervenciones especializadas que atienden las necesidades de niños en condición de discapacidad y/o situación de riesgo psicosocial y sus familias, se constituyen en un reto para los profesionales (Giné, Balcells, Simó, Font, Pro, Mas & Carbó; 2011) debido a que deben sensibilizarse y desempeñar su trabajo de una manera diferente (GAT, 2005).

Las intervenciones especializadas también atienden temas relacionados a salud, educación y bienestar social para todos los niños que tienen discapacidad. Estos servicios deben mejorar las probabilidades de los niños de participar en la educación formal, ello justificaría los costos implicados de tales intervenciones. Además de mejorar el desarrollo y minimizar las complicaciones, las intervenciones especializadas deben construir redes de apoyo, que

promuevan la confianza y competencia (UNICEF, 2015).

La investigación científica revela que, si no existen programas o servicios de AT, ni apoyo o protección oportuna y apropiada, las dificultades de los niños con atraso en su desarrollo o discapacidad y sus familias pueden aumentar, provocando consecuencias permanentes que conducen a situaciones de pobreza y exclusión (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Giné, Grácia, Vilaseca y Balcells (2009) señalaron que pese al reconocimiento de que la familia es central en la vida de los niños en estos servicios especializados, por mucho tiempo no se la consideró como el foco de atención, sino simplemente como un componente adicional de la acción del profesional. Así mismo, afirmaron que si bien, aparentemente se consideraba al cuidador como un partícipe en el proceso educativo y rehabilitador de sus hijos/as de la intervención, usualmente no se habían incorporado sus capacidades, necesidades e intereses, sino que había sido un terapeuta que los visitaba en casa.

Se debe considerar a la familia como núcleo de la intervención y valorar sus capacidades. Por ello, las intervenciones requieren un cambio de mentalidad de los profesionales, una vez considerado este punto, el hecho de incorporar proactivamente a la familia constituye un desafío (Giné et al., 2009).

La asistencia y prevención que se proporcionen deben potenciar el desarrollo e integrar al infante al medio en que se desenvuelve, como también promover su autonomía personal. Estos servicios deben estar enfocados en la AT, la misma que propone cubrir necesidades físicas, psíquicas o sensoriales, considerando al niño, su familia y entorno a través de un equipo interdisciplinar o transdisciplinar, el cual planificará las actividades que tomen en cuenta al niño y su contexto (GAT, 2005).

La primera infancia es vital para alcanzar el pleno potencial, por lo tanto, para los niños

que presentan un problema en su desarrollo o se encuentran en situación de riesgo, las intervenciones especializadas son esenciales para ofrecerles resultados positivos a ellos y sus familias. Existen varios fundamentos que promueven el desarrollo de los niños con discapacidad, como son los derechos humanos, económicos, programáticos y científicos. El fundamento científico determina que es indispensable observar el desarrollo de los niños durante sus primeros años de vida cuando presentan alguna discapacidad para que puedan sobrevivir, prosperar, aprender, ser empoderados e interrelacionarse (OMS, 2013).

De acuerdo a lo analizado, en el contexto nacional no hay servicios de Atención Temprana que se correspondan con el concepto del Libro Blanco de Atención Temprana (2005): integrados, multisectoriales, interdisciplinarios. Existe una labor por parte del gobierno, pero aún es escasa.

Este documento presenta una investigación sobre el proceso de aprendizaje del Modelo de Trabajo Centrado en las Rutinas y Entornos Naturales (McWilliam, 2016). Para poder implementarlo adecuadamente, se deben desarrollar competencias para el trabajo con la familia. En esta investigación han participado cinco tesistas, quienes intervinieron con doce niños y sus familias. De manera individual cada tesista era responsable de dos niños y sus familias. Las familias participantes tenían niños entre 2 y 5 años con discapacidad, problemas en su desarrollo y/o en situación de vulnerabilidad social, de diferentes niveles socio-económicos residentes en distintos sectores de la ciudad de Guayaquil.

En la revisión inicial de la literatura se identificaron artículos que dan cuenta de experiencias de capacitación en PCF a profesionales en servicio (Dunst, 2015). Se destaca que pese al creciente interés de la adopción de las PCF para la atención temprana en diversos países, no se encontraron artículos científicos que detallen investigación sobre la incorporación de este enfoque en la formación universitaria (García-Sánchez, Escorcía,

Sánchez-López & Hernández-Pérez, 2014; Mac Kean, Thurston & Scott, 2004).

Se justifica esta investigación debido a la relevancia de las intervenciones especializadas en niños con discapacidad o riesgo de padecerlas. Así mismo, se justifica debido a que la formación profesional es un tema central para el buen desempeño de estos modelos de intervención y es necesario conocer los procesos que pueden llevar a mejorar cambios importantes en dicha formación.

Este estudio constituye una investigación educativa, la cual se define como aquella investigación que tiene por objeto reflexionar e indagar sobre la propia práctica pedagógica para dar sentido al aprendizaje de una práctica profesional (Sierra, Caparrós, & Díaz, 2016). El modelo de intervención basa su práctica en los entornos cotidianos de la familia, por ello se realizaron un promedio de doce sesiones en los hogares de las familias escogidas. Para documentar su intervención, los profesionales desarrollaron diversas estrategias de práctica reflexiva, entre ellas, llevar un blog donde semanalmente documentó la intervención.

Se espera que el trabajo sea un aporte para la comprensión de los procesos de formación profesional que se requieren para que puedan desarrollar competencias de trabajo participativo con las familias.

Revisión de la literatura

Familias de niños con discapacidad

Tener un hijo con discapacidad es una experiencia diferente en cada familia, debido a los diversos tipos de discapacidad, a los momentos en que se pueden presentar, a las redes de apoyo y a las características propias de cada niño y su familia. Sin embargo, los sentimientos que conllevan experimentar la discapacidad en un hijo pueden llegar a ser muy

parecidos, ya sea de negación, tristeza, enojo, culpa, soledad, esperanza o amor (Peralta & Arellano, 2010).

Cuando el diagnóstico se presenta a los padres, se produce un impacto en ellos que dependerá de diferentes factores tales como su historia personal, rasgos personales, escala de valores o redes de apoyo. Es necesario reconocer que estos padres de familia enfrentarán la crianza de sus hijos en escenarios de mayor complejidad e intensidad de emociones y situaciones (Dunst & Dempsey, 2007). Por ello es necesario brindar a las familias un apoyo adecuado para que se pueda proporcionar el mejor entorno posible (UNICEF, 2013).

Mas, Giné y McWilliams (2016) identifican que las familias que logran adaptarse a los niños con discapacidad presentan resultados en común, como lo son: el bienestar emocional, funcionamiento familiar, adaptación y calidad de vida de la familia. Para estos autores, es necesario comprender los procesos de adaptación familiar, más allá del stress, es decir, el bienestar de la familia, su sostenibilidad de rutinas y la mejoría en su calidad de vida familiar.

OMS (2012) señala que por lo general los niños con discapacidad son amados y valorados por sus cuidadores principales, hermanos, etc. Las madres generan habilidades y capacidades en su rol de cuidadoras. Sin embargo, para lograr esto, la orientación a la familia es fundamental cuando es diagnosticada alguna discapacidad o retraso en el desarrollo del niño o niña, con la finalidad de causar interacciones positivas en la familia.

La colaboración de la familia en una intervención permite la evolución de los roles tradicionales asumidos por profesionales y familias y corrige el desequilibrio de poder que existe entre ambos en lo que se refiere a la toma de decisiones. Esto conlleva a una nueva concepción de las necesidades de las familias, dominado como Enfoque Centrado en la Familia (Arellano & Peralta, 2015)

Ante lo expuesto es importante promover actividades en que los familiares de niños/as con

discapacidad puedan realizarlas juntos y así mejorar su desarrollo. En este sentido, la familia debe convertirse en el eje de la intervención, puesto que es la que acompañará al niño en sus rutinas y podrá compartir con él durante el tiempo que el experto no esté realizando una visita (OMS, 2012).

Niños con discapacidad

La discapacidad y/o atraso en el desarrollo infantil no es un tema excepcional, y su efecto en esta primera etapa es más dramático, debido a la repercusión que tiene el mismo sobre el desarrollo psicosocial y a la alteración en su organismo. Más aún la alteración ya sea sensorial, motriz o intelectual que no sea atendida precozmente, puede afectar a otros sistemas inicialmente indemnes (Gorrotxategi, 2006).

De acuerdo con OMS (2012), se considera que hay atraso en el desarrollo cuando el niño o la niña no logran cumplir los hitos significativos de acuerdo a su edad. Este atraso puede ser el resultado de problemas en el nacimiento, mala práctica, nutrición y salud, como también otros problemas orgánicos psicológicos y factores ambientales. Si el atraso en el desarrollo es permanente, esto se considera una base para establecer que se trata de una discapacidad. Por ello es importante identificar el mismo para empezar una intervención oportuna con la colaboración de la familia creando un ambiente estimulante y protector.

Espe-Sherwindt (2008) señala que el trabajo en niños con discapacidad no debe centrarse sólo en ellos, sino en sus familias, por lo cual los profesionales deben apoyar a las familias para que tomen decisiones informadas y que apoyen su bienestar integral. Esto responde a los principios de las Prácticas Centradas en la Familia. Es importante considerar los efectos y demandas que tiene la aplicación de estos principios en la intervención profesional. Cañadas (2012) establece que el cambio de paradigma al tener como eje a la familia, constituye una práctica recomendada para el buen funcionamiento de los centros y

para mejorar la atención prestada a los niños con discapacidad y su entorno.

Prácticas centradas en la familia

Las Prácticas Centradas en la Familia (PCF) tienen su origen en los años 50, sin embargo, se empiezan a implementar en niños con discapacidad y sus familias hacia finales de los años 80 (Espe - Sherwindt, 2008). Las PCF se refieren principalmente a la actitud y trato por parte del profesional para con la familia. Estas incluyen: i) Trato a las familias con dignidad y respeto; ii) son individualizadas, flexibles y sensibles a las preocupaciones y prioridades familiares; iii) se comparte información para que las familias puedan tomar decisiones informadas; iv) se respeta la elección de la familia con respecto al programa e intervención; v) existe colaboración entre padres y profesionales y las asociaciones como un contexto para las relaciones de los profesionales de la familia; vi) se promueven las capacidades de las familias para obtener y movilizar los recursos y apoyos necesarios para que cuiden sus hijos en el fortalecimiento de las competencias (Wilson & Dunst, 2005).

Debido a que el cuidador principal debe estar informado y capacitado, para que así pueda tomar decisiones, se debe mantener siempre una relación colaborativa entre familia y profesional (Wilson y Dunst, 2005). De acuerdo a King y Chiarello (2014), la base elemental de las PCF está en enfocarse en el niño y las fortalezas de su familia y no en la discapacidad del infante. Cañadas (2012) señala al empoderamiento como uno de los objetivos principales del trabajo con las familias en las PCF. Acorde a estos planteamientos, lo que se busca con las PCF es afianzar capacidades parentales, formando, apoyando y colaborando en buscar estrategias para que solucionen sus necesidades.

Es importante resaltar que implementar PCF involucra encontrar el equilibrio entre el empoderamiento de los padres y el adecuado apoyo, evitando generar mayor estrés en los padres (King & Chiarello, 2014). La aplicación de PCF tiene impacto tanto en los niños

como en sus padres o cuidadores principales, siendo el más reconocido, el cumplir expectativas de las familias (Davies, 1995; citado por Cañadas, 2012).

Características de los modelos de trabajo centrado en las familias

El trabajo centrado en la familia procura apoyar el desarrollo y las capacidades de la familia, como también, que el profesional vea un método para relacionarse con ella y atenderla (Giné et al, 2009). Acorde a Brown (2007), citado por Giné et al. (2009), este trabajo posee características básicas, que son: i) la familia como unidad de apoyo; ii) la familia elige; y, iii) apoyos basados en las fortalezas.

McWilliams (2016) señala que la familia es el pilar fundamental de la intervención. Las sesiones con los terapeutas, expertos o profesionales tienen un tiempo límite; pudiendo ser este de 30, 45 o 60 minutos. No obstante, el resto del día y de la semana, el niño sigue interactuando con la familia. Por tanto, resulta de gran importancia el efecto de esta última sobre el niño. Por ejemplo, si el profesional procura que el niño gatee solo para que vaya descubriendo cosas; pero cuando él no se encuentra los familiares lo llevan en brazos, el efecto de la intervención será nulo.

Como segunda característica básica, se debe permitir la libre elección de la familia. El profesional tendrá un tiempo determinado para evaluar a la familia y al niño. La familia tiene todos los días para autoevaluarse y evaluar al niño. Por tanto, se debe permitir que la familia establezca sus propios objetivos acorde a lo que consideran pertinente para el desarrollo del infante (Giné et al, 2009).

Finalmente, el profesional debe poder aprovechar todos los recursos con los que cuenta. En este sentido, deberá poder observar las fortalezas de la familia y poder guiarlas para que las utilicen en pro del desarrollo del niño. En caso de no hacerlo, se podría tardar el efecto

esperado, lo cual va en detrimento del desarrollo (McWilliam, 2016).

Empoderamiento

Acorde a Peralta y Arellano (2010), el empoderamiento es la meta y medio esencial del Enfoque Centrado en la Familia. Se considera una de las características que debe verse reflejada en una intervención con la familia. En este sentido, Dunst (2004) plantea que el empoderamiento es un proceso en el que las familias obtienen conocimientos, recursos y habilidades que les ayudan a tener un control positivo y mejorar su calidad de vida.

Por otra parte, Cañadas (2012) define el empoderamiento como: “el fortalecimiento de las capacidades familiares, aportándoles la formación y colaboración necesarias y apoyándolos en la búsqueda de estrategias para resolver sus necesidades” (p.133). El término es usado desde la construcción de la psicología comunitaria, para impedir que los profesionales tomen una actitud paternalista. El empoderamiento a la familia es muy importante, y requiere de prácticas específicas que incluirá a los padres. Las actitudes que se fortalecen en el empoderamiento son el resultado de experiencias participativas.

Para un correcto empoderamiento se debe considerar que todos los individuos tienen experiencia o la pueden adquirir, y los profesionales deben tomar una actitud proactiva al ofrecerles ayuda. Esto implica que el trabajo a realizar no es sólo dirigir, sino comprender el conocimiento y aporte que pueden realizar la familia y gestionar en base a la información previamente existente debido a la experiencia de cada uno (Cañadas, 2012).

Cañadas (2012), señala que si las familias no poseen las competencias requeridas para el desarrollo adecuado de sus hijos se debe a la estructura de la sociedad a la que pertenecen, que hizo imposible su formación, lo que implica que los profesionales deben actuar para su capacitación y promoción. En ningún sentido se debe criticar o cuestionar la falta de

competencias, puesto que éstas se van creando acorde a entornos. En este caso, es indispensable la empatía en los profesionales para poder promover dichas capacidades y competencias de la mejor manera.

Para proporcionar nuevos aprendizajes los contextos cotidianos se convierten en los lugares más apropiados. Esto tiene su fundamento en que la gente asimila de mejor forma todo aprendizaje en un ambiente confortable que genere confianza, por tanto, el trabajo en entornos cotidianos, resulta de gran ayuda (Cañadas, 2012).

Por último, la atención que se vaya a brindar a las familias, no es una práctica que se fundamenta en el rol del poder, sino en el conocimiento y buen hacer del profesional para enseñar y orientar el aprendizaje de los padres, ayudándolos a crecer y ser competentes en las necesidades del niño (García-Sánchez et al, 2014).

Calidad de vida familiar

Acorde a Zuna, Turnbull & Summers (2009) el estudio reflexivo de los problemas de Calidad de Vida (CdV) se remonta a Platón y Aristóteles. Señalan que el análisis de problemas de calidad de vida engloba numerosas áreas entre las que se incluyen: salud, empleo, planificación urbana, negocios y economía; e incluye a todos los grupos de edad en una población.

Los estudios de la CdVF en poblaciones vulnerables empezaron a inicios de los ochenta. Aunque se han generado avances para personas con discapacidad, existen problemas que no se han explorado. Dada la importancia de la unidad familiar como un componente integral de sociedad, la CdVF representa un variable necesaria de estudiar (Zuna, Turnbull & Summers, 2009).

La calidad de vida familiar es una construcción social que está compuesta de varios

conceptos básicos, dimensiones e indicadores que están compartidos entre personas, así como características e intereses propios de los individuos (Samuel, Rillotta, & Brown, 2011). La calidad de vida familiar está compuesta por dos medidas de resultado: el logro y la satisfacción (Brown & Brown, 2014).

De igual manera (Verdugo et al., 2012) sustentan que la calidad de vida familiar es el nivel en el que se resuelven las necesidades de la familia, disfrutan del tiempo que se encuentran juntos, y hacen cosas importantes para ellos. No es un concepto estático, puesto que evoluciona con la persona con discapacidad y la relación con su familia. Sobre este tema, Giné et al. (2013) afirman que la calidad de vida familiar (CdVF) trata la dinámica del bienestar familiar, la cual es definida de manera subjetiva y colectiva, y se ve reflejada en la calidad de las interacciones individuales y familiares. A través de la medición de la CdVF puede definirse el éxito de una intervención.

Rol del profesional en una propuesta basada en PCF

Según se mencionó anteriormente, la relación con los profesionales es un factor determinante para el empoderamiento. A su vez, el empoderamiento conlleva a la satisfacción e impacto en la calidad de vida; lo cual es uno de los principales objetivos del trabajo centrado en la familia, y debe caracterizarse por cooperación, colaboración, igualdad de poder, compartir responsabilidades, etc. (Giné et al., 2009).

La relación entre padres y/o cuidadores principales, se establecerá siempre y cuando estén presentes factores interpersonales como lo son: actitudes, habilidades, valores y creencias; y también los de carácter estructural, como el sistema de servicios, administración y organización, y planificación de los recursos de los centros, Giné et al. (2009). De acuerdo con Turnbull, Turnbull III, Kyzar (2009), los profesionales deben ser competentes para poder llegar al acuerdo de cooperación entre las familias y profesionales, de manera que se lleve a

cabo la práctica inclusiva.

García Sánchez et al (2009), indican que el profesional debe fomentar el intercambio de conversación e información con la familia, observar el entorno natural de las mismas, demostrar la intervención, enseñarles a los padres directamente, dar el feedback a los padres acerca de sus prácticas, desarrollar una interacción conjunta, proporcionar una guía práctica con retroalimentación, usar técnicas para resolución de problemas, pero también debe centrar los objetivos en el niño. Los autores plantean este conjunto de características claves para que el profesional se las plantee en el programa.

Competencias profesionales para PCF

Los profesionales que trabajen en PCF deben contar con ciertas actitudes o competencias que les permitan alcanzar con éxito sus objetivos durante las intervenciones (Giné et al., 2009), entre estas competencias se encuentran:

- Comunicación efectiva: ser amistoso, escuchar de forma empática, ser claro, honesto, proveer información.
- Competencia profesional: atención de calidad, formación continua, tener expectativas altas de las personas con discapacidad y sus familias.
- Mostrar respeto: a la diversidad, resaltar fortalezas, tratar con dignidad.
- Demostrar compromiso: ser sensible a las necesidades, disponible, verse involucrado.
- Inspirar confianza: cumplir objetivos planificados, tener criterios de valor, mantener confidencialidad, confiar en las propias capacidades.

Formación del profesional

El enfoque centrado en la familia en AT va a requerir ciertas características puntuales del profesional que se encuentre a cargo. Entre esas características pueden señalarse (García-

Sánchez et al., 2014):

- Trabajar en equipo transdisciplinar y también la formación en sus competencias socioemocionales.
- Enseñar a hacer, para no potenciar el modelo experto.
- Desarrollar prácticas basadas en la evidencia.

Ante lo expuesto, según García-Sánchez et al. (2014), se comprende la necesidad de planificar estrategias que forman profesionales, las cuales deben ser:

- Los principios y las evidencias acumuladas por las experiencias de servicios centrados en la familia en AT.
- Las estrategias andragógicas que mejoran y motivan el aprendizaje del adulto.
- El manejo de las herramientas: entrevistas, ecomapas funcionales, estrategias de coaching, entrenamiento o acción tutorial personalizada para trabajar con el cuidador principal del niño; identificación y desarrollo de prácticas contextualmente mediadas.

La formación de los profesionales que estarán al frente de una PCF es importante, pues facilita el cambio y la transición del enfoque de AT tradicional a un enfoque de servicios centrados en la familia (García-Sánchez et al., 2014).

Modelos de atención temprana que integran a la familia

Con la aplicación de los modelos centrados en la familia en AT, se espera que los profesionales consideren a la familia con igualdad. Se propone empoderar a las familias para que sean capaces de tomar decisiones (Cañadas, 2012; García-Sánchez et al., 2014; Giné et al., 2009). Para trabajar de manera efectiva con los miembros de una familia y obtener los resultados esperados, primero se debe comprender que cada familia es diferente pero su semejanza recae en que, por lo general, se apoyan mutuamente, se respetan y valoran cada

defecto o virtud. Este enfoque tiene como visión la unidad familiar, reconociendo la importancia que tiene cada individuo en el entorno que vive (Cañadas, 2012; Sadurni, Rostán & Serrat, 2008; McWilliam, 2016).

El modelo centrado en la familia supuso un paso superior en el nivel de implicación familiar en el que los profesionales asumen el rol de colaboradores para fortalecer la capacidad de la familia y movilizar los recursos necesarios para que mejoren su funcionamiento (McWilliam, Casey, & Sims, 2009). En concordancia con estos postulados, las PCF como modelos de AT, tienen como objetivo principal capacitar a la familia atendiendo a sus singularidades, resaltando sus fortalezas y confiando en sus elecciones. A los padres se les ofrece toda la información necesaria para que puedan participar, opinar y tomar sus propias decisiones en todo el proceso, desde la primera fase de acogida y evaluación inicial hasta la fase de transición a otros servicios. El modelo supone también enfatizar las fortalezas de la familia, fomentando el derecho de ésta a elegir, promoviendo su participación en las decisiones que se tomen en los centros (McWilliams, 2000; Giné et al., 2009; Cañadas, 2012).

Prácticas participativas y relacionales

Acorde a Giné et al. (2009), la aplicación del modelo centrado en la familia, incluye el desarrollo de prácticas relacionales y participativas, las cuales se detallan a continuación:

- La dimensión relacional incluye las competencias y capacidades que tienen las familias acorde, o en relación, a sus creencias y valores.
- La dimensión participativa incluye las experiencias personalizadas, flexibles, y sensibles a las preocupaciones y prioridades. Originan circunstancias para que los cuidadores tomen decisiones y elecciones, haciendo realidad sus objetivos y sueños.

La teoría de sistemas sociales está centrada en los efectos directos e indirectos que tiene el

apoyo social brindado a los niños, padres y funcionamiento familiar. Por otra parte, la práctica se enfocó en identificar los principios, directrices, métodos y estrategias que definen una perspectiva sistémica de la familia a la intervención (Dunst, 2015).

La competencia relacional está asociada con el cuidado, la comunicación con los padres y la interacción con los infantes. Dicha práctica se caracteriza por la compasión, respeto y cuidado personalizado. (MacKean, Thurston, & Scott, 2005). De igual manera las prácticas relacionales están ligadas a las habilidades clínicas y a la percepción que tiene el profesional del padre acerca de sus competencias, por otra parte, las prácticas participativas son individualizadas, flexibles, responden a preocupaciones y prioridades de la familia, y brindan oportunidades a comprometerse en sus elecciones y decisiones, la colaboración familia-profesional y acciones que permitan alcanzar objetivos y resultados deseados (Wilson & Dunst, 2005).

Espe-Sherwindt (2008) considera que la práctica relacional está compuesta de comportamientos interpersonales como la escucha activa, la calidad, empatía, autenticidad y la visualización positiva a los padres, entre tanto que las prácticas participativas son las formas de control y de compartir, es decir el profesional aporta conocimientos, apoya a padres a tomar decisiones, anima a familias a que usen sus propios conocimientos y también a que desarrollen nuevas habilidades. Las prácticas relacionales y participativas son igualmente importantes en relación al empoderamiento del padre, madre o cuidador principal (Dunst & Dempsey, 2007).

Modelo de intervención centrado en las rutinas y en entornos naturales

García-Sánchez et al. (2014) plantean que el entorno y las rutinas donde se desenvuelve el niño o niña propician que el sistema nervioso del niño tenga mayor probabilidad de planificar interacciones con lo que le es motivante y aprender así de su propia planificación y sus

respectivas consecuencias. De la misma forma lo analiza la Teoría Ecológica de Brofrenbrenner (Giné et al., 2009), la cual denota la importancia que tiene el contexto, las relaciones interpersonales que se desarrollan, como también los roles que tienen las personas que rodean al niño en desarrollo.

Partiendo de las afirmaciones anteriores, el Modelo de Trabajo Basado en Rutinas y Entornos Naturales de McWilliam (2016), desarrolla un modelo de intervención integral y coordinado basado en la filosofía de PCF. Este es utilizado en Estados Unidos y su prevalencia lo certifica como un modelo práctico, diseñado para atender a cuatro problemas principales de la AT: a) la superespecialización de los servicios: los niños y las familias van de especialista en especialista, b) muchas horas de terapias dispersas, c) distanciamiento de los objetivos de los padres, d) intervenciones centradas en contextos artificiales (McWilliam, 2016).

Características del modelo de intervención basada en rutinas

El modelo es un método de organizar los servicios humanos con el objetivo de promover el funcionamiento infantil, bienestar familiar y la eficacia profesional. Está formado de cinco componentes que se detallan a continuación:

- Comprensión del modelo ecológico de la familia.
- Planificación de la intervención funcional.
- Servicios individualizados con tutor de caso.
- Visitas efectivas al hogar.
- Colaboración entre los diferentes profesionales encargados del centro infantil.

Es así que el modelo trata de unir la teoría y la práctica bajo una visión ecológica del desarrollo (UCV, 2017).

Para la comprensión del modelo ecológico de la familia se utilizan herramientas con la Entrevista Basada en Rutinas (EBR), la cual consiste en un cuestionario que tiene por objeto conocer las actividades que se desarrollan al interior del hogar con el niño/a. La EBR permitirá la definición de objetivos y estrategias dentro del proceso de intervención (McWilliam, 2016).

La sesión de la EBR dura aproximadamente dos horas, y se apoya en una guía de preguntas acerca de las actividades que realiza la familia en el día a día. Se le permite identificar los objetivos específicos para sí mismas y sus hijos. Durante la entrevista se establece una relación con la familia en la que se obtiene una descripción de su funcionamiento del niño y su familia, y se finaliza con la lista de objetivos funcionales y familiares que son elegibles por la familia (McWilliam et al., 2009). El Ecomapa es una técnica en la que se puede conocer los recursos con los que cuenta la familia. Esta herramienta del modelo de intervención permite que los profesionales y las familias den importancia a las redes formales e informales. El Ecomapa se puede usar a lo largo de la intervención, y cuando surge una necesidad se lo revisa para conocer el apoyo con el que cuenta la familia (McWilliam, 2016).

Una vez que la familia ha identificado sus necesidades y las ha priorizado, se realiza la planificación de objetivos funcionales (PIAF) (Anexo No.1). Se definen a partir de las necesidades identificadas por las familias en la EBR. Las familias han identificado los momentos de la rutina familiar en que deben mejorar la interacción y desarrollo de sus hijos y en conjunto con el profesional establecen los plazos y medios para atender esta necesidad detectada. Estos objetivos se revisan en cada visita semanal.

Las visitas domiciliarias tienen un tiempo definido entre 30 y 60 minutos y consisten en una entrevista con los padres o cuidadores para analizar los avances o novedades del niño

durante la semana. En las visitas, además de revisar el avance de los objetivos planteados, se escuchan nuevas demandas de la familia, se discute sobre las diversas situaciones cotidianas, se brinda información sobre la condición de su hijo o se ayuda a entender información o diagnósticos que reciben de los otros profesionales a los que acuden (UCV, 2017). Durante estas visitas se propone conseguir la competencia y confianza de los cuidadores (McWilliam, Casey y Sims, 2009).

De acuerdo con McWilliam (2016) el trabajo de los tutores se apoya en la colaboración del tutor con un equipo profesional interdisciplinario, lo que permite que se evalúa el progreso de la intervención y se hace una retroalimentación con el objetivo de lograr que el modelo basado en rutinas se implemente de manera correcta y obtenga el impacto deseado.

Como apoyo a la intervención McWilliams utiliza la Guía Vanderbilt (2004), la cual ayuda al profesional en las visitas domiciliarias para tener en cuenta los aspectos operativos y funcionales de la entrevista. La Guía contiene varias preguntas que dan a conocer el progreso de los objetivos funcionales de las familias y dan la información o sugerencia necesaria de como de realizar actividades con el niño dentro del contexto de las rutinas (McWilliam et al., 2010).

Reflexión sobre la práctica

De acuerdo a Dunst (2015) para que los profesionales incorporen los principios de las PCF deben tener experiencias activas y auténticas que les permitan implementar diferentes estrategias y modelos de intervención centrados en la familia. Este autor recalca que se requieren espacios de reflexión sobre las comprensiones, prácticas y dominios que van alcanzando. La reflexión debe permitir que evalúen sus experiencias de aprendizaje. Sin embargo, pese a la importancia de la reflexión para la formación profesional, Dunst (2015) señala que se omite en la mayor parte de los programas de formación continua de

profesionales.

Para Espe-Sherwindt (2009) adoptar este enfoque de atención exige una actitud permanente de revisión y reflexión sobre las actitudes, valores, comportamientos del profesional, a la vez que advierte sobre procesos de formación y prácticas altamente estructuradas, por cuanto, podrían derivar en intervenciones mecánicas que no incorporan las variables debidas a la incertidumbre, así como las preguntas y significados de la práctica en entornos naturales.

Estos planteamientos coinciden con la propuesta del Currículum Común Europeo de Formación en Profesionales en Atención Temprana, que concibe a la reflexión como una competencia clave. Por ello plantea que los procesos de formación de profesionales en este amplio y complejo campo profesional deben incorporar mecanismos de reflexión sobre: a) sus propias preconcepciones, b) sus recursos personales, c) su práctica profesional, y d) sus reacciones emocionales y el impacto en las interacciones (Ebiff, 2006).

En la actualidad, la figura de un profesional que reflexiona y/o cuestiona su práctica emerge como parte de las competencias de los currículos en cualquier disciplina y de manera especial en los campos de la pedagogía y acción social (Lamas & Vargas-D'Uniam, 2016, Mauri, Clarà, Colomina & Onrubia, 2016; Susinos y Rada, 2016, Zeichner, 2008). Basados en los planteamientos de Schön (1998), se concibe a la reflexión sobre la acción como una estrategia de formación profesional y un mecanismo que permite el desarrollo profesional (Cochran-Smith & Lytle, 2011; Korthagen, 2010; Schön, 1998). La reflexión permite a los profesionales generar conocimientos sobre su práctica, lo que genera una mejor comprensión de la misma, a la vez que la transforma y también transforma su entorno (Cochran-Smith & Lytle, 2011; Farrel, 2007; Lamas & Vargas-D'Uniam, 2016).

Como artefactos para promover la reflexión, los diarios de los docentes (journals) son un

instrumento clave que favorecen a través de la escritura los procesos de reflexión sobre la acción (Barba, González-Calvo, & Barba-Martín, 2014). Tener un espacio para pensar sobre la práctica de manera individual y escribir sobre ella, permite una reflexión de un nivel superior (Moon, 2004). Escribir periódicamente sobre la práctica profesional permite al profesional analizar la misma fuera de la presión del momento de la acción. Los diarios irán evolucionando, por lo que se considera un instrumento que permite evidenciar el desarrollo docente.

En las prácticas que realiza el profesional existe un conocimiento espontáneo en la acción, en ocasiones se enfrenta a resultados no esperados, lo que lleva al profesional a pensar sobre la misma acción, a esto se lo denomina *reflexión en la acción*. Se piensa, idea, y prueba acciones nuevas, en las que se explora la problemática, y al mismo tiempo se la comprueba provisionalmente. Por otro lado, la reflexión sobre la acción se da cuando piensa luego de lo que se ha hecho (Barba, González-Calvo, & Barba-Martín, 2014).

Este razonamiento está presente en cualquier situación de la vida cotidiana, sin que se requiera el contexto especializado para que se produzca. La diferencia de reflexión sobre la acción entre un principiante y un profesional, está en los casos que ve a diario y su conocimiento. El profesional aborda casos parecidos, que dominan su especialidad, estas experiencias se desarrollan en el conocimiento, estrategias, imágenes, técnicas, expectativas, que dan valor a las situaciones y decisiones que debe enfrentar. Mientras más casos y situaciones conocen aumenta su conocimiento práctico y lo hace más espontáneo (Medina et al, 2010).

Descripción general de la intervención

La investigación está orientada a la implementación y aprendizaje del Modelo Basado en Rutinas de McWilliam (2016). El objetivo del estudio consiste en promover el aprendizaje de

una intervención en familias de niños con discapacidad y/o situación de riesgo desde un enfoque basado en el entorno natural y rutinas diarias, que desarrolla competencias profesionales.

La intervención se estructura en torno al proceso de implementación del modelo RBI (McWilliam, 2016) y del aprendizaje del mismo. Esta intervención se realizará con familias de niños entre 0 y 6 años con discapacidad y/o riesgo psicosocial. Se propuso que sean familias de situación socioeconómica media-baja o baja. No hubo impedimento ni restricción en cuanto a la composición familiar, ni características de los padres. La accesibilidad y compromiso para realizar la intervención semanalmente en su hogar fue un requisito básico para participar. La intervención se realizó en el hogar de las familias, fuera del marco de una institución.

Sobre la intervención del RBI

La intervención se realizó durante 16 semanas, en las que se incluyeron los primeros contactos y las entrevistas y procesos de cierre. En el trabajo con las familias se tuvieron los siguientes momentos:

1. Proceso de selección y enganche: Consistió en la búsqueda de familias y negociación previa para participar. A las familias, se les informó sobre el proceso de investigación, los compromisos, ellas aceptaron participar y se firmaron los consentimientos informados. En la primera reunión se señalaron las condiciones y expectativas mutuas que se tenían sobre este trabajo.

El perfil de las familias fue definido por las docentes investigadoras. El procedimiento para la selección de las familias se inició con la búsqueda de servicios públicos o privados que atendían familias con hijos con discapacidad y/o en situación de riesgo hasta los 6 años

de edad. Los servicios contactados fueron los siguientes: unidades educativas especializadas, centros de terapias, fundaciones, entre otros.

2. Inicio de la intervención: En las primeras dos sesiones se aplicaron una serie de instrumentos que permitieron tanto a la familia como al profesional determinar sus necesidades de intervención y establecer los objetivos a trabajar. Dos de ellos forman parte de la propuesta seleccionada y los otros fueron agregados en esta intervención con el propósito de tener una línea base.

- a. **Entrevista Basada en las Rutinas (EBR):** Este es un instrumento central en este modelo de intervención. Es una entrevista semiestructurada que ayudó a la familia a describir su rutina diaria y con ello establecer los principales aspectos de apoyo para el desarrollo del niño y de ella misma. McWilliam (2000) define a la EBR como un método para conocer las necesidades de las familias en orden de prioridad, con las que se formulan los objetivos funcionales que forman parte del programa individual de intervención.
- b. **El ecomapa:** Esta técnica ayudó a visualizar las relaciones de la familia, permitió una aproximación ecológica de la familia. El desarrollo de un ecomapa con cada familia fue fundamental, para identificar los diferentes apoyos formales e informales que ellos tienen como familia (McWilliams, 2000).
- c. **Evaluación al niño:** En la intervención se usó la Escala del Desarrollo del Niño Battelle.
- d. **Escala de Calidad de Vida Familiar:** Se usó la Escala de Calidad de Vida Familiar (Verdugo et al., 2012), ya que da cuenta de las percepciones de los padres de familia en torno a su calidad de vida.

- e. **Elaboración de la Historia Clínica:** Se desarrolló una breve historia clínica para tener información sobre las condiciones del niño y la trayectoria de salud y atenciones médicas y especializadas.

3. **Intervención en el Hogar:** El modelo de RBI centró su intervención en torno a visitas familiares de un profesional que trabajó tanto con el niño como con la familia, con ello el profesional y la familia analizaron los avances del niño durante las visitas. También se permitió que, si la familia asistía a diversas atenciones, pueda tener un profesional para dialogar sobre el proceso con el fin de brindar confianza en el mismo. Las visitas se acordaron con la familia, una vez por semana, de aproximadamente 45 a 60 minutos. Se esperó que los cuidadores principales del niño estén presentes en cada visita.

Con los objetivos planteados en la EBR se establecieron los objetivos funcionales en torno a los cuales se trabajó con la familia y que fueron evaluados periódicamente.

4. **Cierre del proceso:** En las dos sesiones finales, se evaluó nuevamente al niño y se pidió a la familia que conteste nuevamente la Escala CdVF. Adicionalmente se utilizó una entrevista de cierre de proceso, en que se recogieron las percepciones de las familias sobre la experiencia. En esta entrevista también se señalaron los compromisos de la familia en torno al desarrollo de sus hijos y aprendizajes adquiridos.

Referente al proceso de aprendizaje

Se han dispuesto los siguientes apoyos:

- a. **Sesiones de acompañamiento:** Estas sesiones se realizaron a lo largo del proceso junto a otros tesis y profesionales. Constituyeron espacios de formación, revisión de actividades y reflexión sobre la práctica. Sus contenidos y objetivos varían de acuerdo al momento de la intervención. Se plantearon cuatro sesiones iniciales para revisar el marco teórico de las PCF, informar sobre el modelo de intervención, aclarar las definiciones

operativas de la misma. Durante el período de intervención con las familias, las sesiones se orientaron a discutir y orientar el proceso de intervención. En estas sesiones los maestrantes expusieron sus interrogantes sobre la intervención, las que se discuten a la luz de la teoría. Se propuso una discusión horizontal entre maestrantes y guías de tesis, centrada en las reflexiones que la intervención les plantea y no en la descripción de sus actividades. Este fue un proceso colaborativo en la medida que permitió la discusión de lo aprendido teóricamente y sus vivencias en la práctica; permitieron confrontar ideas iniciales sobre la comprensión del modelo, sus propias preconcepciones y miradas sobre la intervención y su rol en el mismo.

b. Diario reflexivo (blog): Para poder documentar el proceso, se planteó que las tesistas individualmente desarrollen un blog, donde también se recogió su reflexión sobre la experiencia, los desafíos que se le presentaron durante la intervención, el manejo del modelo y la reflexión sobre sus experiencias como profesionales. Es un instrumento que sirve también para la investigación sobre la práctica.

c. Investigación sobre la práctica: Al cierre de la intervención, cada tesista recogió las evidencias de su intervención y analizó las mismas para darle sentido y generar nuevas comprensiones. Para ello se usó el diario reflexivo, el material de la entrevista de cierre, las escalas de desarrollo y calidad de vida familiar. Este es un proceso que se da en colaboración con apoyo de las docentes investigadoras y las colegas que han formado parte de este proceso de trabajo. Con ello se logró discutir las comprensiones del modelo y ponerlas en diálogo.

Objetivo General

Describir el proceso de aprendizaje de competencias profesionales para trabajar con las familias a partir de una Intervención Basada En Rutinas.

Objetivos específicos

- Identificar las *estrategias profesionales* de la RBI que han permitido desarrollar competencias profesionales para trabajar con las familias
- Describir las *prácticas reflexivas* que permitieron desarrollar competencias para trabajar con las familias a partir de una RBI.
- Describir las *competencias profesionales que desarrolladas* en el trabajo con las familias.
- Describir la *incidencia de la intervención con las familias y los niños*.

Preguntas de Investigación

Pregunta General: ¿Cómo ha sido el proceso de aprendizaje de competencias profesionales para trabajar con las familias desde un enfoque de intervención de PCF?

Preguntas específicas:

1. ¿Qué estrategias del modelo de intervención permiten desarrollar competencias profesionales para trabajar con las familias desde un enfoque de intervención de PCF?
2. ¿Qué prácticas reflexivas han incidido en la formación del profesional?
3. ¿Qué competencias profesionales se desarrollaron en el trabajo con las familias y los niños?
4. ¿De qué manera ha incidido la intervención con las familias y los niños?

Diseño y metodología de la investigación

Esta investigación es de enfoque cualitativo. La investigación cualitativa profundiza y comprende los fenómenos desde su ambiente natural en relación a su contexto, buscando la comprensión de los participantes acerca de la percepción subjetiva de su realidad, es decir profundiza en sus perspectivas, opiniones, experiencias y significados. Debido a su carácter cualitativo, los resultados no son generalizables a la población, en su lugar se busca

profundizar y entender realidades desde un punto de vista subjetivo (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010).

Es una investigación educativa debido a que centra su interés en desarrollar la capacidad de cuestionarse acerca de su propia práctica como estudiante, en la que es necesario que se reconozcan los significados, experiencias y valores inmersas en el acto de enseñar (Arévalo, 2010). Esta investigación cualitativa permite la reflexión individual e introspección sobre la práctica profesional. Los datos analizados provienen de diferentes instrumentos que complementan el análisis de la experiencia individual de la práctica profesional (Sierra, Caparrós, & Díaz, 2015).

Contexto de la intervención

Esta investigación se desarrolla en el contexto del proceso de titulación de la Maestría de Desarrollo Humano Temprano y Educación Infantil de la Universidad Casa Grande. Al término del período de formación, entre las opciones de titulación, dos docentes investigadoras de la Universidad Casa Grande presentaron una propuesta de formación en el modelo de trabajo centrado en las familias. Cinco estudiantes de la maestría voluntariamente y por afinidad al tema se motivaron a participar. El perfil indispensable para conformar el grupo era tener experiencia en el trabajo con familias y niños en primera infancia.

Participantes de la investigación

Se conformó un grupo de cinco estudiantes de la maestría, con los siguientes perfiles: dos licenciadas en educación parvularia, una licenciada en educación con mención en lengua extranjera, una licenciada en terapia física y una licenciada en ciencias de la educación inicial con mención en psicopedagogía y educación inicial. Todas han trabajado en atención a la primera infancia. Se conformó un equipo de dos estudiantes y otro de tres con el objetivo de

realizar las intervenciones siempre en compañía. La conformación de los equipos fue por afinidad.

En la investigación general, once familias fueron beneficiarias de la intervención. Las guías de tesis plantearon el siguiente perfil para la selección de las familias:

- a. Familias con niños entre 0 y 6 años con una discapacidad diagnosticada, retraso o alteración en su desarrollo sin diagnóstico y/o en situación de riesgo. Se debía evidenciar problemas en comunicación/lenguaje, desarrollo motor y/o conducta.
- b. Disponibilidad de colaborar en un proceso que implica, al menos, una visita semanal de 45 minutos de duración, en promedio, durante un período de 16 semanas.
- c. De sectores socioeconómico medio bajo y populares
- d. Preferiblemente no reciban terapias de manera particular.

Para la selección de las familias, inicialmente se realizó una búsqueda a través de entidades públicas y privadas que provean servicios de atención especializada. Entre las entidades consultadas se encontraban unidades educativas, fundaciones, entre otras. En el caso de la presente investigación se atendieron a 6 familias. Se describe el perfil de las mismas a continuación.

Tabla 1

Resumen de Familias participantes en este proyecto

<i>Código de Caso</i>	<i>Composición Familiar</i>	<i>Diagnóstico/Riesgo</i>	<i>Recursos de Apoyo</i>
A1	Hermana, Dorian (niño de 3 años).	<ul style="list-style-type: none"> - Quemaduras de 3er grado, en el 95% de su cuerpo. - Madre fallecida. - Está al cuidado de su 	<ul style="list-style-type: none"> - Asiste al jardín de lunes a viernes de 8am a 12pm. - Asiste a terapia psicológica cada 3 meses. - Visita periódicamente al

		hermana mayor.	pediatra y al cirujano.
A2	Mamá, papá, Sandro (niño de 4 años)	- Problemas de lenguaje y comunicación. - Familia de escasos recursos económicos.	- Asiste al Jardín de lunes a viernes de 8am a 12pm.

Principios éticos

La participación de las familias fue totalmente voluntaria. Previo a la aplicación de la intervención y entrevista, se explicó a la madre el objetivo de la investigación / intervención y la duración de la misma. Se indicó también que la información recogida en la experiencia tiene fines de investigación para mejores intervenciones futuras. Finalmente, se comunicó que la información personal se trataría bajo absoluta reserva y se firmaron un consentimiento informado (Anexo No 2). En lo que se refiere al manejo y análisis de datos, se cambiaron los nombres de los participantes para el registro de la información.

Instrumentos de recolección de datos

A nivel de la investigación se han utilizado los siguientes instrumentos:

a. Blog del profesional: Desde el inicio de la intervención se abrió un blog para documentar el proceso de intervención y reflexionar sobre el mismo. El blog contó con 14 entradas que contienen la información detallada de cada caso. El acceso al blog estaba restringido sólo al grupo de investigadores. El blog ha cumplido la función de un diario reflexivo del docente.

b. Entrevista inicial basada en rutinas y ecomapa: Esta entrevista se desarrolló al inicio de la intervención con la intención de conocer más a la familia y al entorno en el que se desenvuelve el niño. El ecomapa permitió identificar los apoyos formales e informales con los que se cuenta.

c. Entrevista de cierre de proceso: Esta entrevista se desarrolló con un guion elaborado por las docentes investigadoras que puede observarse en los anexos. Durante la misma se pide a los padres de familia las percepciones sobre la intervención. Adicional a ello se ha pedido a los padres de familia que compartan una foto de su hijo o familia que refleje lo que durante este proceso se ha logrado. Sobre esta foto se dialoga en la entrevista.

d. Las escalas de desarrollo y de Calidad de Vida familiar aportan datos para establecer la incidencia de la intervención en esos aspectos.

Tabla 2

Instrumentos de recolección de datos

<i>Instrumentos</i>	<i>Datos que proporciona</i>	<i>Tipo de análisis</i>
Blogs	Descripción del proceso de intervención. Proceso de aprendizaje del profesional. Percepciones del profesional sobre el proceso en la familia.	- Análisis documental.
Entrevistas de cierre	Percepciones de la familia sobre el proceso.	- Análisis de la entrevista.
Escalas del desarrollo	Resultados de la intervención en el niño.	- Cuantitativo descriptivo.
Escala de calidad de vida familiar	Percepción de la familia sobre su CdeVF al inicio y término de la intervención.	- Cuantitativo descriptivo.

Análisis y categorización de los datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa QDA MINER el cual es un software especializado en análisis de datos cualitativos. Dicho programa permite categorizar y

organizar la información en unidades de datos. Las categorías fueron discutidas con las investigadoras principales de este proyecto y se basaron en la teoría revisada inicialmente.

Las categorías se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 3

Cuadro de Categorías

<i>Categorización</i>	<i>Conceptualización</i>	<i>Subdivisiones</i>	<i>Conceptualización</i>
Estrategias y técnicas del RBI.	Instrumentos de la metodología del modelo RBI	Entrevistas de rutina Planificación funcional Visitas domiciliarias – Guía Vanderbilt	Permiten conocer las rutinas diarias, las necesidades y objetivos funcionales de las familias
Competencias profesionales	Apoyos brindados por la innovación	Escucha activa. Desarrollo de prácticas participativas. Desarrollo de prácticas relacionales	Comunicación efectiva, amistosa, escuchar de forma empática, ser claro, honesto, proveer información. Compartir, aportar conocimientos, apoyo a toma decisiones, anima a familias a que usen sus propios conocimientos y que desarrollen nuevas habilidades. Consta de capacidades, habilidad para relacionarse, el que conlleva valores éticos y principios.
Prácticas reflexivas	Formación de profesionales capaces de pensar y decidir	Reflexión sobre la acción.	Se autocuestiona la práctica para encontrar oportunidades de

	sobre de la enseñanza, con un pensamiento complejo. Activos y decisivos.		mejora en la intervención.
		Trabajo colaborativo.	Requerimiento en la formación profesional, revisión de conceptos. Apoyo mutuo entre compañeras y docentes/guías.
Incidencia de intervención en las familias y desarrollo de los niños	El impacto que tiene el Modelo de Intervención en las familias y los niños, genera cambios positivos en su calidad de vida.	Empoderamiento .	Proceso en el que las familias obtienen conocimientos, recursos y habilidades que les ayudan a tener un control positivo y mejorar su calidad de vida.
		Logros en el niño.	Es importante promover actividades en que los familiares de niños/as con discapacidad puedan realizarlas juntos y así mejorar su desarrollo.

Criterios de calidad y validez

Debido a la complejidad que caracteriza la evaluación de la investigación cualitativa, se dificulta valorar la objetividad, confiabilidad, validez interna y externa, así como la aplicabilidad de la misma. Sin embargo respecto a la validez interna, se ha incorporado la triangulación como alternativa, para darle fortaleza y calidad al estudio cualitativo.

La triangulación hace referencia al uso de métodos cualitativos y/o cuantitativos, la cual coloca al investigador en un tercer punto, con el objetivo de poder orientarse con respecto a los otros dos, y orientarse en una intersección. En otras palabras, es desarrollar la interpretación del fenómeno objeto de la investigación, sin recurrir a métodos, fuentes de datos, teorías, investigadores o ambientes.

Debido a que la investigación fue realizada por varias personas, se ha realizado una triangulación entre los investigadores. Los datos cualitativos que se han adquirido durante la investigación llevó a la categorización personal de los datos durante el proceso investigativo, para que luego otro investigador proceda a leer y aporte de manera que se evite cualquier sesgo por parte del primer investigador. La triangulación admite corroborar los hallazgos en una investigación ya que dos estrategias pueden arrojar resultados muy similares (Okuda & Gómez-Restrepo, 2005)

Cronograma del proceso

	sept.-16				oct.-16				nov.-16				dic.-16				ene.-17				feb.-17				mar.-17				abr.-17				jun.-17				ago.-17				sept.-17				oct.-17			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Primer Proceso de Tesis																																																
Reunión con expertas en el modelo	■																																															
Contacto inicial con familias.			■																																													
Firma de consentimiento informado.				■																																												
Taller: ¿Cómo aplicar la prueba de Screening del Inventario de Desarrollo BATELLE				■																																												
Trabajo de campo: Entrevista Basada en Rutinas y Econmapa								■																																								
Historia Clínica, Cuestionario de CDVT.								■																																								
Aplicación del Screening de BATELLE								■																																								
Segundo Proceso de Tesis																																																
Reuniones de Tesis y Tutoras								■																																								
Entradas del Blog reflexivo								■																																								
Intervención								■																																								
Evaluaciones finales(BATELLE Y CALIDAD DE VIDA FAMILIAR)																				■																												
Entrevista de cierre																				■																												
Entrega de Avance 1																																																
Transcripción de entrevistas a familias																																																
Análisis y categorización de datos																																																
Entrega Carta aval																																																
Entrega 2do avance																																																
Entrega 3er y 4to avance																																																

- *Figura 1: Cronograma de Investigación*

Resultados y análisis de datos

Los resultados que se presentan a continuación responden a las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué estrategias del modelo de intervención permiten desarrollar competencias profesionales para trabajar con las familias desde un enfoque de intervención

de PCF?, ¿Qué estrategias pedagógicas han incidido en mi formación?, ¿qué competencias profesionales se desarrollaron en el trabajo con las familias?, y, ¿de qué manera ha incidido en la intervención con las familias? Para ello se organizó los resultados describiendo la intervención realizada en cada caso.

Caso A1: Dorian

La primera familia está constituida por Dorian, que tiene cinco años, y su hermana Sandra, de 24 años, quien es la cuidadora principal del niño. Tienen un hermano que vive en Europa (Darío) de quien reciben ayuda económica, al igual que de la prima Anabel, y su tía Malena. Ellos viven al norte de la ciudad en la casa de su tía que vive en España. A este caso se accedió porque el niño está incluido en una escuela de una persona conocida del equipo de investigadores.

Producto de un accidente doméstico, explosión de un tanque de gas, acaecido tres años atrás del inicio de la intervención, murieron la mamá de Dorian, la abuelita materna, el tío paterno y una prima menor de edad. Dorian fue el único sobreviviente, pero quedó con secuelas de las quemaduras en el 95% de su cuerpo, motivo por el cual estuvo hospitalizado por un largo período para su debida sanación y múltiples cirugías. Pese al esfuerzo realizado por los especialistas, sus heridas son notables en rostro, extremidades y cuerpo, e incluso tiene una pequeña dificultad al correr debido a que dos de sus dedos de las extremidades inferiores quedaron totalmente pegados.

Sandra, en ese entonces, vivía en España. Le tocó regresar y asumir el cuidado de Dorian. El papá de Dorian de nacionalidad cubana, vive en Estados Unidos y no tiene relación con el niño. Cuando la madre falleció, Sandra tenía 22 años y Dorian 3. Sandra aún no ha terminado el colegio por los cambios que ha tenido de país, ya que antes del accidente vivía y trabajaba en España. Sin embargo, está haciendo los trámites para culminar sus estudios de secundaria. Se pudo notar la estrecha relación con su hermano Dorian, el cual la

identifica como madre, y como padre identifica a su otro hermano que aún vive en Europa.

En la primera visita a la familia de Dorian, a las 6pm, se conversó Sandra quien se levantaba de dormir una siesta de dos horas. Se conversó de manera informal y breve y se le preguntó si le interesaba ingresar a este proceso, a lo que ella accedió. Las preocupaciones al iniciar el contacto con esta familia hicieron referencia al nuevo rol que cumple Sandra al asumir el cuidado de su hermano. Este rol a veces la abruma, y por momentos ella siente que necesita su espacio. Se pudo identificar sus principales preocupaciones, escuchar sus sentimientos, todavía presentes, hacia sus familiares fallecidos, especialmente a su mamá. Dichas preocupaciones son complejas, sin embargo también se observó que ha desarrollado varias habilidades parentales en el transcurrir de los años desde la ausencia de la mamá.

En la *Entrevista Basada en Rutinas, estrategia del modelo de intervención*, Sandra identificó sus preocupaciones:

- Situación psicológica de Dorian, competencias parentales.
- Hábitos de comida. Dorian sólo quiere comer en el cuarto y lo que le gusta.
- Hábitos de orden, aseo y disciplina.
- Vestirse y desvestirse.
- Orientación en el desarrollo infantil
- Espacio personal para Sandra, ya que Dorian la sigue a todos lados y no le deja intimidad.
- Tiempo de descanso para ella, hábitos a la hora de descanso y dormir

También se realizó la construcción del *Ecomapa*, en el cual se mostró lo siguiente:

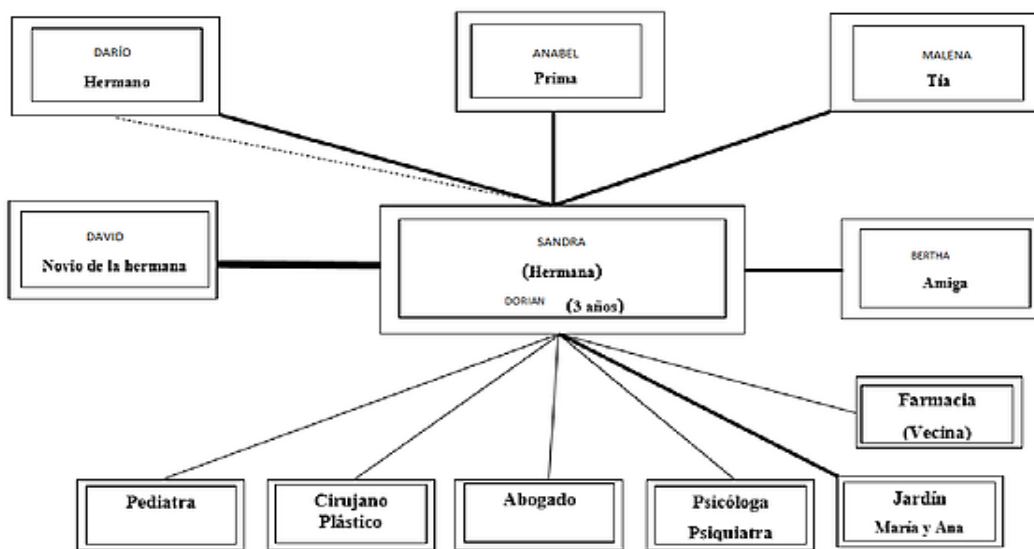


Figura 1: Ecomapa

Al realizar el *ecomapa*, *estrategia del modelo de intervención*, se evidenció que Sandra tenía limitadas redes sociales informales de apoyo e identificaba como redes sociales formales a los servicios de atención médica especializados a los que debía acudir de manera continua para la atención de Dorian. “*Posterior a la Entrevista Basada en Rutinas, y la construcción de ecomapa con la familia se pudo conocer que Sandra cuenta con el apoyo de su novio David y Bertha, su amiga, para la crianza de Dorian. Estos apoyos son adicionales a los brindados por el hermano de Dorian, su prima y su tía. Así mismo, se acordó que en la semana siguiente se realizaría a Dorian la prueba de Screening con la cual se evaluaría su desarrollo. El instrumento utilizado fue la Batelle*” (Blog 1).

“*La semana siguiente, según se programó, se continuó con la prueba de Screening al niño, el cual arrojó como resultado que Dorian cuenta con una madurez de tres años cinco meses*” (Blog 2). El modelo de intervención plantea que se planifique en función de las demandas de la familia, por ello, se plantearon los *objetivos funcionales, estrategia del modelo de intervención*. En la siguiente *visita domiciliaria*, se presentó el *Plan Individualizado de Apoyo Familiar (PIAF)* el cual detalla las actividades que se debería

realizar en casa. El PIAF fue desarrollado en base las necesidades detectadas en la *Entrevista basada en la Rutina* y en coordinación de un *trabajo colaborativo*, (práctica reflexiva). En el blog 3, se registró lo siguiente: *“Entre las estrategias planteadas se incluía un cambio en los hábitos de siestas de Sandra de tal forma que pueda interactuar más tiempo con Dorian y él se sienta más pegado a su hermana, estrategias para una mejor alimentación que incluía horarios y prácticas para cuando no deseaba comer, actividades para mejorar su independencia al momento de vestirse y alimentarse, entre otras”*.

La hermana de Dorian fue muy receptiva y estuvo dispuesta a cualquier sugerencia, pues ella compartía sus necesidades y preguntaba bastante, como su cuidadora principal, se interesaba en aprender y desarrollar habilidades parentales, ese factor fue muy importante en toda la intervención. La comunicación entre el principal cuidador y el profesional debe ser efectiva y sincera, brindando la información oportuna y pertinente. En el blog 5 se evidenció que la hermana de Dorian tenía la necesidad de ser escuchada, atendida sin ser juzgada, necesitaba de alguien en quien ella pueda conversar y confiar sus inquietudes. Durante las visitas semanales un componente clave del modelo de intervención, fue aplicar un instrumento denominado la *Guía de Vanderbilt* (Anexo No.3), la cual consiste en una lista de preguntas que orienta al profesional a recordar aspectos importantes de la primera entrevista, y a su vez ayuda a que los padres expresen su opinión y necesidades, da a conocer el progreso de cada preocupación. Este instrumento orienta al profesional en lo que debe hacer y tratar en cada visita sin desenfocarse de los objetivos del Modelo Centrado en Rutinas. En el blog 5 correspondiente a la semana 6 se reflexionó lo siguiente: *“Me sentí cómoda de cómo van las relaciones con la familia y durante las preguntas guías de Vanderbilt, creo que la hermana está de cierto modo desahogándose con nosotras durante las visitas, o que hemos llegado en el momento preciso puesto a que está prácticamente sola en la crianza de su hermano, y hay temas en el diario vivir que no sabe cómo manejarlos, o no sabe a quién preguntar”*.

En el Blog 6, se hizo evidente que la hermana de Dorian tiene una gran necesidad de ser escuchada (*escucha activa*). “*En esta visita Sandra nos tuvo varias noticias. Notamos que ella sentía bastante tranquilidad durante la visita, y al parecer las cosas habían mejorado de cierto modo en su casa. La primera cosa que ella nos manifestó fue que aún Dorian no comía todo, que podía estar horas sin comer. De hecho que no había almorzado. Al decirme ella esto, le sugerimos que por nosotras no se preocupara y que podía darle de comer a él frente a nosotras. La visita duró alrededor de 50 minutos y Dorian terminó de comer antes que nosotras terminamos la intervención.*” (Blog 6). Este punto ya había sido identificado anteriormente y se había notado en otros blogs que la hermana le servía mucha comida a Dorian, más de lo que ella se servía a sí misma y su preocupación estaba enfocada en la cantidad de comida que Dorian comía (Blog 1, Blog 5).

Una evidencia del desarrollo de *competencias profesionales* durante la intervención fue cuando se trabajó con la familia en la *escucha activa* y en la *toma de decisiones*. Se inició con la recomendación a Sandra de cambiar su hábito de siestas, ya que ella acostumbraba dormir por horas en las tardes. Es importante reconocer que en este momento se planteó una intervención que no fue sugerida por Sandra, sino que partió del interés y preocupación del profesional. Fue necesario, a través de preguntas, llevarla a hacer conciencia de un mejor y saludable hábito en las tardes. Sobre esto se registró en el blog: “*se le indicó el tiempo adecuado para la siesta y descanso en la noche*” (Blog 4). “*Esta recomendación fue tomada en consideración por Sandra, quien en la semana siguiente nos informó que, gracias a ese cambio, estaba más pendiente de Dorian y podían interactuar más*”. (Blog 5).

En adición a esto, como se lo registra en el blog 6, se pudo notar el desafío de trabajar con la familia de Dorian, de llevarla a un empoderamiento, pero con la necesaria información para la crianza del menor. La hermana comentó que parte de sus problemas de alimentación era el no comer solo, algo con lo que se trabajó durante estas sesiones, logrando una mejora.

Con respecto a las *prácticas reflexivas* que han aportado al aprendizaje del modelo, es necesario resaltar la subcategoría de *Reflexión sobre la Acción*; esta estrategia ha sido registrada en los resultados, la escritura continua del proceso de intervención en un diario, permitió hacer conciencia de las emociones, actitudes y prácticas al aplicar el modelo. La práctica de escritura del blog permitió reflexionar constantemente sobre estrategias, avances, logros y desafíos durante la intervención. La Reflexión sobre la Acción va más allá del conocimiento específico de cada profesional, y es necesaria para el desarrollo del trabajo cooperativo dentro de un equipo, así como para el adecuado desarrollo de las interacciones entre el niño y su familia. *“Dorian y su hermana pasaron momentos muy duros, los cuales los hicieron madurar en muchas áreas, como también buscar ayuda, en otras. Considero que como profesional debemos tener una preparación académica y un arduo trabajo colaborativo, con el fin de ayudar a la familia en todo lo que esté a nuestro alcance. Pero también estoy consciente que toda experiencia y previa preparación en el momento de conversar con la familia es válida, ya que ella desde el rol que le tocó asumir tiene el deseo y compromiso de aprender en todo momento, aunque también debo conocer tanto mis capacidades como mis límites”* (Blog 7).

El reconocer que los profesionales tienen capacidades y limitaciones ayuda, a través de la *reflexión*, a mejorar y prepararse para brindar un buen servicio a la familia. *“Sé que por mi preparación tengo un límite, sin embargo me ha ayudado bastante el tener la experiencia de también ser madre, y con estas visitas también estoy aprendiendo mucho más”*. *“Aunque me he sentido un poco mal, por no darle un apoyo en este área que ella tanto necesita, sé que como madre, y profesional estoy dando lo mejor de mí y es que busque el especialista”* (Blog 7).

En el modelo de intervención utilizado, un sólo profesional visita a la familia y da las orientaciones de las diferentes áreas, esto se puede lograr porque hay un equipo profesional

con el que se discuten los casos. Durante la intervención se mantuvieron reuniones periódicas de acompañamiento y revisión de casos para poder ofrecer apoyo en el desarrollo de los casos tal como se ve en el Blog 3 : *“Los desafíos planteados con esta joven familia están enfocados en desarrollar más sus competencias parentales, respetando sus costumbres y fortalezas, también detectar las debilidades para poder trabajar en ellas; con la ayuda de la información que ellos proporcionen acerca de las rutinas que realizan como familia el equipo de investigadoras y tutoras podremos reflexionar, discutir, compartir para así poder planificar estrategias, que ayuden a mejorar su calidad de vida”* .

El *trabajo colaborativo* se desarrolló con el equipo y formó parte de las estrategias pedagógicas. Esta subcategoría considera la flexibilidad, generación de objetivos consensuados por parte de los padres y orientación de parte de los profesionales. En las PCF, el profesional es corresponsable del programa al igual que la familia, hay un compromiso compartido. En este caso puntual se debe destacar el *trabajo conjunto* que se desarrolló no sólo con la familia, sino con la compañera de trabajo que brindó apoyo en cada visita.

Como se explica en el Blog 5, Dorian manifestaba una irregularidad a la hora de comer su almuerzo, lo cual afectaba tanto a su desarrollo, como también a la relación con su cuidadora principal, pues así lo manifestaba ella, y se sentía abrumada. Este es un ejemplo adecuado de trabajo colaborativo con profesionales, el cual produce un efecto positivo en el momento de la comida, ya que en las reuniones sostenidas semanalmente con las demás profesionales se había tratado del tema y se planificó modelar delante de la hermana como el momento de la comida podía ser un momento entretenido y de disfrute *“Mientras le daba de comer a Dorian, él decía que no quería y ella dijo, éste es mi mayor problema con él no quiere comer, ahora sale con que no quiere comer y se puede estar horas con la comida ahí. Como vimos que recién llegaban, le pregunté si le podía ayudar con el niño, y ella pueda comer tranquila; ella contestó “sí, por favor”* (Blog 5). *“Cuando empecé a darle de comer a Dorian al inicio*

movía su cabeza para no comer, pero yo le hablé con autoridad diciéndole, a ver vamos a comer, porque si no te enfermas, y no vas a poder jugar, el poco a poco fue accediendo y comía, y yo le hacía avioncito con la cuchara y le decía, a ver comamos por la mamá, por la perrita, por el tío, por el amiguito, y así sucesivamente iba nombrando personas conocidas a él y él proponía familiares para comer” (Blog 5).

El empoderamiento se puede ver reflejado luego de la intervención, en el cual la familia adquiere diversos conocimientos, recursos y habilidades que les permiten tener un control y mejoran su calidad de vida. En este proceso se adquieren competencias parentales. En el Blog 6, se evidenció que la hermana de Dorian aprende más acerca de la crianza del hermano y esto produce satisfacción en el desempeño de su rol como madre. *“Sandra comenta que está aprendiendo cada vez más de esta parentalidad, y dice que ahora disfruta cuando hay interacciones positivas entre ella, su hermano y demás familiares, sin embargo, este momento puede llegar a ser tan opuesto cuando sus intentos de desarrollar habilidades parentales son fallidas”*. Sin embargo, también se observa que cuando la hermana tiene malas experiencias, estas pueden llegar a elevar su nivel de estrés. En el Blog 7 se registra como la hermana de Dorian siente más seguridad desempeñando su rol. *“Estas visitas causan un efecto que sólo la hermana podrá describir al final de la investigación, y aunque no la empoderamos en un 100% hay una diferencia que se está marcando en ella poco a poco, pues tiene más seguridad y determinación que la demuestra al conversar”*.

El Modelo Basado en Rutinas (RBM) tiene un efecto positivo en cada miembro de las familias, especialmente en el niño por el cual se realiza la intervención. Este efecto se puede describir como un avance en una o varias áreas del desarrollo del infante, luego de un cambio de actitud y adquisición de competencias parentales, como también la toma de decisiones por parte de los cuidadores principales.

En el Blog 6 se muestra que Dorian tuvo un cambio en su comportamiento, el cual la

hermana lo califica como positivo y significativo. Cuando la hermana da a conocer el cambio positivo de Dorian, no duda en exponer también que aún hay momentos negativos. “Nos comenta que las cosas han mejorado en un 60%, ya que se porta bien, pero que el 40% no colabora y se porta mal”. Otro ejemplo en el que se ve una *incidencia* positiva dentro de la rutina diaria es el del espacio y respeto por parte de Dorian a su hermana en el momento de ir al baño. Esta era una necesidad personal que tenía la hermana mayor: “Cuando voy al baño, él ya respeta mi espacio, ya no se mete a la bañera” (Blog 6).

Como se pudo expresar en las diversas categorías si hubo un *logro* positivo y gratificante que puede ser notorio, durante toda la intervención del Modelo de McWilliam (2016). A continuación, se detalla el último test de Screening realizado a Dorian, el mismo que denota su avance en el desarrollo.

Tabla 4
Resultados de Screening de Dorian

	Antes	Después
Personal Social:	3 años 0 meses	5 años 0 meses
Adaptativa:	2 años 7 meses	4 años 3 meses
Motora Gruesa:	3 años 0 meses	5 años 0 meses
Motora Fina:	2 años 1 mes	4 años 0 meses
Motora:	2 años 5 meses	4 años 3 meses
Receptiva:	3 años 0 meses	3 años 9 meses
Expresiva:	2 años 3 meses	3 años 9 meses
Comunicación:	2 años 5 meses	3 años 6 meses
Cognitiva:	3 años 0 meses	3 años 6 meses

Tal como se muestra en la Tabla 4, a través de la intervención pudieron alcanzarse avances en las áreas de personal social, adaptativa, motora gruesa, motora fina, motora, expresiva y comunicación; así mismo se alcanzaron avances menores en las áreas receptiva y cognitiva. Dorian y su hermana realizaron un excelente trabajo. La hermana empezó a valorarse y tener clara la autoridad en su nuevo rol como cuidadora principal de su hermano con amor y paciencia

Incidencia de la intervención en la familia

Durante la Intervención con la Familia se desarrolla la práctica que tiene el profesional, en la que se indica, guía y/o aconseja al cuidador/a principal de la familia. En la intervención con las familias se fortalecen y apoyan sus funciones, también se generan oportunidades de aprendizaje no terapéuticas para el niño, y esto se ve reflejado desde el inicio hasta el final de la intervención. El profesional guía a las familias para que tomen las mejores decisiones cotidianas.

Como se encuentra en el Blog 6, la hermana de Dorian llega a una reflexión, gracias a la intervención que se realiza semana a semana, en la cual se escucha de manera activa sus necesidades y preocupaciones con respecto a su hermano y la manera como debe criarlo, pero al final es ella la que toma decisiones. *“He salido más con Dorian, incluso lo he llevado al supermercado, y ya no hace pataletas, ni quiere coger todo, me ha ido muy bien y me obedece durante la salida, el cambio es bastante notorio ya que antes no salía con él al supermercado y ahora sí lo hago y ha pasado a ser un momento agradable.”*

En el blog 7, se describe una decisión en la cual la hermana de Dorian, cambia de manera leve un hábito de la rutina diaria a la hora de comer. Específicamente comenta que *“normalmente comemos en el cuarto, y en pocas ocasiones en el comedor. Por esta razón le he puesto una mesita plástica temporal hasta comprarle una más cómoda para que el coma*

ahí". La intervención ayuda a la hermana a darse cuenta de sus hábitos y a tomar decisiones, las cuales, por pequeñas que sean, son significativas para el desarrollo de Dorian.

De igual manera, en el Blog 11 puede observarse la autonomía que ha desarrollado Dorian a la hora de comer. Ahora él obedece y sabe que debe alimentarse bien. *"Pues, ehh también ha sido como un... parte del proceso porque al principio sé que yo le tenía que dar de comer, o sea yo le daba de comer la sopa, el arroz, todo. Pues ahora el mismo come solo pero claro estamos en el proceso de que todavía tiene que aprender a comer rápido, que no se quede con la comida en la boca, o sea el proceso de que coma bien, pero si significa bastante la foto porque él ha aprendido a comer solo, manejar ya la cuchara, ehhh a terminarse la sopa rápido, ahorita estamos en el proceso que ya termina la sopa rápido, pero estamos en el proceso del que el arroz todavía le, le, le, tarda en comer"*.

En la entrevista final que se realizó a la hermana de Dorian, ella manifiesta la necesidad que tenía de informarse acerca del desarrollo y crianza de su hermano, para poder empoderarse y mejorar su calidad de vida familiar. *"Pues... o sea yo lo que quería sobre estas visitas era más o menos también para informarme yo misma sobre él. El procedimiento de él, de que, si lo estaba haciendo bien, lo estaba haciendo mal, en que me podría ayudar mmm... qué podía yo hacer si estaba haciendo mal con él, ¿no? Entonces que podía también ayudarlo a él para qué... para su desarrollo para que se vaya desenvolviendo más también, entonces eso era lo que más me interesaba."*

Se muestra que la hermana de Dorian ha adquirido confianza y seguridad al momento de corregir a su hermano, discrimina acciones positivas y negativas que pueden influenciar en el desarrollo del menor. *"Si, en el sentido que le tengo que hablar fuerte, le tengo que hablar con autoridad para que el me haga caso. Antes yo no era así, entonces este... yo antes era... lo consentía en todo, si él me pedía algo y yo no tenía el dinero por así decirlo, pues tenía que buscar como sea para comprarle para que él no me haga berrinche, para que no llorara,*

o sea, entonces lo consentía en todo, pero con el tiempo pues he adquirido este como quien dice esa, esa, esa autoridad, ese... como puedo decirle este... si como, como ese... como para darle una orden a él y que el haga caso” (Blog 11).

En la entrevista final se reflejaron algunos resultados que satisfacen a las investigadoras debido al efecto que causó su trabajo con las familias, el cual es notorio, y también la hermana de Dorian describió las fotos que eran significativas para ella.

“las salidas al principio era que no hacía caso, que el salía corriendo para todos lados, uno le hablaba, tenía que estar ahí, ahí, hablándole a cada rato para que él entienda, pero yo ahora pues eh... le le, antes de salir de casa le hablo le digo que... que a donde es que vamos a ir , que vamos a ir a pasear, o que vamos a ir a comer, que se tiene que comportar, que no quiero estarle gritando, no quiero estar, ni quiero estarlo retando, entonces, yo creo que este... creo que lo he llegado a, a manejar un poco el tema es antes de salir de casa hablándole, diciéndole que es lo que es lo que vamos a hacer, como se tiene que comportar, y que si él se comporta mal, ya cuando regresemos a la casa yo lo voy a retar, entonces eso.”(Blog 11)



-“La de comiendo, pues, ehh también ha sido como un... parte del proceso porque al principio sé que yo le tenía que dar de comer, o sea yo le daba de comer la sopa, el arroz,

todo. Pues ahora el mismo come solo pero claro estamos en el proceso de que todavía tiene que aprender a comer rápido, que no se quede con la comida en la boca, a comer solo, manejar ya la cuchara, eh a terminarse la sopa rápido, ahorita estamos en el proceso que ya termina la sopa rápido, pero estamos en el proceso del que el arroz todavía le, le, le, tarda en comer.” (Blog 11).



-“ ...cuando empezamos lo de las entrevistas y tal, él estaba en el proceso en el que yo todavía le cepillaba los dientes, pero ahora pues, se cepilla ya solo, coge el cepillo, se pone la pasta el mismo, se cepilla los dientes la lengua entonces... para mí ha sido un... para mí ha sido un logro, pues por eso yo escogí esa imagen.” (Blog 11).



Como se puede ver Dorian ha mejorado en su disciplina y su hermana ya no tiene que gritar para que haga caso. También resaltó que ya no le da mayores problemas al momento de alimentarse, que es un poco inquieto pero que es *normal*. La información que ella requería siempre le ayudó a tomar las decisiones al final, según comentó y este nivel de satisfacción se refleja en la Escala de Calidad de Vida Familiar.

La hermana expresa su nivel de satisfacción cuando se autoevalúa al final en su rol parental. Al inicio hubo varios aspectos los cuales ella se calificó como inadecuados, sin embargo luego de la intervención logra cambios significativos. Unos ejemplos son los resultados que obtuvo a través del apoyo emocional y económico de su hermano, además del apoyo de la tía en las rutinas diarias dentro de la casa para la crianza de Dorian. También al momento de hacer dormir a Dorian o salir a la calle con él, ya no se siente sola, no tiene tantas dudas en su nuevo rol, cuando necesita ayuda la pide, sabe que va a ir aprendiendo cada día, sus decisiones son más firmes y seguras.

En la siguiente tabla se muestran los resultados que se obtuvieron en la escala de calidad de vida familiar. Las marcas de color rojo corresponden a la evaluación de inicio y las de color negro a la evaluación final, en lo que se visualiza el avance en cada uno de los ítems.

En esta escala se resaltan los aspectos más importantes.

Tabla 5

Escala de Vida Familiar Dorian.

Dimensiones	Inadecuado 1	Parcialmente Adecuado 2	Adecuado 3	Muy Adecuado 4	Excelente 5
Interacción Familiar					
Capacidad de la familia para resolver problemas de manera conjunta		X		X	
La relación de nuestra familia con la familia extensa es:	X			X	
Rol Parental					
Participación de nuestro hijo en las rutinas de la casa	X				X
El comportamiento de mi hijo es	X			X	
Bienestar Emocional					
La satisfacción de los adultos con el empleo es	X	X			
El juego de nuestro hijo con otros juguetes es		X	X		
Bienestar Físico y Material					
La capacidad de la familia para hacer frente a los gastos		X		X	
La salud de nuestro hijo es		X		X	
Apoyos a la persona con discapacidad					
El conocimiento de nuestra familia sobre la forma en que aprenden los niños como el nuestro es	X		X		
La información que tiene nuestra familia sobre recursos disponibles, incluidos los servicios es:	X			X	
La participación de nuestra familia en eventos en la comunidad, incluidas excursiones/ salidas	X			X	

En los ámbitos de la escala, se inician con una moda de 1 (inadecuado) y terminan con

una moda de 4 (muy adecuado). El mayor incremento se dio en los ítems que pertenecen al ámbito de interacción familiar y rol parental. Tales puntos coinciden con lo reflexionado en los diarios (Blogs) y lo que manifestado por los familiares en la Entrevista de Cierre.

Caso A2: Sandro

Al igual que a la familia de Dorian se citó a la cuidadora principal de Sandro, cuyo contacto se obtuvo gracias a la señora conserje del lugar de trabajo de la investigadora, quien es la abuela del menor. Se la citó para que asista al lugar de trabajo de la investigadora, se le explicó detalladamente la intervención y el proceso de investigación, se la invitó a participar en ella desde el inicio hasta el final, y también se establecieron los horarios para realizar las visitas a su hogar.

La familia está constituida por Jorge (papá), Diana (mamá), Hugo (hermano mayor) y Sandro, quien tiene cuatro años. La familia está muy relacionada con la línea materna, tías, tío, y la abuela, quien es la encargada del cuidado de Hugo y Sandro por las tardes mientras ambos padres de los menores trabajan; ellos pasan de noche por donde la abuela para recogerlos y retornar a su casa. Es una familia que cuenta con pocos recursos económicos y llevan una alimentación poco favorable para el sano crecimiento de los menores. Ellos viven al norte de la ciudad en un cerro, el cual es conocido como peligroso en cuanto a delincuencia.

Diana, la mamá, tuvo a su primer hijo Hugo en la adolescencia, al igual que a Sandro, ella tuvo un embarazo complicado y tuvo anemia en ambos períodos de gestación. Sandro nació con bajo peso. Diana ha accedido a la intervención, con el objetivo de buscar respuestas en cuanto a parentalidad y saber si está desempeñando bien su rol de madre.

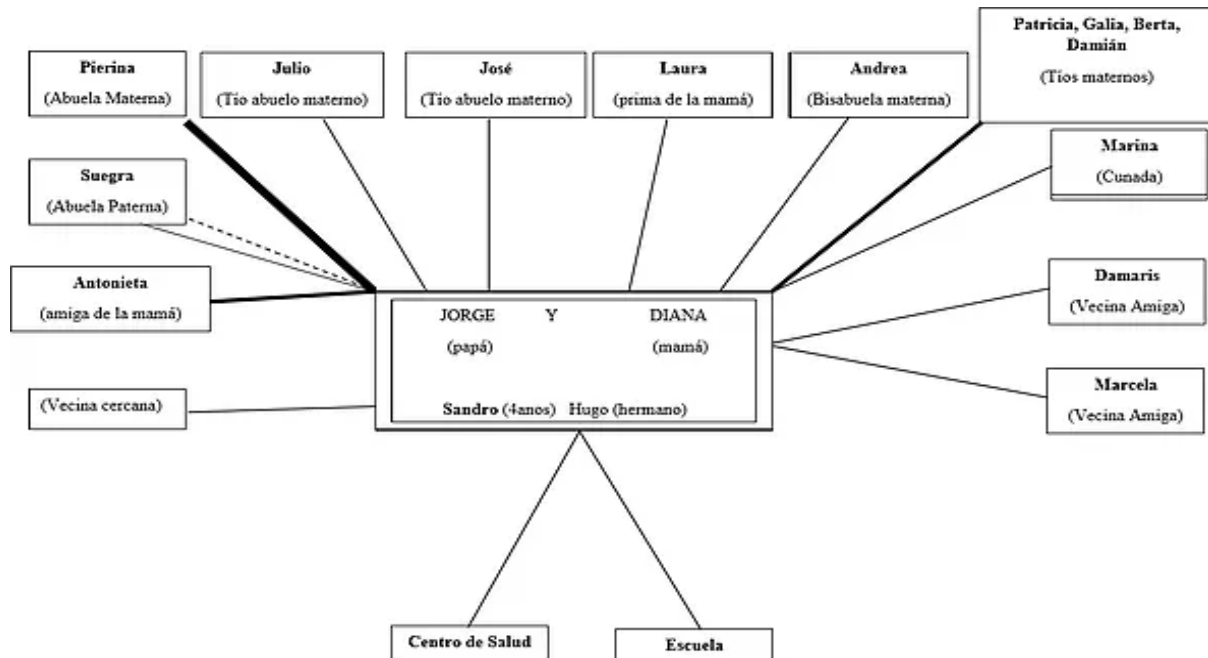
Durante la primera *visita*, se graficó el *ecomapa* en el que se detallaron los apoyos formales e informales que tienen las familias. También se realizó la *entrevista basada en*

rutinas, una estrategia profesional clave del modelo, en la cual se conocieron todas las actividades del hijo, sus costumbres y nivel de satisfacción.

En la *visita* a la casa de la familia de Sandro, su mamá recibió a las investigadoras muy contenta y comentó que en esa fecha no tenía que ir a trabajar. Sandro y su hermano estaban en el Jardín, y su papá en el trabajo, por lo tanto no estuvo presente. En esta visita se estableció conocer ciertas interrogantes que se tenían acerca del modo en cómo vive la familia, su manera de llevarse, organizarse, sus pensamientos, sentimientos, anhelos, respetando sus características y fortalezas. El objetivo de la reunión fue poder escuchar cada una de sus preocupaciones sin emitir ningún comentario, solo conocerlos a ellos y el ambiente en que se desenvuelven. La mamá, pese a no haber terminado el colegio, busca conocer y prepararse más para educar a sus hijos. Al transcurrir la entrevista la mamá manifiesta su preocupación por su otro hijo, ella cree tiene “problemas psicológicos”, lo determina así ya que su conducta y comportamiento no la considera adecuada para la edad que tiene (5 años).

Esta *visita* fue muy enriquecedora, ya que se pudo conversar con la mamá, quien habló abiertamente de sus actividades. Este rol de investigadora fue al inicio muy incierto, ya que habían dudas en el manejo del *Ecomapa* y de la *Entrevista Basada en las Rutinas*, sin embargo, se sobrellevaron, ya que el material que proporciona el modelo de McWilliam es bastante explícito y de fácil uso.

A continuación, se demuestra el *Ecomapa* que se desarrolló durante la entrevista:



Una de las limitaciones fue la situación socioeconómica. La familia están construyendo su casa con mucho trabajo. Resulta alentador ver la esperanza y ganas de salir adelante que muestran como familia.

También en esta primera entrevista, la mamá indicó cuáles eran los objetivos que tenían en relación con esta intervención:

- Desarrollo del Lenguaje y Orientación Psicológica
- Normas de comportamiento, control parental.
- Manejo de economía.
- Valores éticos y morales
- Alimentación (Desayuno).
- Desarrollo de habilidades parentales.
- Consejos para el mejor manejo de la economía.

Luego de haber realizado la *Entrevista Basada en Rutinas y Entornos Naturales*, y la construcción de *ecomapa* con la familia, se acordó a la semana siguiente realizar la prueba de screening. El instrumento utilizado fue el Batelle.

Al llegar al hogar de la familia, se les pidió la información necesaria y se continuó con la prueba de Screening al niño. Sandro es un niño con una edad cronológica de cuatro años que asiste a un Centro de Educación Inicial desde el Pre Kinder.

En la siguiente *visita*, se presentó la *Planificación Individualizada de Actividades Funcionales* (PIAF), estrategia clave del modelo de intervención, programado por el equipo de trabajo en el cual se establecieron las actividades necesarias para los dos hijos, ya que fue necesario integrar al hermano de Sandro en la intervención. La mamá de Sandro y su esposo estuvieron dispuestos a cumplir con cada actividad de la intervención, factor que ayudó mucho.

Algunas de las categorías que se describen a continuación detallan el avance e impacto del Modelo en la familia de Sandro, los que se lograron en el transcurrir de las intervenciones. En el Blog 3 correspondiente a la cuarta semana de intervención, la *Escucha Activa* fue fundamental en todas las visitas, ya que la madre de los menores expone sus preocupaciones, y las expresa de manera muy espontánea y abierta. Pese a que estos sean temas de los cuales se tenía conocimiento cuando se realizó la *EBR*, fue bueno conversarlos con ella. “*La mamá comenta las preocupaciones que tienen acerca del desarrollo y desenvolvimiento de sus hijos Sandro y Hugo*”. Su primera inquietud era conocer si estaba desempeñando bien su rol de madre, por otro lado que Sandro mejore su lenguaje y comunicación, ya que según ella Sandro tenía un problema al momento de expresarse y comunicar, también quería que Hugo tenga un buen comportamiento dentro y fuera del hogar, su problema era la conducta. En el Blog 6, el cual corresponde a la semana 7, se expresa que en las *visitas* se percibe la empatía que existía entre la madre y las profesionales, lo que aportó en la *escucha activa*, estrategia pedagógica importante en la intervención. La madre sentía confianza en conversar, y estaba presta a recibir cualquier sugerencia, era una conversación fluida, existía un compromiso de parte del profesional. “*Fue fácil dialogar con la mamá, escucharla y también que nos*

escuche, animarla y felicitarla, sabemos que a una mamá no le gusta sentirse juzgada o que la están evaluando, así que cada indicación o sugerencia, pudimos manejar respetuosamente y con paciencia”.

Las prácticas participativas y relacionales, son elementos claves de la intervención, formaron parte la intervención como se puede ver en el Blog 7. Todos los instrumentos y estrategias que se usaron estaban íntimamente relacionados, de tal manera que facilitaron el desarrollo de habilidades tanto para las profesionales como para la familia. Las habilidades de Sandro y sus familiares necesitaban ser canalizadas, con alternativas que mejoren sus rutinas diarias. Pero al mismo tiempo la mamá tenía siempre nuevas inquietudes, es por esto que era necesario, indagar un poco más en cada visita acerca de las actividades que ellos realizaban en el día a día, y saber cómo manejaba ella los momentos difíciles con sus hijos, sea del área conductual o de lenguaje, para que luego de obtener esta información, llevarla a la reflexión y al final ella tome las decisiones correctas, esto se lo hacía en el diálogo a través de preguntas que la llevaban a la *reflexión* y a desafíos: “*¿Qué ha surgido en estas dos semanas de diferente para que los niños tengan este comportamiento calificado como falta de respeto?, ¿qué están haciendo al respecto, usted y su esposo?, ¿ha funcionado?, ¿qué hacen cuando Sandro pronuncia mal o no puede comunicarse con ellos, ¿qué hacen cuando no le entienden?*”. La madre comentó que sentía que no le hacían caso por momentos a ella, pero especialmente cuando estaban con el papá, y que era ella la que siempre trataba de que se esfuerce su hijo Sandro a que pronuncie bien las palabras. No solo se debe ser empático en una intervención y en cada visita; como profesionales, es necesario llevar a los padres a que reflexionen y tomen decisiones que arreglen sus problemas, pero siempre con una actitud profesional y respetuosa.

Como se menciona en el párrafo anterior, la familia siempre debe llegar a la reflexión antes de tomar una decisión, así mismo el profesional luego de cada práctica. En el Blog 3 se

menciona que la familia necesitaba un cambio en el manejo de su economía, ya que la mamá lo había manifestado así en la EBR, pero también en mejorar su alimentación, la cual está fielmente ligada a su salud. Sin embargo, *“Me cuestioné, en si podré llevarlos a ellos a un mejor manejo de economía y salud, en cómo debería hacerlo, sin dañar sus costumbres y dinámica familiar. Tal vez ellos aún no lo hayan notado aún, pero ciertos hábitos, están dañando su calidad de vida”*. Esta familia de situación socioeconómica baja, pese a sus escasos recursos, en la mayoría de ocasiones no tomaba buenas decisiones y gastaba más de lo debido, pudiendo tener un mejor plan económico, pues los menores desayunaban en la tienda de lunes a viernes un jugo de cartón y un sánduche, o una leche chocolatada y una tostada. La mamá comentó que lo hacía porque se le hacía más fácil, rápido y estaba en el camino a la escuela. Poco a poco conversando de manera sutil con ella se le presentó un presupuesto de cuanto ella gastaba diariamente en la tienda por el desayuno. Lo que ella comentó fue que no lo había pensado nunca así. *La reflexión sobre la acción* es una herramienta útil al momento de intervenir, porque ayuda a visualizar la situación desde otro punto. Por eso, el rol como profesionales no es decir lo que se debe hacer, sino más bien brindar la información necesaria a la familia, aportar y tratar en lo posible de llevarlos a ellos a un mejor manejo de toma de decisiones, lo que más adelante tendrá un impacto positivo en la familia y su calidad de vida. Este punto resultó muy complejo, pero los resultados fueron alentadores.

En el Blog 8, correspondiente a la semana 9, se redacta la expectativa que se tiene luego de haber realizado una de las actividades del *PIAF*, la cual trataba directamente con la colaboración de los niños y la familia en las rutinas diarias. *“En fin con esta actividad, la mamá verá que los niños necesitan un incentivo para hacer las cosas, mejorar comportamiento, etc., etc., etc. Sin necesidad de hacer gastos económicos, podemos animar a Sandro y Hugo con pequeños premios que alegren su momento, claro que no deberá ser*

siempre, ya que ellos deben llegar a saber que siempre deben portarse bien". Los niños tenían un cuadro de registro conductual en casa el cual iban llenando con caritas felices semanalmente. Al final de cada semana ellos al obtener la mayoría de caritas felices debían ser premiados, sea con alguna golosina preferida, una salida al parque, ver un programa preferido, etc. Una de las necesidades de la familia era trabajar en la conducta y hábitos de los niños de la casa, pero se pudo notar que esto estaba ligado a la actitud y acciones de parte de los padres, por eso era necesario que ellos estimulen a sus hijos con incentivos positivos para que colaboren con las rutinas diarias lo que les beneficiaría a todos.

Siempre habían inquietudes entre las profesionales con respecto a la intervención, como por ejemplo la práctica se estaba haciendo bien, o que sugerencias tenían para las situaciones familiares, y hasta la manera de cómo llevarlos a esas sugerencias para que sean ellos los que tomen las decisiones, para se tuvo reuniones semanales en la universidad, también se mantuvo un grupo de mensajería instantánea entre las compañeras maestrantes y las tutoras, y acceso al blog de cada mestrante. La comunicación era constante y el *trabajo colaborativo* era notorio.

Como se redacta en el Blog 4, Sandro y su hermano están presentes en la visita semana a semana a la familia, por lo que se decide repartir las responsabilidades entre las investigadoras. En este caso, mientras una juega y comparte con los niños, la otra conversar con la mamá y completar a la vez la lista de Vanderbilt. *"Les preguntamos a todos ellos como habían pasado, durante estos días, intentado empezar una conversación, luego les pedimos a los niños que saquen sus juguetes, mientras nosotras conversábamos con su mami. Los dos hermanos estaban entretenidos con el celular, escuchaban música y veían videos; el mayor con el teléfono del papá y el menor con el teléfono de la mamá"*.

Cada *visita* era muy importante, ya que es el tiempo en que la familia daba la información relevante para el desarrollo de la intervención, por esto toda reunión era aprovechada. Así lo

vemos en el Blog 9, con la familia de Sandro en la que se cambia de escenario de su casa al C.C. Albán Borja, ubicado al Norte de la ciudad. La mamá pidió que se haga ahí la visita porque no quería perder ni cortar la intervención y había problemas de seguridad por su casa, ya que estaban viviendo cerca de ellos los dos más buscados por la policía y dijo que era peligroso. *“Mientras realizaba la entrevista a la madre, los niños caminaban por el centro comercial con mi compañera paseaban por el puente pequeño, en fin estuvieron entretenidos y al finalizar se acercaron a la mesa”*, evidenciándose aquí el trabajo en equipo.

Como se expresa en el Blog 6, Sandro presenta necesidades específicas en el área de comunicación y lenguaje, pero como el Modelo de Intervención no es centrado sólo en un niño y su déficit, sino en las demandas de la familia, se incorporó también en el trabajo a su hermano, en las actividades de las rutinas diarias, ya que la familia lo señaló así. *“Al inicio de la intervención estaba planificado trabajar sólo con Sandro, pues de acuerdo con las preocupaciones de la mamá, presenta problemas en su comunicación y lenguaje, pero este no quedó ahí, ya que según la mamá el hermano mayor también tiene problemas, no en alguna área de su desarrollo pero si en su conducta y comportamiento, por eso decidimos trabajar con los dos niños”*.

Uno de los efectos que se ve en la familia de Sandro, gracias al Modelo se lo redacta en el Blog 6, ya que la intervención consta de una serie de pasos que ayudan al logro de objetivos y cambios positivos en su calidad de vida. Durante las visitas surge la necesidad de realizar cambios de hábitos del diario vivir. *“Siento que esta visita fue muy enriquecedora, ya que veía cambios notorios en los hábitos de la familia, sus rutinas y dinámica. He aprendido a través de esta experiencia, que a ellos les gusta ser escuchados, y que le emociona cuando alguna actividad da un buen resultado, especialmente si la decisión la tomó él o ella. Siento que aún tengo mi límite con respecto al desayuno de los hijos y de los padres, pero sé que al final lo lograremos, por eso es necesario un replanteamiento de los objetivos y la respectiva*

planificación para trabajar en las próximas visitas” (Blog 6).

Gracias a la planificación de objetivos junto a la familia, y a las actividades de rutina que habían de incorporarse en su diario vivir, la familia de Sandro y su hermano como se muestra en el Blog 5, estaban realizando y cumpliendo con el programa. *“Cuando estábamos en la sala, los niños nos enseñaron el cartel de registro de comportamiento y actividades, ellos querían que lo viéramos, pues lo habían seguido trabajando según las indicaciones dadas en la semana anterior, pude notar que habían actividades en el registro completamente realizadas durante la semana como otras que no”.*

En el Blog 4 podemos registrar los padres de Sandro, van tomando decisiones correctas en el manejo de su economía, lo que mejora su calidad de vida. *“Pese a los pocos recursos económicos con los que ellos cuentan y las competencias parentales que van fortaleciendo poco a poco, tratan de darle lo mejor a sus hijos en lo que se refiere a educación, alimentación, salud, etc.”.* Ellos dan cuenta con sus acciones que definen prioridades de la familia y benefician a los menores de la casa, aunque hay algunos aspectos que deben seguir mejorando.

En el Blog 6 que corresponde a la semana 7, la mamá de Sandro manifiesta que siente la necesidad de tener un acercamiento a su hijo, para mejorar el control de esfínteres en la noche, y ponerse de acuerdo con los adultos que rodean al menor, ella sabe que tiene que tomar una decisión. *“Pese a toda estas buenas noticias, la mamita manifestó que cuando pasan con la abuela, el hijo menor aún se orinaba la cama. Le pregunté cómo creía ella que podríamos mejorar esta situación y contestó que creía que podría hablar con el niño, porque los adultos que lo cuidaban harían caso omiso al tema” (Blog 6).*

La mamá de Sandro ha llegado a tener una mejor actitud a la hora de corregir a sus hijos, pero lo más importante, es que Sandro, está más unido a ella ya que ambos cantan en varias ocasiones, ella le ayuda y obliga a que pronuncie mejor cuando ve que si lo puede hacer. Sin

dejar de un lado al hermano, cada vez que él tiene sus rabietas o grita, la mamá sabe cómo manejar esos momentos. ya que comenta: *“Siento que ya no alzo tanto la voz a mis hijos, como lo hacía antes cuando llegaba a la desesperación. Creo que debo mejorar, enseñar más valores a ellos, pero se están portando mejor. El lenguaje de Sandro ha mejorado, ahora canto con ellos, y si él pronuncia mal una palabra le exijo que lo vuelva a repetir hasta que pronuncie y se esfuerce por hacerlo mejor, el hermano mayor cuando está haciendo sus berrinches con llantos y gritos, ya no le presto atención”* (Blog 6). Aún existen actitudes de los hijos que no están correctas, pero que la seguridad, confianza y toma de decisiones de la mamá ayudará mucho en llevar la armonía dentro del hogar y esto causará un impacto positivo en sus vidas, tomando las decisiones correctas, para el sano desarrollo de sus hijos. En el mismo Blog 6: *“Cuando le pregunté si habían surgido nuevas preocupaciones, ella contestó que no, y que siente que las cosas se están poniendo mejor, incluso que Sandro no orinaba su cama, ya que estaba haciendo como se le había sugerido en visitas anteriores, pues no debían ingerir bebidas pasadas las 7pm, y que vayan al baño antes de dormir”*.

En la *Entrevista Final* Sandro ha mejorado mucho en su Lenguaje, la mamá destaca esto de una manera muy feliz. *“En el área de lenguaje, en el..., más o menos un poco en el comportamiento, pero lo que a mí más más así me importaba de que él, o sea, de que yo pensaba que no iba a salir de ahí es de lenguaje o sea si vi que si pude y que si se puede ir avanzando poco a poco”*. Como se pudo expresar anteriormente, hubo un avance notorio, durante toda la intervención. A continuación, se detalla el último test de Screening realizado a Sandro, el mismo que denota su avance en el desarrollo.

Tabla 6

Resultados de Screening de Sandro

Antes	Después
-------	---------

Personal Social:	3 años 2 meses	3 años 4 meses
Adaptativa:	3 años 7 meses	4 años 2 meses
Motora Gruesa:	4 años 2 meses	4 años 2 meses
Motora Fina:	4 años 0 mes	4 años 9 meses
Motora:	4 años 1 mes	4 años 8 meses
Receptiva:	2 años 9 meses	3 años 5 meses
Expresiva:	3 años 1 mes	3 años 5 meses
Comunicación:	3 años 0 meses	3 años 3 meses
Cognitiva:	3 años 0 meses	3 años 3 meses

Sandro y su hermano realizaron un excelente trabajo; en diferentes necesidades lograron avanzar de manera gratificante en su desarrollo con la colaboración de los padres apoyados por las investigadoras. La mamá empezó a darse el tiempo necesario como familia, programar los gastos y tener autoridad al dirigirse a sus hijos, sin dejar a un lado su afecto y amor.

En la entrevista final se pudo notar el nivel de satisfacción de la mamá. Lo que se detalla a continuación a través de las fotos escogidas por ella:



“Para mi representa ‘tiempo para mis hijos’, representa tiempo, espacio, que solo y atención solamente para ellos para nadie más, un día para ellos.”



“Si salir es que el papá también se integre a la familia, que esté más y que nos dé más tiempo a nosotros también, a los a los bebes y a la familia, que se integre a la familia.”



“Ese día fue otro día especial, súper especial, que fue para fin de año que nunca habíamos cenaba en familia, nuestra casa los cuatro.” La madre escogió esta foto porque era un logro para ella el haberse unido más como familia y tener más seguido esta clase de momentos como el cenar juntos en la mesa, ya que en esos pequeños hábitos de la vida diaria estaban fallando.

En la siguiente tabla se muestran los resultados que se obtuvieron en la escala de calidad de vida familiar. Las marcas de color rojo corresponden a la evaluación de inicio y las de color negro a la evaluación final, en lo que se visualiza el avance en cada uno de los ítems. En esta escala se resaltan los aspectos más importantes.

Tabla 7**Escala de Calidad de Vida Familiar Sandro**

Dimensiones	Inadecuado 1	Parcialmente Adecuado 2	Adecuado 3	Muy Adecuado 4	Excelente 5
Interacción Familiar					
Capacidad de la familia para resolver problemas de manera conjunta	X		X		
El tiempo de la familia para estar con el niño			X	X	
Rol Parental					
Participación de nuestro hijo en las rutinas de la casa	X		X		
El comportamiento de mi hijo es	X	X			
El grado de acuerdo entre los miembros de adultos de la familia en lo referente a cómo criar al niño es:	X			X	
Bienestar Emocional					
El juego de nuestro hijo con otros juguetes es	X		X		
Bienestar Físico y Material					
La capacidad de la familia para hacer frente a los gastos	X		X		
La salud de nuestro hijo es		X	X		
Apoyos a la persona con discapacidad					
El conocimiento de nuestra familia sobre la forma en que aprenden los niños como el nuestro es		X		X	
La habilidad de nuestro hijo para participar adecuadamente en excursiones o salidas(cine, zoo etc)		X		X	

En los ámbitos de la escala, se inician con una moda de 1 (inadecuado) y terminan con una moda de 3 (adecuado). El mayor incremento se observa en los ítems que pertenecen al ámbito de interacción familiar y rol parental. Tales puntos coinciden con lo reflexionado en

los diarios (Blogs) y lo que manifestado por los familiares en la Entrevista de Cierre.

CONCLUSIONES, DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Se analizan las conclusiones de la investigación en el intento de responder críticamente a las preguntas de investigación planteadas.

El Modelo Basado en Rutinas, es altamente estructurado y permite al profesional guiarse para realizar una intervención que apoye al empoderamiento familiar. Para lograr el desarrollo de competencias en la práctica profesional fue necesario aprender el manejo de estrategias pedagógicas y técnicas propias del Modelo Basado en Rutinas. El enfoque de intervención acoge los principios de las Prácticas Centradas en la Familia que se orientan a fortalecer las competencias parentales, poniendo las necesidades de las familias en el centro de la intervención (McWilliams, 2016). Algunos de los principios que debe tener en cuenta el profesional en cada visita son: analizar, cuestionar, debatir acerca de la propia práctica, potenciar su análisis y conocimiento, y mantener una actitud constante de auto perfeccionamiento. Para ello, el profesional debe desarrollar procesos de reflexión en la acción (Medina et al., 2010).

Como investigadora se tuvo varios momentos para la reflexión durante y después de cada visita, estos momentos permitieron concientizar la necesidad de respeto a las costumbres, individualidades y el rescate de las fortalezas en las familias, ya que con estas se trabajó durante toda la intervención; pero también tomando en cuenta de que cada familia debía ser informada correctamente para que tengan opciones en el cambio de hábitos de sus rutinas. El aprendizaje del modelo se da a partir de las siguientes herramientas: la reflexión sobre la práctica con el uso del blog y los espacios de reflexión colaborativa que se dieron como parte del proceso de aprendizaje diseñado por las guías de la tesis.

A lo largo de la intervención las estrategias del modelo que dan cuenta del desarrollo de competencias profesionales en relación a las prácticas para trabajar con las familias desde un enfoque de intervención PCF, se relacionan con las siguientes subcategorías:

1. - Reflexión sobre la acción, la cual permite al profesional hacer un análisis de las actividades que se realizan durante la intervención y las consecuencias de las mismas. La formación de un profesional reflexivo implica que este tiene una capacidad de revisión crítica de su práctica, lo cual se ha aplicado a través del análisis en los blogs. Al respecto Espe-Sherwindt (2008) señala la importancia de incorporar reflexión en la formación de profesionales en este enfoque, por cuanto por muy estructurado que sea un modelo de intervención, éste se va a encontrar con que debe ser flexible en su aplicación para responder a la individualidad de cada familia. En este sentido, la reflexión sobre la acción corresponde a una de las estrategias pedagógicas que permitieron hacer una intervención efectiva. En las prácticas que realiza el profesional existe un conocimiento espontáneo en la acción, en ocasiones se enfrenta a resultados no esperados, lo que lleva al profesional a pensar sobre la misma acción (Medina et al., 2010). Cada visita aportaba nuevos desafíos, conocimientos, experiencias que el profesional debía afrontar, y con los conocimientos previos se dio valor a las situaciones y decisiones que se afrontó (Blog 6, Blog 11).

2.- Trabajo colaborativo, que se basa en el trabajo conjunto del profesional con otros profesionales de soporte. En el modelo de intervención centrado en la rutina se da énfasis en el trabajo de la familia con un sólo profesional, debido a que se considera que el exceso de profesionales fragmenta la atención y genera mayor estrés en las familias al momento de responder a todas las citas y orientaciones varias. No obstante, este profesional no actúa solo, tiene un equipo de soporte con el que consulta los casos (McWilliams, 2016). El profesional plantea las inquietudes con el resto del equipo para responder mejor ante cada situación. El trabajo colaborativo se vio reflejado en la indagación personal y también colectiva, en su

formación y orientación, sobretodo en el acompañamiento durante el proceso investigativo (Saiz, 2016). Este acompañamiento facilitó la comunicación activa entre la profesional y las principales cuidadoras de las familias, ya que mientras una intervenía, la otra compañera compartía, jugaba o entretenía a los menores cuando ellos estaban presentes, inquietos o no permitían esta conversación fluida e importante.

3.- Intervención con las familias, que denota la importancia de involucrar todo el entorno del niño. Cambiar de foco de atención, requiere acompañamiento y una actitud permanente de revisión de prácticas. En los casos atendidos se evidencia el involucramiento de la familia en la intervención. La teoría indica que con la aplicación de los modelos centrados en la familia, se espera que los profesionales consideren a la familia con igualdad y se propone empoderar a las familias para que sean capaces de tomar decisiones (Cañadas, 2012; García-Sánchez et al., 2014; Giné et al., 2009). En los resultados se observan cambios significativos en la Escala de Calidad de Vida Familiar de las dos familias.

El modelo del trabajo centrado en las familias está caracterizado por tener a la familia como apoyo (Giné et al, 2009). En este sentido, las intervenciones que se llevaron a cabo permitieron que la familia llegue al aprendizaje oportuno con el objetivo de que tomen sus propias decisiones. Las intervenciones, como en la familia de Sandro, tuvieron objetivos puntuales como trabajar con su problema de lenguaje y comunicación. Se notó el trabajo en la familia en la iniciativa de la mamá de realizar actividades orientadas al desarrollo del lenguaje de su hijo. Caso similar pudo notarse en el caso de Dorian, en el cual su hermana iba tomando decisiones que mejoraban la calidad de vida de su familia, poco a poco, tanto para ella como para su hermano. Todas las intervenciones realizadas fortalecieron y desarrollaron en los cuidadores principales competencias parentales (Blog 11).

En lo que corresponde al proceso investigativo, éste desarrolló en el profesional

competencias que tuvieron un impacto positivo en el desempeño de la intervención. Entre ellas la escucha activa que, por citar un ejemplo, permitió una correcta identificación de dificultades y limitaciones que tenían las familias. Este principio básico de carácter actitudinal, como también formativo, fue necesario en cada visita (Giné et al., 2009).

Es preciso resaltar la importancia de las preguntas de la Guía de Vanderbilt, a través de la cual se podía indagar sobre la forma en las familias manejaban las situaciones del diario vivir. Esto permitió que el profesional mantenga una actitud de respeto, escuchando activamente al cuidador principal, manteniendo la comunicación activa, reflexionando acerca de sus necesidades e inquietudes, y brindando el apoyo y guía adecuados, como se puede ver en los resultados, a las dos familias en su rol parental.

Desarrollar prácticas participativas constituyó un desafío para una intervención centrada en la familia, por cuanto, como se ve en el transcurso de la intervención, como profesional es necesario aprender a escuchar a las familias y apoyarlas para que se sientan en capacidad de tomar decisiones. Para ello uno también debe evitar apresurarse o tomar decisiones por ellas. Esto va en correlación con lo que plantean Giné et al. (2009). La práctica debía llevar a las madres a tomar decisiones previamente informadas, siendo ellas agentes activos y colaboradores, desarrollando nuevas habilidades. Un ejemplo de las prácticas participativas pudo observarse en la familia de Dorian cuando la hermana decidió cambiar un hábito de su rutina mejorando su estado de salud, y ánimo, desencadenando una mejor relación con su hermano. De la misma manera en el caso de la familia de Sandro, gracias al PIAF, la mamá incluye actividades en sus rutinas diarias, lo que mejora la actitud de los dos menores y la disposición de ambos padres.

El rol que debe tener cada maestrante debe ser profesional, y contar con principios que establezcan y aseguren la colaboración de los padres. “Estos principios deben ser:

comunicación activa, competencia profesional, respeto, compromiso, igualdad, defensa de los derechos y confianza” (Giné et al., 2009, p. 104). El equipo trabajó de manera interdisciplinaria, con un horario flexible y disponible a los cambios de la familia, para esto como educadora de párvulos, experiencia estaba dentro del salón, sin embargo las herramientas que proporciona el Modelo permitieron que se realicen las visitas en los hogares, también se mantuvo una actitud positiva que facilitó la relación entre profesional y las cuidadoras principales de cada familia. Inicialmente no fue fácil hallar empatía con la familia, pero esto fue superado eventualmente. El reflexionar sobre las emociones y experiencias, y discutir estas emociones e impresiones con el grupo, a la vez que se revisaba la teoría, puede haber incidido en la toma de conciencia para generar una relación de empatía con la familia.

Por último, y no menos importante, es la incidencia del modelo en las familias. Esto se refleja en el empoderamiento de la familia y el desarrollo en algunas áreas del niño. En la Escala de Calidad de Vida Familiar y en las entrevistas se constata que las familias se sienten más capacitadas, con mejor información, mejor capacidad de integrarse con el entorno familiar y comunitario, el empoderamiento permite que la familia obtenga conocimientos, recursos y habilidades para el control positivo y mejora en su calidad de vida, elementos que se plantean como signos del empoderamiento (Dunst , 2015).

En los resultados las dos familias toman decisiones que contribuyen al desarrollo de sus niños en el marco de la rutina cotidiana. A través del diálogo se constata que esto causa un alto nivel de satisfacción. En el caso de la familia de Sandro, el niño mejora a la hora de dormir, cuenta con diferentes recursos y experiencias que optimizan su desarrollo en su comunicación y pronunciación. También Dorian mejora su actitud y sus hábitos en las comidas, lo que era una gran preocupación para la hermana; ambos tienen nuevas actividades

en las que participan juntos y se refleja la mejoría en su relación. En los dos casos se observa que la familia al lograr alcanzar los objetivos planteados, va desarrollando un sentido de competencia y satisfacción por mejorar sus interacciones cotidianas.

Finalmente es importante recalcar, que cada familia es diferente y debe tener un trato específico. Hubo aspectos que no se trataron durante la intervención debido a la realidad que se iba enfrentando semana a semana, como el aspecto emocional de la hermana de Dorian, sin embargo es necesario que se informe y mantenga el seguimiento a la familia para que pueda hallar ese fortalecimiento y empoderamiento que requiere. Así mismo la familia de Sandro, cuyos padres jóvenes están deseosos de aprender en cada momento.

El modelo es flexible e individualizado, esto implica que el profesional debe sensibilizarse para proponer y apoyar a las familias a alcanzar logros que les sean significativos y viables; tal como lo menciona Cañadas en los principios fundamentales de los programas de apoyo a la familia, Cañadas (2012). Cada instrumento fue una herramienta útil en cada intervención, de manera especial la guía Vanderbilt, y las reflexiones en el blog, fue un apoyo a la reflexión sobre la acción.

Como recomendaciones para estudios futuros usando como referente este Modelo de intervención centrado en las rutinas y en entornos naturales se debe considerar en primer lugar extender el tiempo de trabajo con las familias, para poder ver los cambios y logros que se van obteniendo durante todo el proceso y así poder profundizar en la reflexión sobre la práctica. En segundo lugar, se recomienda incorporar, una muestra mayor en diferentes espacios y contextos que permitan dar validez al generalizar los resultados que se vayan observando al inicio, durante y al final del proceso investigativo. Como tercera recomendación para un posible estudio de un proceso de aprendizaje del profesional es

necesario que se realice e incluya en el marco institucional y sirvan de esta manera a futuras investigadoras y co-investigadoras.

Bibliografía

- Arévalo, A. (2010). La experiencia de sí como investigadora. En *Investigar la experiencia educativa*. José Contreras y Nuria Pérez de Lara (Comps.), p.188 – 198. Madrid: Ediciones Morata
- Constitución de la República del Ecuador* [Const.] (2008), [Vigente].
- Bernard Van Leer Foundation. (2009). *La Primera Infancia en Perspectiva: Programas eficaces para la Primera Infancia*. Milton Keynes - Reino Unido: The Open University. Obtenido de La Primera Infancia en Perspectiva: Programas eficaces para la primera infancia: [http://www.iin.oea.org/pdf-iin/RH/Programas_eficaces_para_la_primera_infancia\[1\].pdf](http://www.iin.oea.org/pdf-iin/RH/Programas_eficaces_para_la_primera_infancia[1].pdf)
- Bronfenbrenner U. (1986). *Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives*.
- Brown, I., & Brown, R. I. (2014). *Family Quality of Life*. Northern British Columbia: Springer Netherlands.
- Cañadas, M. (2012). *La familia, principal protagonista de los centros de desarrollo infantil y atención temprana*. Edetania, 133 - 134.
- Dempsey, I., & Dunst, C. J. (2004). *Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability*. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29 (1), 40-51
- Dunst, C. (05 de 2015). *Improving the Design and Implementation of Inservice Professional Development in Early Childhood Intervention*. Journal of Intellectual &

Developmental Disability, 40-51.

Dunst, C. J., & Dempsey, I. (08 de 2007). *Family–Professional Partnerships and Parenting Competence, Confidence, and Enjoyment*. *International Journal of Disability, Development and Education*, 305-318.

Espe-Sherwindt M. (2008). *Family centred practice: collaboration, competence and evidence*. Support for Learning. Tallmadge, OH, USA.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Barcelona.

García-Sánchez, F., Escorcía, C., Sánchez-López, M., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana Centrada en la Familia. *Revista Siglo Cero* 1. 1 – 19.

Giné, C., Balcells, A., Simó, D., Font, J., Pro, M., Mas, J., & Carbó, M. (2011). *Necesidad de apoyo de las familias con personas con discapacidad intelectual de cataluya*. Apoyo y orientación para la intervención. *Siglo cero*, 23.

Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., & Balcells, A. (2009). *Trabajar con las Familias en Atención Temprana*. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 95-113.

Giné, C., Vilaseca, R., Gràcia, M., Simón, C., Dalmau, M., Salvador, F., Mas, J. (2013). Las escalas de calidad de vida familiar (cdvf-e), apoyo y orientación para la intervención. *Siglo cero. Revista española sobre discapacidad intelectual*, 21 - 36.

Granada, P., & Domínguez, E. (2012). Las Competencias Parentales en contextos de desplazamiento forzado. *Psicología desde El Caribe*. 15-29.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la*

Investigación. McGraw-Hill. México.

Hoel, P., & Jessen, R. (1983). *Estadística Básica para Negocios y Economía*. CECSA.

King, G. P., & Chiarello, L. P. (05 de 2014). *Family-Centered Care for Children With Cerebral Palsy*. *Infants and Young Children*, 22 (3), 211 – 223.

Lind, D., Marchal, W., & Wathen, S. (2012). *Estadística Aplicada a los Negocios y Economía. Quinta Edición*. McGraw Hill, México.

Mas, J. M., Giné, C. P., & McWilliam, R. A. (12 de 2016). *The Adaptation Process of Families With Children With Intellectual Disabilities in Catalonia*. En C. Cristóbal, A. Fornol, C. Ginè, J.M. Mas & Pegenaute, M. (Coord.). *La Atención Temprana, un compromiso con la infancia y sus familias*. Barcelona: UOC.

McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. 5ta edición. Madrid. Pearson Educación.

McWilliam, R. P. (2010). *Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore: Paul H. Brookes.

McWilliam, R. (2016). *Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia*. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 133 - 153.

McWilliam R., Casey Amy & Sims Jessica (2009). *The Routines-Based Interview: A Method for Gathering Information and Assessing Needs*. *Infants and Young Children*, 224 – 233.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). *Norma Técnica de Desarrollo Infantil Integral. Servicios de Desarrollo Infantil. Modalidad Domiciliaria: Creciendo con Nuestros Hijos*. Quito.

- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). *Norma Técnica para Discapacidades. Servicios para Personas con Discapacidades*. Quito.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). *Norma Técnica de Desarrollo Infantil Integral. Servicios de Desarrollo Infantil. Modalidad Institucional CIBV - CDI*. Quito.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*. www.who.int/es
- Peralta, F., & Arellano, A. (2010). *Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación*. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1339-1362.
- Pretis, M. (10 de 2010). *Meeting the Needs of Parents in Early Childhood Intervention: The Educational Partnership With Parents—Good Practice and Challenges*. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-1130.2011.00292.x/epdf>
- Sadurni, M., Rostán, C., & Serrat, E. (2008). *El desarrollo de los niños, paso a paso*. Barcelona: UOC.
- Sallés, C., & Ger, S. (s.f.). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, n.º. 49, p25 p47.
- Saiz, Á. (2016). *El practicum como un proceso de reflexión e indagación colaborativa. Propuesta de un modelo de formación docente*. Tesis de Maestría. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8599/Tesis%20ASL.pdf?sequence=1>
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017*. Obtenido de

http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf

Sierra, E., Caparrós, E., & Díaz, N. (2016). Nuevas miradas en investigación educativa: indagar pedagógicamente la experiencia. *International Journal of Educational Research and Innovation*. Vol 3. 34 - 57

UNICEF. (2015). *La inversión en la primera infancia en América Latina*.

https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf

UNICEF. (2013). *El Estado Mundial de la Infancia* . Obtenido de

https://www.unicef.org/spanish/sowc2013/files/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf

Urzúa, A., Godoy, J., & Ocayo, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Child Pediatric.*, 82 (4), 52 - 71

Verdugo, M. A., Rodríguez, A., & Sainz, F. (06 de 2012). *Escala de calidad de vida familiar*.

Obtenido de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26164/herramientas_6.pdf

Wilson, L. L., & Dunst, C. J. (07 de 2005). *Checklist for Assessing Adherence to Family-Centered Practices*. Vol 1. 15 – 29.

Zuna, N., Turnbull, A. & Summers J. (2009). Family Quality of Life: Moving From Measurement to Application. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Beach Center on Disability, University of Kansas, 6 (1), 25–31.

ANEXOS

Anexo 1: PIAF

OBJETIVOS : SANDRO

Cosas que Sandro no logra

- No distingue las conductas aceptables de las no aceptables
- No actúa como líder en relación con sus compañeros
- No responde a preguntas lógicas sencillas
- No completa analogías opuestas.

Preocupaciones

- Pronunciación y lenguaje oral
- Salidas con el papá
- Competencias parentales, impartir valores, buena crianza, aprender a ser mejores padres.
- Darles un buen desayuno.
- Compras de la Navidad

Crianza: Ser buena en la crianza de mis hijos, aprender qué hacer	
Valores: que mis hijos tengan valores, que respeten, que sean honorables, que sean confiables	3
Deudas, Economía	
Terapia de Lenguaje y Psicológica	1
Fuera de casa, salidas con el papá	2
Comidas: Desayuno, poder darles un buen desayuno	4
Navidad	5

Necesidad	Que distingan las conductas aceptables de las no aceptables.
-----------	---

Objetivo General	Autonomía y Desarrollo Personal y Social
Objetivo específico	Sandro y Hugo deberán seguir el patrón de orden de de las actividades de rutinas especificadas en el cartel.
Indicadores	Sandro y Hugo se preocupan por cumplir las responsabilidades del día.
Actividades	<p>Se entregará un cartela la familia, en el que se especificarán las rutinas que deben seguir los dos hermanos, papá y mamá, para que todos estén involucrados.</p> <p>Papá o mamá será encargado de calificar en el indicador de logro con una carita feliz o vistos, las actividades realizadas, de lunes a viernes.</p> <p>Fines de semana es más flexible el horario, sin embargo, serán los días que llevarán a jugar al parque o alguna salida de interés a los niños como premio de todo lo realizado y alcanzado durante la semana.</p>

Necesidad	Que actúe como líder en relación con sus compañeros.
Objetivo General	Desarrollo Personal y social
Objetivo específico	Que Sandro logre ganar la atención y dirigir ciertos juegos.
Indicadores	Sandro y Hugo respetan sus días de líder.
Actividades	<p>Que Sandro y Hugo se turnen por días los juegos, películas y programas deseados, alternando al siguiente día, en todas las actividades que desean realizar, desde la mañana en la elección de la ropa, hasta la noche, darles un día de importancia a cada uno.</p> <p>Mamá y papa deben ayudar en hacer cumplir durante las primeras semanas lo que desea el uno o el otro, hasta que sepan que a uno le tocará elegir un día y al día siguiente al otro.</p>

Necesidad	Que responda a preguntas lógicas sencillas
-----------	---

Objetivo General	Desarrollo del área cognitiva
Objetivo específico	Mantener una comunicación con los dos hermanos, respetando turnos, y preguntando y respondiendo cosas lógicas aumentando el nivel de dificultad.
Indicadores	Los hermanos responden preguntas sencillas con mucha coherencia y veracidad.
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> ● Preguntas que no deben faltar en el día a día a los dos hermanos. Siempre de información, nunca de sí o no. <ul style="list-style-type: none"> · Cómo amaneciste? · Qué vas a hacer en la escuela? · Con quién vas a jugar? A qué? · Qué pasa si te portas mal con tus compañeros, tu profesora o la abuelita? · Quién es tu mejor amigo? · Que hiciste en la escuela? · Cómo te portaste? · Que te enseñó la profesora? · Qué se hace antes de comer? · Con quién jugaste y a que?, si dice otro nombre diferente al de la mañana, preguntar porque no jugó con el amigo o amiga que había dicho antes? · Que van a hacer apenas lleguemos a la casa? <p>Las preguntas pueden ir variando pero lo importante es que durante el día se conecta lo que ellos dijeron en el pasado y lo que dicen en el presente o el momento que les preguntan.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Contar cuentos todas las noches antes de dormir, no matar la historia, simplemente contar y agregar los valores que desea enseñar. Por ejemplo un cuento inventado de un niño que respetaba a sus mayores. <p>Mientras le cuentan debe haber contacto físico, sobarlos, rascarles su cabeza,etc.. Sino sabe, puede ser audiocuentos, pero nunca en videos solo que escuchen el audio, y nada más.</p>

Necesidad	Que responda a las analogías opuestas
-----------	--

Objetivo General	Desarrollo Cognitivo
Objetivo específico	Que Sandro y Hugo acierten a las analogías opuestas..
Indicadores	Sandro y Hugo responden correctamente a las analogías.
Actividades	Que Sandro y Hugo vean videos en youtube de analogías opuestas, para que primero les interese visual y auditivamente. https://www.youtube.com/watch?v=OJp5z_6COc https://www.youtube.com/watch?v=X5dmBh9VsCA “Tiempo dúo del sol” “CantaJuego”.

Necesidad	Que pronuncie y vocalice bien las palabras
Objetivo General	Desarrollo de Comunicación receptiva y expresiva
Objetivo específico	Que Steven y Henry comprendan y expresen correctamente las ideas, usando bien el lenguaje oral
Indicadores	Sandro pronuncia pronuncia bien de manera gradual las palabras familiares. Henry va distinguiendo letras conocidas.
Actividades	Rotular dependencias de la casa y objetos más utilizados. Preguntar que dice ahí. preguntar que letras conocen.

Necesidad	Que desayunen bien.
-----------	----------------------------

Objetivo General	Que desayunen en casa
Objetivo específico	Que se ajuste horario para poder realizar el desayuno en casa.
Indicadores	Henry Steven y padres tienen su primer momento del día juntos como familia en el desayuno.
Actividades	Acostar más temprano a niños levantarse más temprano para preparar desayuno en casa. Servirles el desayuno, conversar de lo que piensan hacer en el día. Organizar tiempo para que se de este momento como familia, desgranando a todos los miembros una responsabilidad.

Objetivos pendientes:

- Salidas con el papá
 - Compras de la Navidad
-

Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD CASA GRANDE – DIRECCION DE INVESTIGACION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a los padres de familia de niños con discapacidad o en situación de riesgo que acceden a colaborar en un proyecto de investigación-acción que incluye intervención en estimulación temprana con su hijo/a y su familia, a realizarse en el entorno familiar por un equipo de maestrantes de la carrera de Desarrollo Temprano y Educación Infantil de la Universidad Casa Grande.

Esta intervención forma parte de un proceso de investigación –acción que lideran las docentes Marcela Frugone, Ms.Ed., Fresia Rodríguez, Ms.Ed y Andrea Sotomayor, Ms.Ed. Los resultados de esta intervención deben ayudarnos en los procesos de formación de las estudiantes y a comprender cómo mejorar los sistemas de atención a las familias de niños con discapacidad o en situación de riesgo.

PARTE I: INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

Reconocer los procesos de formación de profesionales en el trabajo centrado en la familia y en el hogar (entorno) y reconocer la valoración que tienen los padres de familia sobre esta modalidad de intervención.

Los beneficios que mi familia puede esperar del proyecto son:

- Comprender con mayor claridad la discapacidad de mi hijo/a.
- Descubrir recursos que permitan favorecer el desarrollo del niño y del entorno.
- Apoyar mediante diversas actividades el desarrollo de mi hijo.
- Favorecer procesos de interacción familiar en torno al desarrollo de mi hijo.

Los potenciales riesgos de la intervención:

- La intervención es supervisada por docentes de la Universidad Casa Grande.
- No se definen riesgos en esta intervención,

Selección de participantes y modalidad de participación.

Se lo invita a participar por dos motivos: (a) tiene un niño(a) entre 0 y 5 años con discapacidad, atraso en su desarrollo o en situación de riesgo, y, (b) tiene la disponibilidad e interés de recibir atención personalizada para su familia e hijo en su hogar.

Su participación es voluntaria y gratuita.

Solicitamos su compromiso por cuanto, el trabajo que realice el equipo de estudiantes con ustedes, es supervisado y acompañado como parte de su proceso de titulación.

Usted puede retirarse en cualquier momento del proceso, sin embargo, se pide su

compromiso para que se mantenga en el proceso.

Procedimiento de participación:

Luego de su aceptación para participar, las estudiantes trabajarán con ustedes una vez a la semana, en horarios acordados previamente, en su entorno familiar. Durante estas visitas se realizarán evaluaciones, planes de intervención que procuren orientar a su niño y a ustedes como padres de familia o representantes del niño en todos los aspectos relacionados a su atención y cuidado.

Los investigadores contestarán cualquier pregunta adicional sobre la investigación, ahora o en el curso del proyecto.

Duración:

Este proceso se desarrollará entre el mes de octubre del 2016 y febrero del 2017

Se plantea la realización de 12 visitas al menos en este período.

Confidencialidad de datos:

Las estudiantes recogerán la información y la documentaran, guardando el anonimato, en un blog que registrará los diversos avances del proceso. La información que se recoja no incluirá datos de identificación de la familia.

Algunas entrevistas serán grabadas y registradas (audio y/o video). El acceso al material audiovisual se limitará a los investigadores. Se almacenarán en un lugar seguro y serán destruidas un año después de concluido el estudio. Se realizarán transcripciones de las entrevistas, en las que la identidad será resguardada a través de un seudónimo o número de codificación.

Su hijo/a y Ud. podrán retirar su consentimiento en cualquier momento sin penalización y acceder a los resultados de la investigación, así como también, eliminar los registros de investigación en la medida en que pueda ser identificado como su hijo/a.

Dentro de la investigación se solicita la toma de fotografías, usted autoriza el uso de las mismas con fines de investigación. Si se toman fotos de personas menores de edad, son sus hijos o familiares más cercanos y tienen autorización de sus padres para participar en esta investigación.

Socialización de los resultados: Los resultados de la presente investigación tienen varios fines:

- a. Presentarse en congresos y revistas académicas para que se contribuya a conocer más sobre los procesos de atención a padres de familia de niños que requieren servicios de atención temprana.
- b. Sensibilizar a la opinión pública y autoridades sobre la realidad de las familias de personas con discapacidad y su lucha por la inclusión.

Estos fines son académicos y no comerciales.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO:

He sido invitado a participar en la Investigación Acción sobre Modelo de Trabajo Centrado en las Rutinas y Contextos Naturales. Entiendo que mi hijo/a y mi familia recibirá atención domiciliaria desde el mes de octubre del 2016 y enero del 2017, en horarios a convenir, una vez a la semana. La atención que se brinde a mi hijo/a y mi familia se orienta a promover el desarrollo integral de mi hijo/a y apoyarme con información y capacidad para su trato.

Dentro de la investigación se solicita que tome fotografías, autorizo el uso de las mismas con fines de investigación. Si tomo fotos de personas menores de edad, son mis hijos o familiares más cercanos y tienen autorización de sus padres para participar en esta investigación

Sé que esta participación es voluntaria y no recibiré bonificación, ni retribución económica por la misma.

Se que me puedo retirar en cualquier momento, sin embargo, me comprometo a participar conociendo los beneficios que implica para mi familia.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador para tomar contacto en caso de dudas.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Investigador/estudiante a cargo _____

Anexo 2: Guía de Vanderbilt

Guía de Visitas domiciliarias (Vanderbilt)

R.A.McWilliam ©2004 (Adaptación autorizada Centro UCV)

Indicaciones

La intención de esta guía de visitas domiciliarias es dar una estructura a los profesionales de atención temprana que les sirva de apoyo en las visitas domiciliarias, de modo que éstas atiendan las necesidades funcionales de los niños y de sus familias. Este documento sirve de guía al profesional para hablar con la familia sobre aspectos de la vida familiar que forman parte de la atención temprana en entornos naturales.

El proceso es aplicable a todas las disciplinas. Cada visita domiciliaria es conducida por profesionales que tienen un rol transdisciplinar desarrollado a través de un servicio de atención primaria. Los profesionales que tienen una disciplina específica en las visitas domiciliarias (ej: fisioterapeuta) tendrán que adaptar esta guía.

A través de la visita domiciliaria, el profesional debe proporcionar apoyo emocional de la siguiente manera:(Mc William, Tocci, & Harbin, 1998)

- Destacar lo positivo del niño y los miembros de su familia.
- Tener capacidad de respuesta a las solicitudes abiertas o encubiertas de la familia.
- Orientar al conjunto de la familia, especialmente a los cuidadores principales del niño.
- Ser cordial y amable.
- Ser sensible y cuidadoso al hablar con la familia.

En algún momento, durante la visita domiciliaria es probable que sea apropiado detenerse y proporcionar información acerca de cómo hacer algo con el niño (en el contexto del debate sobre las rutinas regulares, por supuesto), tal y como dice esta Guía.

Guía general

- 1. ¿Cómo han ido las cosas?**
- 2. ¿Hay algo nuevo que queráis contarme?**
- 3. ¿Cómo han ido las cosas con cada objetivo cumplido en el PIAF, por orden de prioridad?**
- 4. ¿Hay algún momento del día en el que las cosas no van bien?**
- 5. ¿Qué tal con (miembro de la familia)?**
- 6. ¿Habéis tenido alguna cita durante la semana pasada? ¿Tenéis alguna próximamente?**
- 7. ¿Tenéis suficientes o demasiadas tareas que hacer con vuestro hijo?**

Impresión inicial

¿Cómo han ido las cosas?

La pregunta inicial es abierta para dar a La familia la oportunidad de establecer la agenda de visitas.

Seguimiento

1. Las 4 claves: escuchar, incitar, empatizar, implicar.
2. ¿Necesitas alguna información que le ayude con esto?
3. ¿Deberíamos resolver esto?
4. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

Nuevas cuestiones o preocupaciones

¿Hay algo nuevo que quieras comentarme?

Esta pregunta es un poco más específica, dando a la familia la oportunidad de pensar sobre nuevos temas, habilidades, problemas, etc.

Seguimiento

5. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
6. ¿Necesitas alguna información?
7. ¿Deberíamos resolver esto?
8. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

Objetivos alcanzados, por orden de prioridad

Los objetivos deben corresponder a las necesidades funcionales identificadas por la familia. Esto se consigue mejor a través de la evaluación de las rutinas, tal como la Entrevista basada en rutinas (McWilliam, 1992), en lugar de o además de la evaluación del desarrollo. Este tipo de evaluación tiende a ofrecer entre 6 y 10 objetivos bastante específicos y funcionales del niño y su familia. Es útil que las familias organicen los objetivos por orden de prioridad y que su consecución siempre se discuta en el contexto de las rutinas.

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 1]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

9. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
1. ¿Necesitas alguna información?
2. ¿Deberíamos resolver esto?
3. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 2]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

4. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
5. ¿Necesitas alguna información?
6. ¿Deberíamos resolver esto?
7. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 3]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

8. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
9. ¿Necesitas alguna información?
10. ¿Deberíamos resolver esto?
11. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 4]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

12. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
13. ¿Necesitas alguna información?
14. ¿Deberíamos resolver esto?
15. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 5]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

16. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
17. ¿Necesitas alguna información?
18. ¿Deberíamos resolver esto?
19. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 6]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

20. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
21. ¿Necesitas alguna información?
22. ¿Deberíamos resolver esto?
23. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 7]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

24. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
25. ¿Necesitas alguna información?
26. ¿Deberíamos resolver esto?
27. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Cómo han ido las cosas con [Nº. Prioridad 8]?

Comenta esto en el contexto de las rutinas.

Seguimiento

28. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
29. ¿Necesitas alguna información?

30. ¿Deberíamos resolver esto?
31. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

Rutinas problemáticas

¿Hay algo a lo largo del día que no vaya bien?

Esta pregunta ofrece a la familia la oportunidad de discutir una rutina que continua siendo poco satisfactoria.

Seguimiento

32. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
33. ¿Necesitas alguna información?
34. ¿Deberíamos resolver esto?
35. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

Otros miembros de la familia

¿Qué tal con (miembro de la familia)?

Esta pregunta refuerza a la familia el concepto de que el niño vive en un contexto familiar amplio.

Seguimiento

36. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
37. ¿Necesitas alguna información?
38. ¿Deberíamos resolver esto?
39. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

¿Ha tenido alguna cita durante la semana pasada?

¿Tiene alguna cita próximamente?

Estas preguntas ayudan a la familia a organizar la información que reciben de otros profesionales y a plantearse preguntas que podrían hacerle a otros profesionales.

Seguimiento

40. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
41. ¿Necesitas alguna información?
42. ¿Deberíamos resolver esto?
43. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

Carga de tareas relacionadas con la intervención

¿Tenéis suficientes o demasiadas tareas que hacer con vuestro hijo?

Esta pregunta demuestra tu sensibilidad y responsabilidad.

Seguimiento

44. Las 4 claves: escuchar, animar, empatizar, implicar.
45. ¿Necesitas alguna información?
46. ¿Deberíamos resolver esto?
47. ¿Quieres que te enseñe cómo podríamos hacerlo?

