



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Educación

Máster Universitario en Atención Temprana y Desarrollo
Infantil

Impacto de intervención sobre el empoderamiento familiar

Trabajo fin de estudio presentado por:	Yéssica Fernández Segarra
Tipo de trabajo:	Tipo 3b: Propuesta de Investigación – Enfoque Cuantitativo
Línea de trabajo (seleccionar una):	<input checked="" type="checkbox"/> Línea 1. La familia en Atención Temprana
Director/a:	Rosa Fernández Valero
Fecha:	20/07/2022

Resumen

Actualmente en nuestro país existen dos vertientes muy diferenciadas con respecto al tipo de intervención que se desarrolla en los centros de atención temprana. Por un lado, se mantiene el enfoque clínico, centrado en los déficits y en la rehabilitación de los mismos, donde se focaliza la intervención sólo en el menor. Por otro lado, se implementan prácticas centradas en la familia, donde la intervención se traslada a los entornos naturales y el agente principal de la misma es quien más tiempo pasa con el niño o la niña. Para lograr que las familias aprovechen las oportunidades de su contexto hay que capacitarlos mediante el empoderamiento familiar. Es por ello, que se ha diseñado un estudio mixto con el que se pretende medir el impacto que tiene el tipo de intervención que se lleva a cabo con las familias sobre su nivel de empoderamiento, para lo cual se comparan datos cualitativos obtenidos de un formulario sobre el tipo de intervención que se desarrolla en dos centros de atención temprana con datos cuantitativos obtenidos mediante una escala validada sobre el nivel de empoderamiento que presentan las familias que acuden a dichos centros. Además, se consideran otras variables que pueden interferir en el empoderamiento familiar, como el tipo de diagnóstico, el tiempo recibiendo el servicio de Atención Temprana o las actitudes profesionales. Tras la recogida y análisis de los datos, se obtienen resultados poco concluyentes acerca del impacto que ejerce la intervención sobre el empoderamiento puesto que son numerosas variables las que pueden interferir en el nivel de capacitación de familiar, además de la principal limitación que presenta el estudio ante el desequilibrio en la muestra de familias obtenida.

Palabras clave: Atención Temprana; Empoderamiento; Prácticas Centradas en la Familia

Abstract

Currently in Spain there are two very different approaches to the type of intervention developed in early childhood centres. On the one hand, the clinical approach is maintained, centred on deficits and their rehabilitation, where intervention is focused only on the child. On the other hand, family-centred practices are implemented, where the intervention is transferred to natural environments and the main agent of the intervention is the person who spends the most time with the child. In order to ensure that families take advantage of the opportunities in their context, it is necessary to enable them through family empowerment. For this reason, a mixed study has been designed to measure the impact of the type of intervention carried out with families on their level of empowerment, comparing qualitative data obtained from a form on the type of intervention carried out in two early childhood centres with quantitative data obtained from a validated scale on the level of empowerment of the families attending these centres. In addition, other variables that may interfere in family empowerment are considered, such as the type of diagnosis, the length of time receiving the early intervention service or professional attitudes. After collecting and analysing the data, inconclusive results are obtained regarding the impact of the intervention on empowerment, given that there are numerous variables that may interfere in the level of family empowerment, in addition to the main limitation of the study due to the imbalance in the sample of families obtained.

Keywords: Early Intervention; Empowerment; Family Centred Practices

Índice de contenidos

1. Introducción	8
1.1. Formulación y justificación del problema.....	8
1.2. Objetivos del TFE	10
2. Marco Teórico	11
2.1. Evolución de la Atención Temprana	11
2.1.1. Prácticas tradicionales.....	12
2.1.2. Prácticas centradas en la familia	13
2.2. Empoderamiento familiar.....	15
2.3. Rol del profesional de Atención Temprana	17
3. Metodología	19
3.1. Tipo de estudio	19
3.2. Participantes	20
3.3. Materiales – Instrumentos	21
3.3.1. Cuestionario de datos sociodemográficos	22
3.3.2. Escala de resultados familiares (FOS).....	22
3.3.3. Cuestionario de intervención en AT	23
3.4. Procedimiento de recogida de datos.....	24
3.5. Análisis de datos	25
4. Resultados	26
4.1. Discusión de resultados	33
5. Conclusiones.....	36
5.1. Limitaciones y prospectiva.....	37
Referencias bibliográficas.....	39
Anexo A. Cuestionario de datos sociodemográficos.....	43

Anexo B. Cuestionario de intervención en AT.....	46
Anexo C. Autorización Centro A	48
Anexo D. Autorización Centro B	49

Índice de figuras

Figura 1. Gráfico sobre las oportunidades de aprendizaje según el modelo de intervención.	14
Figura 2. Modelo para fomentar el desarrollo de capacidades familiares.	16
Figura 3. Gráfico de correlación entre tipo de intervención y empoderamiento familiar.....	30
Figura 4. Gráfico de dispersión representativo de la correlación existente entre el tiempo en AT y el empoderamiento familiar.....	32

Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos.....	26
Tabla 2. Datos sobre diagnóstico y tipos de diagnóstico.	27
Tabla 3. Medias de las puntuaciones obtenidas con la escala FOS.....	28
Tabla 4. Resumen de la muestra de profesionales participantes en el estudio.....	28
Tabla 5. Datos del tipo de intervención en AT según las respuestas de los profesionales.....	29
Tabla 6. Matriz de correlaciones entre los resultados de la Escala FOS y el tipo de intervención.....	30
Tabla 7. Resultados en FOS en función del tipo de diagnóstico.....	31

1. Introducción

La atención temprana (AT) se encuentra sumergida en un proceso de evolución y crecimiento. Se trata de un servicio relativamente joven, puesto que su nacimiento se sitúa aproximadamente en los años 70 con la llamada “estimulación precoz”; y a su vez, es un servicio cada vez más demandado por familias y profesionales, y por tanto, que se encuentra en pleno estado de desarrollo y transformación.

Actualmente, en nuestro país, existen dos vertientes muy diferenciadas acerca de cómo abordar la intervención en AT. Por un lado, el enfoque más extendido, el tradicional, centrado en los déficits y en la forma de rehabilitarlos. Por otro lado, el enfoque bio-psico-social o ecológico, que engloba no sólo al menor y sus características individuales, sino también a su entorno y a cómo interacciona con el mismo (Bronfenbrenner, 1979), tratándose así de una intervención más centrada en la familia y en los entornos naturales en beneficio de un desarrollo funcional del niño o niña.

Dependiendo de la vertiente en la que se sitúe la intervención, el profesional adoptará un rol muy distinto que influirá directamente sobre el grado de capacitación familiar para favorecer el desarrollo funcional del menor.

1.1. Formulación y justificación del problema

Cuando un menor es derivado a Atención Temprana, no sólo lo hace él, sino también su familia y todo su entorno. Ahí erradica principalmente la importancia de prestar atención al núcleo familiar, a sus barreras y facilitadores en el día a día, a sus necesidades en sus rutinas diarias. La familia es la principal interesada en que el niño progrese aunque no sepan cómo hacerlo. Es por ello que el empoderamiento familiar es una de las claves para superar las adversidades diarias, para poder realizar una toma de decisiones ajustada a la realidad, a su realidad. Las prácticas centradas en la familia ponen el eje de su intervención precisamente en el empoderamiento, en el fortalecimiento de las capacidades familiares mediante la aportación de formación, colaboración y apoyo en la búsqueda de estrategias para resolver sus necesidades (Cañadas, 2012).

El problema es que actualmente se realizan unas prácticas enfocadas en el niño y en la rehabilitación de sus déficits. Según el estudio que realizó el Grupo de Atención Temprana (GAT) en España para valorar la implementación de la AT en sus diferentes comunidades autónomas (GAT, 2011), se determinó que tan sólo un 13% de tiempo de intervención se dedica a las familias y un 4,83% al entorno. Esto nos deja con la mayor carga temporal en la intervención dedicada al menor, siendo de un 65,88%. Así, una de las conclusiones extraídas de dicho estudio fue acerca de la necesidad de “contemplar tiempos y estrategias apropiadas para dar respuesta no solo al niño, sino también al contexto del niño” (GAT, 2011, p. 218).

Y aunque la línea general es tener en cuenta y considerar tanto a la familia como al entorno, la realidad es que se siguen realizando sesiones clínicas en un entorno controlado y, en la mayoría de los casos, sin la presencia de las familias. Periódicamente se mantienen reuniones con el entorno (centro educativo, servicios sociales,...) y con la familias. Estas reuniones suelen ser para informar de la evolución y seguimiento del menor y para ofrecer pautas a seguir en los diferentes entornos. Pero para dar estas pautas no se tiene en cuenta ni las necesidades de esos entornos ni del menor en dichas situaciones, sólo se consideran los déficits del menor. Y la pregunta es, ¿cómo repercute esta intervención sobre el empoderamiento familiar?

Mediante esta investigación se pretende ofrecer un poco más de luz sobre la importancia del empoderamiento familiar y cómo favorecerlo en función del tipo de intervención que se lleve a cabo por el profesional para repercutir directamente sobre el desarrollo del niño.

1.2. Objetivos del TFE

El objetivo general de este trabajo queda formulado de la siguiente manera:

- ▶ Medir el impacto que tiene la intervención sobre el empoderamiento familiar, estableciendo una comparativa de resultados entre un centro donde se desarrollan servicios de atención temprana con un enfoque clínico centrados en el niño y otro centro donde los servicios se realizan centrados en la familia.

En base a este objetivo general, y teniendo en cuenta ciertos datos sociodemográficos que serán recogidos, se desgranar varios objetivos específicos, como son:

- Conocer la relación existente entre el conocimiento del diagnóstico del menor, el tiempo en el servicio y el tipo de servicio con el grado de empoderamiento familiar en cada uno de los centros y establecer una comparativa entre los mismos.
- Comparar cualitativamente las diferencias actitudinales de los profesionales de ambos centros y cómo éstas pueden interferir en el grado de empoderamiento familiar.
- Ofrecer un reporte a ambos centros sobre los resultados obtenidos acerca del grado de empoderamiento familiar, para que puedan incorporar mejoras en la calidad del servicio prestado.

2. Marco Teórico

A continuación se establecen los principales puntos de interés teórico para asentar las bases sobre las que se sustenta el presente estudio. Entre los conceptos clave a destacar en los siguientes puntos estarían: la evolución de la atención temprana en nuestro país, desde las prácticas tradicionales hacia las prácticas centradas en la familia; la importancia del empoderamiento familiar y del rol que asume el profesional de atención temprana para favorecer dicha capacitación.

2.1. Evolución de la Atención Temprana

Las sociedades van cambiando, evolucionando y con ellas se va transformando la forma de ver y entender la infancia y cómo debería de ser el desarrollo y funcionamiento infantil. Por lo tanto, la atención temprana también se ha ido transformando y ha ido evolucionando, adaptando el enfoque de las intervenciones que han recibido los niños con discapacidad o dificultad en su desarrollo a las demandas sociales y al avance de las evidencias científicas.

Así, en la década de los 70 en España la AT era entendida como estimulación precoz e iba dirigida al menor de forma médica o rehabilitadora, poniendo el énfasis en los déficits y en la forma de tratarlos, siendo el núcleo de las intervenciones de tipo estimular sólo en el niño.

Más adelante, Candel (1998) introduce el término de atención temprana, incluyendo en su definición ya no sólo al niño, sino también a la familia y entorno del mismo, yendo un pasito más allá sobre qué debía tenerse en cuenta a la hora de realizar una intervención con el menor.

Así mismo, con la publicación del Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000) se amplía la mirada hacia un enfoque más psicosocial donde se considera, ya no sólo el desarrollo del niño y sus factores biológicos, sino también los factores ambientales que rodean al menor. Además, en este libro se formula una intervención basada en acciones preventivas en tres niveles (primaria, secundaria y terciaria) para la cual cuenta con la coordinación de los diferentes servicios que tienen relación directa con el menor y su familia, lo cuales serían: servicios de salud, servicios sociales, servicios educativos y centros de desarrollo infantil y atención temprana.

Pero actualmente el paradigma de la atención temprana está en plena transformación en nuestro país. Mientras que en EEUU tuvo lugar un cambio de paradigma en la década de los 80, dando mayor importancia a la familia y los factores ambientales e iniciando prácticas para trabajar con las familias y así aumentar sus capacidades desde el respeto de sus necesidades y decisiones, en España no fue hasta 2010 cuando se logró la implementación de las prácticas centradas en la familia en un centro de atención temprana, marcando un antes y un después en la inclusión de las familias al equipo de atención temprana para llevar a cabo la intervención con el menor (Escorcia-Mora, 2019).

Así, nos encontramos en la actualidad de nuestro país con centros de desarrollo infantil y atención temprana donde se realizan prácticas tradicionales y centros donde se llevan a cabo prácticas centradas en la familia, las cuales serán definidas a continuación.

2.1.1. Prácticas tradicionales

Tal y como se ha revisado anteriormente, en la evolución de la AT en nuestro país es de gran importancia la publicación del Libro Blanco (GAT, 2000) puesto que supuso un impacto para los profesionales al poner en alza la importancia de la familia y de los primeros contactos que se mantienen con ellas, la satisfacción de sus necesidades y la consideración tanto de ellas como del entorno, incluyendo la escuela, a la hora de realizar las evaluaciones y así obtener una visión más holística del niño y su entorno (García-Grau et al., 2020).

Más adelante, en 2011, también el GAT realiza un estudio con la intención de tener una visión de la situación de la AT en España y en las distintas comunidades autónomas. Mediante este estudio se comprobó que las prácticas tradicionales o habituales en AT en nuestro país son de tipo ambulatorio y corren a cargo del profesional, que ejerce el papel de experto y dedica el 66% del tiempo de intervención principalmente al niño en el centro (GAT, 2011). Por lo tanto, en muy pocas ocasiones la familia es tenida en cuenta como colaboradora, sino más bien como co-terapeuta donde acata las pautas dictadas por el profesional y donde existe un escaso seguimiento de cómo se están llevando a cabo dichas pautas en el domicilio.

Con respecto al resto de entornos, y concretamente, en lo que concierne al entorno educativo, mayoritariamente los contactos que se establecen son de coordinación con la finalidad de poner en común ejercicios, actividades y objetivos a trabajar con el menor.

Se tratan pues, de unas prácticas centradas aún en los déficits del niño y en cómo repararlos, donde el profesional establece las necesidades y el entorno natural es tenido en consideración para la evaluación pero no para la intervención, y donde se depende de la presencia del profesional como experto ante las adversidades.

2.1.2. Prácticas centradas en la familia

Debido a los enfoques epistemológicos que surgieron en la década de los 70 y los 80, como el modelo ecológico del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987) y el modelo transaccional del desarrollo (Sameroff y Chandler, 1975), se comenzó a promover la participación de la familia en los servicios.

Se han realizado numerosos estudios desde entonces para evidenciar la importancia de la familia y el entorno en el desarrollo de los niños. Por ello, en 1991 se creó la División para la Primera infancia (Division for Early Childhood, DEC) con la finalidad de cerrar la brecha entre la evidencia científica y la práctica profesional, revisando las investigaciones acerca de las prácticas que se realizan en la primera infancia para establecer una base de evidencia y poder ofrecer orientación acerca de las mismas tanto a las familias como a los profesionales, naciendo así las prácticas recomendadas. Según la DEC (2014) las prácticas recomendadas “favorecen el acceso y la participación de los niños en ambientes inclusivos y naturales y abordan la diversidad cultural, lingüística y de capacidades” (pag. 3). A su vez, estas prácticas están divididas en ocho áreas temáticas que deben ser vistas de forma integral.

Las prácticas recomendadas de la DEC (2014) relacionadas con el área temática de la familia se dividen en tres temas: prácticas centradas en la familia, prácticas de desarrollo de capacidades de la familia y prácticas de colaboración de familiares y profesionales. Las prácticas centradas en la familia son especialmente importantes, puesto que no solo se trata de una forma de trabajar o una metodología, sino que va más allá, es una filosofía, un paradigma, una forma de pensar, donde la familia y el profesional son considerados como iguales, donde se construye una relación y se involucra activamente a los familiares en la

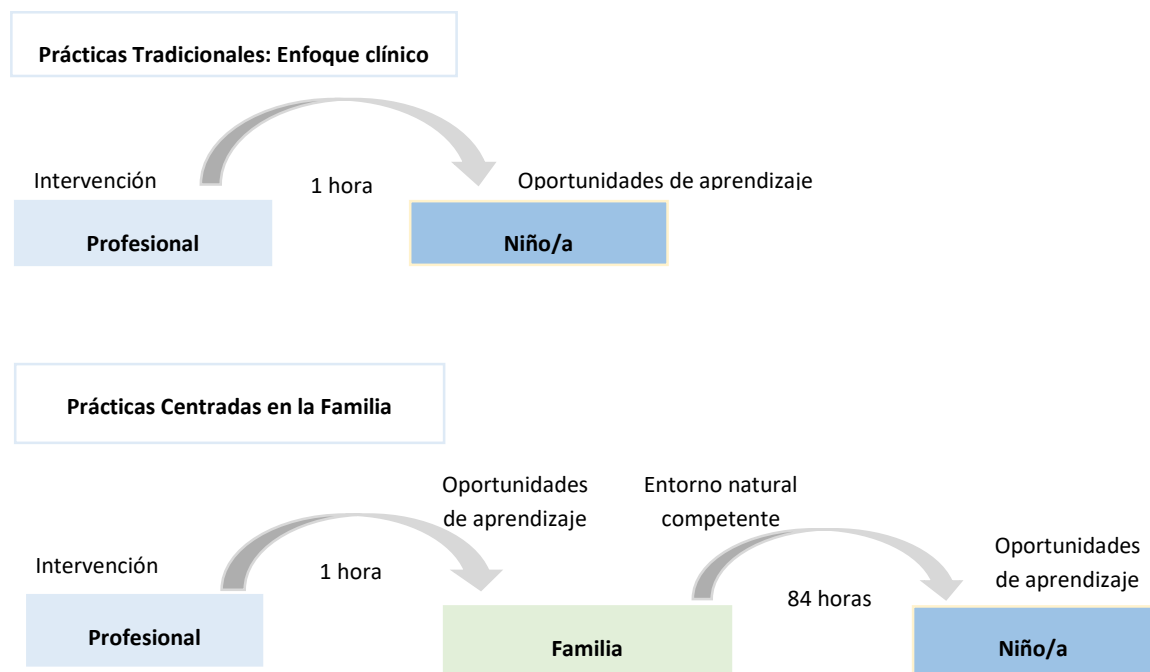
intervención y en las decisiones, donde los cuidadores principales del niño son escuchados y atendidos tanto en cuanto a sus prioridades, necesidades y recursos, centrándose en fortalecer el funcionamiento del niño y en la creación de capacidades.

Para todo ello, la familia ha de ser tratada con dignidad y respeto, se le ha de ofrecer toda la información necesaria para poder realizar la toma de decisiones informada, siendo sensibles a sus características específicas y su contexto. Y es que la familia es la principal proporcionadora de oportunidades de aprendizaje para sus hijos, ya sea directa o indirectamente, dentro y fuera del hogar (Díaz-Sánchez, 2019).

Cuando las intervenciones tienen lugar sólo con el profesional, éstas son intermitentes y de corta duración. Mientras que si las intervenciones tienen lugar con aquellas personas con las que el niño o niña pasa más tiempo, se están generando muchas más oportunidades de aprendizaje y de generalización del mismo. De forma visual y mucho más intuitiva se representa esta idea en la Figura 1.

Figura 1.

Gráfico sobre las oportunidades de aprendizaje según el modelo de intervención.



Fuente: Adaptado de Jung, 2003

Si este aumento de oportunidades de aprendizaje se combina con la creencia en las fortalezas y la creación de capacidades, las familias se sentirán confiadas y respetadas logrando así una mejora tanto en los resultados como en la calidad del servicio de atención temprana (Espe-Sherwindt, 2019).

2.2. Empoderamiento familiar

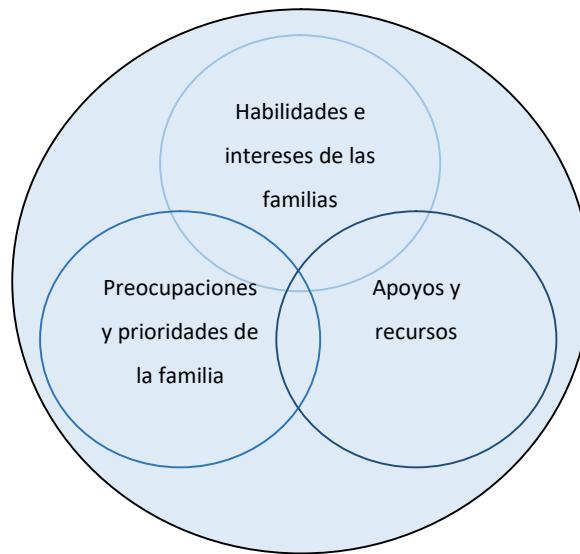
El término empoderamiento ha sido usado y defendido en numerosos estudios de diversas áreas de conocimiento como la psicología organizativa, la investigación participativa, la educación, la intervención en la primera infancia, el apoyo a la familia,... Pero desde la psicología comunitaria, fue Rappaport (1981) quien puso en alza el término de empoderamiento familiar en contraposición a la actitud paternalista de los profesionales, siendo acogido este concepto más adelante por los modelos de atención temprana (Dunst, Trivette y Lapointe, 1992).

En el modelo centrado en la familia, el empoderamiento familiar se convierte en el núcleo de la intervención, entendiéndose éste como el fortalecimiento de las capacidades familiares, ya sean propias o aprendidas, para el cual el profesional aporta toda la formación, información y colaboración necesarias así como el apoyo indispensable para la búsqueda de estrategias que resuelvan sus necesidades (Cañadas, 2012).

Dunst y Trivette (2009), dan forma a un modelo de evaluación e intervención del sistema familiar para fomentar el desarrollo de capacidades. Para ello, en el modelo se destacan tres componentes que están relacionados entre sí: preocupaciones y prioridades, apoyos y recursos y habilidades e intereses familiares. De tal modo que creando capacidades la familia puede identificar sus preocupaciones y prioridades, y para el abordaje de las mismas requeriría de apoyos y recursos, los cuales se obtendrían mediante el uso de sus habilidades e intereses, estando así todo conectado entre sí como puede verse en la Figura 2.

Figura 2.

Modelo para fomentar el desarrollo de capacidades familiares.



Fuente: Adaptada de Dunst y Trivette, 2009

Además de en este modelo, son varios los estudios que marcan la importancia de la movilización de apoyos y recursos para generar soluciones sobre las preocupaciones y prioridades de las familias, para generar capacidades (Dempsey y Keen, 2017). Además, los últimos estudios sobre empoderamiento familiar en nuestro país demuestran que uno de los factores más determinantes para generar capacidades familiares es la red de apoyos con la que cuente la familia, es decir, a mayor número de apoyos mayor nivel de empoderamiento familiar (Fernández-Valero, 2020). Por lo que como profesionales se ha de tener muy presente esa red de apoyos familiares como factor clave en la generación de capacidades.

Por otro lado, Fernández-Valero (2017) destaca tres principios que debe aplicar el profesional, dada su importancia, para favorecer el desarrollo del empoderamiento familiar. El primero de ellos sería tener la creencia de que todas las personas tienen fortalezas y capacidades así como la capacidad de adquirir nuevas competencias. En segundo lugar, es importante tener en cuenta el hecho de que si una persona no muestra competencias no es debido a sus déficits sino a la incapacidad del contexto social para dotarla de oportunidades y experiencias. En tercer y último lugar, se debe considerar que siempre será mejor fortalecer y/o adquirir competencias mediante las propias experiencias y más aún si repercuten en su vida diaria.

2.3. Rol del profesional de Atención Temprana

Robin McWilliam, uno de los principales impulsores de la intervención en atención temprana centrada en la familia y en los entornos naturales, destacó cuatro elementos problemáticos que han de tenerse en cuenta ante la necesidad de cambiar hacia las prácticas recomendadas, los cuales serían: (1) la tendencia hacia la superespecialización, es decir, el niño es atendido por tantos especialistas como necesidades en las diferentes áreas del desarrollo presente; (2) la creencia de que más es mejor, entendiendo que deben repetirse más sesiones en el tiempo; (3) la búsqueda de profesionalidad, donde los objetivos se redactan en base a áreas del desarrollo y no en función de las necesidades familiares; (4) las intervenciones realizadas en un entorno clínico, sin poner en práctica los aprendizajes en los diferentes contextos naturales del niño (McWilliam, 2012).

Analizando toda esta problemática, se concluye que está relacionada con la intervención que realiza el profesional en AT, por lo tanto, es fundamental analizar el papel que ejerce en los procesos de transformación o de implementación de las prácticas centradas en la familia en los centros de atención temprana.

Para que un cambio de paradigma ocurra en nuestro país son varias las necesidades detectadas por diferentes estudios. Por un lado, estaría la inexistencia de un sistema gubernamental que regule las prácticas, los roles y los métodos de intervención, lo que ralentiza la implementación de las prácticas recomendadas sumado a una falta de formación estructurada (García-Grau et al., 2020). Por otro lado, Crais (2011) identificó factores relacionados con la estructura y el clima de la organización y la ausencia de políticas comunes. Y de forma generalizada, es palpable la escasa formación de los profesionales, así como su inestabilidad laboral y la precariedad de recursos humanos, materiales y temporales en relación con la ratio de familias que deben atender.

Además, no podemos obviar las actitudes de los profesionales ante la implementación del nuevo paradigma, porque a pesar de la cantidad de evidencia existente sigue siendo un reto para los profesionales fusionar el conocimiento técnico con las prácticas centradas en la familia (Díaz-Sánchez, 2019). Entre las actitudes profesionales que pueden interferir negativamente se encuentran la falta de entendimiento y valoración de las prácticas centradas en la familia, el desagrado ante puntos de vista de la familia opuestos a los

propios, carencias en habilidades para lograr la implicación y el trabajo con las familias así como tener una visión errónea acerca del rol que desempeña la familia con el niño (Fernández-Valero, 2017).

Con la intención de acercar al profesional al entendimiento de las practicas recomendadas, Espe-Sherwindt (2008) sugiere algunas claves que pueden ser útiles, como dejar a las familias que tomen sus propias decisiones, buscar un compromiso que sea compartido, dar la oportunidad a la familia de que usen sus propios recursos antes de dar respuesta así como manifestar nuestras dudas, y sobre todo, mantenernos constantes ante familias que muestren aparentemente indiferencia o rechazo. De todo ello, podemos concluir que las actitudes profesionales que nos ayudarán a obtener mejores resultados en la intervención mediante prácticas recomendadas serían la escucha activa, la empatía, la cercanía y la honestidad, entre otras (Fernández-Valero, 2017).

A todo esto también es importante añadir que en atención temprana el profesional no trabaja solo, sino que le acompaña un equipo de personas de distintas especialidades profesionales y que trabajan conjuntamente con las familias y los niños. A este respecto se describen tres estructuras de trabajo en equipo como las más significativas (Pacheco, Cañadas y Martínez, 2019): (1) Equipo multidisciplinar, entendido como aquel donde los profesionales trabajan de forma independiente, sin apenas coordinación y colaboración entre ellos; (2) Equipo interdisciplinar, donde existe una coordinación entre sus miembros para llevar a cabo la intervención de forma cohesionada; y (3) Equipo transdisciplinar, formado por los profesionales y la familia donde se trabaja desde el compromiso de capacitar a la familia y más allá de lo marcado por cada disciplina. En este equipo la familia forma parte tanto del proceso de evaluación como de la elaboración de objetivos, el profesional guía y acompaña. Por lo tanto, es importante la forma de trabajar no sólo como profesional individual sino también como equipo.

3. Metodología

A continuación se detalla el procedimiento metodológico que ha sido llevado a cabo en el presente proyecto para poder delimitar así el diseño de la investigación y que sirva como referente para el estudio de esta interesante área de conocimiento y así conseguir los objetivos anteriormente planteados. Para ello, se describe en primer lugar el tipo de estudio en base a los objetivos, a continuación la población y la muestra sobre la que se han recopilado los datos, por otro lado, los instrumentos de los que se ha hecho uso durante la investigación así como el procedimiento de recogida de datos y, por último, el análisis de los datos obtenidos.

3.1. Tipo de estudio

En base al objetivo principal de la presente investigación de medir el impacto de la intervención en atención temprana sobre el empoderamiento familiar y considerando el resto de objetivos específicos, se ha diseñado una investigación mixta, donde se analizan datos cualitativos y cuantitativos de forma concurrente, es decir, al mismo tiempo. Por un lado, se codificarán datos cualitativos recabados con los que se medirá la variable independiente principal del estudio, que se trata del tipo de intervención que se lleva a cabo en cada centro, estableciendo un continuo que partiría de las prácticas tradicionales enfocadas en el niño o niña hacia prácticas basadas en la evidencia centradas en la familia. Por otro lado, se obtienen datos cuantitativos sobre la variable dependiente, que en este caso sería el nivel de empoderamiento familiar. La interpretación de los resultados será tanto cuantitativa como cualitativa, aportando mayor riqueza al contenido del estudio.

También se ha considerado que la variable dependiente puede verse afectada por otras variables que han sido medidas en el presente estudio, como son: conocimiento y tipo de diagnóstico y tiempo recibiendo intervención en AT. Tener en cuenta estas variables resulta de gran interés, puesto que en un reciente estudio se ha demostrado que guardan relación con el empoderamiento familiar (Fernández-Valero, 2020).

3.2. Participantes

Para analizar el empoderamiento familiar, la población a la que va dirigida el estudio es a familias que actualmente están recibiendo intervención en atención temprana por tener, al menos, a uno de sus hijos con una edad comprendida entre 0 y 6 años y con algún trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo. A su vez, esta población es dividida en dos grupos en base al tipo de intervención que están recibiendo, diferenciando entre la intervención fundamentada en unas prácticas centradas en la familia o bien en unas prácticas tradicionales asentadas en un enfoque clínico centrado en el niño.

Para obtener la muestra de familias, se han seleccionado dos centros:

- Centro A, cuya intervención se basa en unas prácticas tradicionales donde existe un equipo interdisciplinar compuesto por dos psicólogas, cuatro logopedas y dos fisioterapeutas que se coordinan dos veces por semana durante una hora y que trabajan en salas diferenciadas donde cada una de las profesionales ejecuta su intervención de forma individualizada con el menor durante 45 minutos de duración y donde las familias no suelen estar presentes, o si lo están ejercen un papel de observador o co-terapeuta guiado, con la intención de obtener una mayor colaboración del menor y un mejor rendimiento durante la sesión. Además, se establece un profesional de referencia, basado en el criterio de carga horaria en las intervenciones individualizadas, el cual realiza reuniones con el entorno educativo (cada seis meses) y familiar (por decisión del profesional o por demanda de la familia, mínimo una reunión cada seis meses) con la principal intención de recabar información, realizar seguimiento y dar pautas para trabajar coordinadamente los objetivos marcados por dicho profesional. En contadas ocasiones, se conciertan visitas al entorno natural del niño o niña, ya sea al domicilio o al centro educativo. Se deciden este tipo de salidas al entorno en casos de extrema necesidad cuando se considera que la familia o el centro educativo no está respondiendo a las pautas facilitadas o dichas pautas requieren de un entrenamiento en el entorno del menor o se necesita de una adaptación del entorno para la correcta evolución y desarrollo del pequeño y/o para unificar la intervención en el centro y en el entorno.

- Centro B, caracterizado por llevar a cabo prácticas centradas en la familia donde existe un equipo transdisciplinar compuesto por 12 profesionales que tienen reuniones de coordinación periódicas semanales y de entre los cuales se asigna un profesional de referencia a cada familia, la que también pasa a formar parte del equipo, en base al criterio de ajuste a las preocupaciones principales de dicha familia. Este profesional de referencia será el encargado asesorar a la familia así como de realizar el seguimiento tanto de la familia como del menor en base a los objetivos funcionales que se marcan y priorizan de forma consensuada. Para ello se mantienen reuniones semanales de una hora y media de duración con la familia. Además, se realiza coordinación e intervención con el entorno educativo mediante reuniones periódicas mensuales para consensuar estrategias.

En total de ambos centros, se ha obtenido una muestra de 24 familias que están recibiendo el servicio de atención temprana, de las cuales 18 pertenecen al Centro A y 6 al Centro B.

Por otro lado, para analizar el tipo de intervención que se lleva a cabo en cada uno de los centros así como las actitudes profesionales, se solicitó la participación de los profesionales del centro A y B en el presente estudio, obteniendo una muestra total de 7 profesionales, 4 del centro A y 3 del centro B.

3.3. Materiales – Instrumentos

En este apartado se presentarán las características más significativas de los materiales e instrumentos usados en el estudio, siendo estos: un cuestionario de datos sociodemográficos y la escala de Family Outcomes Suvey (FOS, Bailey, 2010), dirigidos ambos a familias; y un cuestionario de intervención en AT dirigido a profesionales.

Cabe destacar, que antes de pasar a recoger los datos que aparecen reflejados en los materiales que a continuación se detallan, se ofrecía a las familias y a los profesionales información acerca del estudio, explicando brevemente en qué consiste el mismo y una concisa definición del concepto de empoderamiento a las familias, además de una enumeración de sus derechos como participantes en el estudio, quedando claramente reflejada la política de privacidad de datos que se ciñe a la actual normativa vigente en nuestro país, así como su consentimiento expreso para aceptar y participar en el estudio.

Esta información aparecía a modo de introducción en el material que se facilitaba a los participantes y que puede verse tanto en el Anexo A (cuestionario de datos sociodemográficos) como en el Anexo B (cuestionario de intervención en AT).

3.3.1. Cuestionario de datos sociodemográficos

Para obtener datos básicos sobre las familias y poder analizar diferentes variables que pueden interferir en la obtención de resultados, se ha solicitado de forma breve una serie de información sobre las familias que han accedido a participar en el estudio.

Entre las preguntas planteadas se encuentran: si el cuestionario está siendo respondido por el cuidador o cuidadora principal del menor; la fecha de nacimiento del niño o niña, para poder calcular la edad del mismo; si tiene hermanos o hermanas y, en caso de tenerlos, si tienen algún tipo de problema en su desarrollo o riesgo de padecerlo; si poseen diagnóstico del menor y, en caso afirmativo, de qué diagnóstico se trata, pudiendo elegir entre varias opciones ya predeterminadas; la fecha desde la que acuden al centro de AT para calcular el tiempo que llevan recibiendo intervención; y, por último, si algún miembro de la familia está presente durante las intervenciones. Toda esta información así como la estructura del cuestionario puede verse en el Anexo A.

De toda esta información recopilada se obtienen datos para analizar diferentes variables y su posible relación con el empoderamiento familiar.

3.3.2. Escala de resultados familiares (FOS)

De la escala FOS se obtienen datos relativos a la percepción que tiene la familia acerca de su empoderamiento, de su capacitación, entendiéndose brevemente como la adquisición de conocimientos, competencias, habilidades y confianza en ellos mismos para afrontar el cuidado de su hijo o hija con necesidades especiales teniendo en cuenta la influencia que para ello ha ejercido la intervención recibida por los servicios de atención temprana (Fernández-Valero, 2020).

En su versión validada a la población española por Fernández-Valero, Serrano, McWilliam y Cañadas (2017), esta escala está formada por 20 ítems tipo likert con 5 opciones de respuesta: Nada (1), Un poco (2), Algo (3), Casi (4) y Totalmente (5); contando con un coeficiente de fiabilidad de $\alpha=.86$.

Mediante este instrumento se recoge información sobre los apoyos que recibe el menor de su familia. Para ello esta escala está dividida en cinco secciones con las que se valoran los cinco resultados que conforman el constructo del empoderamiento familiar basados en el impacto de la intervención de los servicios de AT (Bailey et al., 2011). Estos resultados son: **(1) Entender las fortalezas, necesidades y habilidades de su hijo/a**, que comprende del ítem 1 al 4 ($\alpha=.74$); **(2) Conocer los derechos y defender los intereses del menor**, desarrollado en los ítems del 5 al 8 ($\alpha.81$); **(3) Ayudar al niño/a a desarrollarse y aprender**, que va del ítem 9 al 12 ($\alpha=.88$); **(4) Formar un sistema de apoyos**, comprende del ítem 13 al 16 ($\alpha=.76$); **(5) Acceso a la comunidad**, formado por los ítems del 17 al 20 ($\alpha=.76$) (Fernández-Valero, 2017).

3.3.3. Cuestionario de intervención en AT

Este cuestionario va dirigido a los profesionales que trabajan con las familias que han participado en el presente estudio. En primer lugar, se solicitan datos básicos cómo: centro donde realiza la intervención y profesión que desempeña. Además, se añade una pregunta acerca del tipo de equipo que se considera que forman el grupo de profesionales que trabaja en el centro, ofreciendo tres opciones de respuesta con su definición: multidisciplinar, interdisciplinar y transdisciplinar.

A continuación, para obtener información acerca de cómo es la intervención que se lleva a cabo con las familias desde la perspectiva del profesional, se han elaborado un total de ocho preguntas abiertas, que se podrían clasificar a su vez en tres apartados: **(1) Evaluación**, que contiene las preguntas 1, 2 y 3 del formulario considerándose aspectos relacionados con el tipo de pruebas de evaluación que se utilizan, qué se valora durante este proceso y qué parte toma la familia durante el mismo; **(2) Planificación**, formado por las preguntas 4 y 5 para referirnos a cómo y a quién plantea los objetivos de los programas de intervención; e **(3) Intervención**, compuesto por las preguntas 6, 7 y 8 con las cuales se analiza a quién va dirigida, quién es el agente principal y dónde tiene lugar la intervención.

Finalmente, se ha querido complementar esta información con opiniones personales de los profesionales acerca de la formación e información que tienen y que consideran necesaria a día de hoy en el ámbito de la atención temprana, habiendo desarrollado para ello un total de cinco preguntas abiertas. Para visualizar con detalle cada pregunta, se remite al Anexo B.

Los datos obtenidos mediante el presente cuestionario son codificados y analizados cualitativa y cuantitativamente, nos ofrecerán información acerca del tipo de intervención que se realiza en cada caso y de las actitudes profesionales ante las nuevas evidencias en AT.

3.4. Procedimiento de recogida de datos

Previamente a la recogida de datos, fue necesaria la firma de un documento elaborado internamente con información acerca del estudio y que incluía una autorización de la Dirección, tanto del Centro A como del Centro B, para poder dirigirnos a las familias que estaban siendo atendidas en los mismos. Ambas autorizaciones se encuentran recogidas en los Anexos C y D respectivamente.

Haciendo uso de las nuevas tecnologías y la comodidad que supone para la recogida de datos cuando el acceso directo tanto a las familias como a los profesionales es reducido y la distancia y los horarios nos resultan una traba para la recopilación de datos, se ha optado por usar la herramienta informática online que ofrece Google Docs para generar formularios y que se contestan en línea cómodamente desde cualquier dispositivo electrónico. Así pues, se ha diseñado un formulario virtual para las familias y otro para los profesionales.

El cuestionario para las familias ha quedado dividido en varias secciones, en cada una de las cuales aparece lo siguiente: (1) Información sobre el estudio, derechos del participante y consentimiento informado; (2) Datos sociodemográficos generales; (3) Escala de resultados familiares (FOS), explicación de la misma y sus ítems. A este formulario se puede acceder mediante el siguiente enlace web: <https://forms.gle/HK5ExGnRMZwvtC94A>

Con las familias que se ha podido tener contacto directo han contestado al formulario en la presencia de la profesional de referencia del presente estudio con la intención de poder resolver dudas y facilitar la comprensión de la finalidad del mismo. Con aquellas otras familias que el acceso es más complicado, se les ha facilitado el enlace al formulario para que fuese contestado en el momento que considerasen oportuno.

En el cuestionario de profesionales también se hace una división del mismo por secciones, de tal forma que nos encontramos: (1) Información sobre el estudio, derechos del participante y consentimiento informado; (2) Datos de interés; (3) La intervención en Atención Temprana, que abarca preguntas sobre la evaluación, planificación e intervención; (4) Formación de los profesionales, compuesta por preguntas de opinión personal. Este formulario está accesible desde el siguiente enlace: <https://forms.gle/ui87wMKS5Rehi5gi7>

Con los profesionales se ha procedido a enviar directamente el enlace a su formulario para no coartar sus respuestas por la deseabilidad social y mantener la privacidad de las mismas.

3.5. Análisis de datos

Ambos formularios desarrollados virtualmente estaban vinculados a unas bases de datos donde se iban registrando y acumulando todas las respuestas facilitadas. Estos datos fueron volcados sobre un documento Excel para analizar los datos del formulario de las familias y sobre otro documento Excel para los datos de los profesionales. Mediante este mismo programa informático se han obtenido medias y porcentajes para el análisis descriptivo y coeficientes de correlación para el análisis de correlación de las variables del estudio.

Al tratarse de un estudio mixto, nos encontramos con datos cuantitativos y datos cualitativos. Parte de los datos cualitativos recogidos debían ser codificados numéricamente, puesto que para analizar el impacto de la intervención sobre el empoderamiento familiar, se debían obtener datos cuantitativos de ambas variables. Para ello, se ha establecido un rango del 1 al 3, siendo un continuo que va desde un enfoque clínico centrado en el niño (1) hasta una intervención centrada en la familia y en los entornos naturales (3). Por lo tanto, las preguntas que se han seleccionado para ser cuantificadas son las relativas al tipo de equipo y a la evaluación, planificación e intervención que se lleva a cabo de forma particular en cada centro, otorgando una puntuación de 1, 2 o 3 en función del acercamiento de la respuesta a un nivel u otro de intervención.

4. Resultados

A continuación se analizarán los datos sociodemográficos de las familias, los resultados obtenidos en la escala FOS así como los datos de los profesionales participantes y los resultados del cuestionario de intervención realizado por los mismos. Posteriormente se mostrarán los resultados obtenidos tras la comparativa entre las diferentes variables analizadas, es decir, la relación entre las variables objeto de estudio. Y, finalmente, se analizarán cualitativamente las actitudes profesionales.

Pasando a describir algunos de los datos sociodemográficos recabados, cabe mencionar que el formulario diseñado fue respondido por el cuidador principal en el 100% de los casos. Con respecto a la edad de los niños y niñas, en el Centro A la media fue de 45 meses de edad, siendo el menor de 12 meses y el mayor de 71 meses. En el Centro B la media fue de 24, siendo el menor de 17 meses y el mayor de 31 meses de edad. Y en lo que respecta al tiempo que llevan las familias recibiendo servicios de AT, la media se sitúa en 28 meses en el Centro A y en 6 meses en el Centro B. Estos datos aparecen reflejados de forma más concreta en la Tabla 1.

Tabla 1.

Datos sociodemográficos.

	CENTRO A (n=18)	CENTRO B (n=6)	Total (n=24)
Edad (meses)			
Mínima	12	17	12
Máxima	71	31	71
Media	45	24	34,5
Tiempo en AT (meses)			
Mínimo	5	3	3
Máximo	61	14	61
Media	28	6	17

Por otro lado, del total de familias, el 47% desconocen aún el diagnóstico del menor por el que reciben servicios de AT. Y, de entre las familias que sí han obtenido ya un diagnóstico (53%), la mayoría se trata de problemas de comunicación (31%) y TEA (23%). La recopilación detallada de los datos recabados respecto al diagnóstico, por centro y de forma global, aparece reflejada en la Tabla 2.

Tabla 2.

Datos sobre diagnóstico y tipos de diagnóstico.

	CENTRO A (n=18)		CENTRO B (n=6)		Total (n=24)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con Diagnóstico	10	56%	3	50%	13	53%
TEA	1	10%	2	67%	3	23%
D.V	1	10%	-	-	1	8%
D.A	1	10%	-	-	1	8%
PC	1	10%	-	-	1	8%
Pr	1	10%	1	33%	2	15%
PCL	4	40%	-	-	4	31%
SAG	1	10%	-	-	1	8%
Sin Diagnóstico	8	44%	3	50%	11	47%

Nota: TEA: Trastorno del Espectro Autista; D.V: Discapacidad o deficiencia Visual; D.A: Discapacidad o deficiencia Auditiva; PC: Parálisis Cerebral; Pr: Prematuridad; PCL: Problemas de Comunicación o Lenguaje; SAG: Síndrome o Alteración Genética.

En lo que respecta a los datos obtenidos en la escala FOS, la media total del Centro A es ligeramente superior (4,34) a la obtenida en el Centro B (4,18). Con respecto a los diferentes factores que se analizan con esta escala, en el Centro A la puntuación más baja se obtiene en el Resultado 4 y la más alta en el Resultado 1, mientras que en el Centro B la puntuación más baja se da en el Resultado 2 y la más elevada la encontramos en el Resultado 5. En la Tabla 3 se pueden observar todas las medias obtenidas por resultados y la media total en cada uno de los centros de AT.

Tabla 3.

Medias de las puntuaciones obtenidas con la escala FOS.

	CENTRO A	CENTRO B
Resultado 1	4,63	4,13
Resultado 2	4,03	3,75
Resultado 3	4,59	4,33
Resultado 4	4,00	4,13
Resultado 5	4,43	4,58
TOTAL	4,34	4,18

Con respecto al formulario para analizar la intervención que se lleva a cabo en cada centro así como las actitudes profesionales, es respondido por un total de 7 profesionales, 4 del Centro A y 3 del Centro B. De entre los perfiles profesionales de los participantes nos encontramos con psicología (3), logopedia (2), fisioterapia (1) y coordinación del servicio (1). En la Tabla 4 se reflejan estos datos al detalle.

Tabla 4.

Resumen de la muestra de profesionales participantes en el estudio.

Perfil profesional	CENTRO A		CENTRO B		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Psicología	2	50%	1	33.3%	3	43%
Logopedia	1	25%	1	33.3%	2	29%
Fisioterapia	1	25%	-	-	1	14%
Coordinación	-	-	1	33.3%	1	14%
TOTAL	4	57%	3	43%	7	100%

Analizando las respuestas de estos profesionales de forma cuantitativa, donde 1 es intervención clínica y 3 sería intervención centrada en la familia y entornos naturales, obtenemos que en el Centro A se lleva a cabo una intervención claramente clínica, denotándose una aproximación hacia la familia y/o el entorno natural en el tipo de equipo y en la intervención. Mientras que en lo que concierne a los resultados del Centro B, nítidamente su intervención es centrada en la familia y en los entornos naturales. Todos estos resultados pueden observarse detalladamente en la Tabla 5.

Tabla 5.

Datos del tipo de intervención en AT según las respuestas de los profesionales.

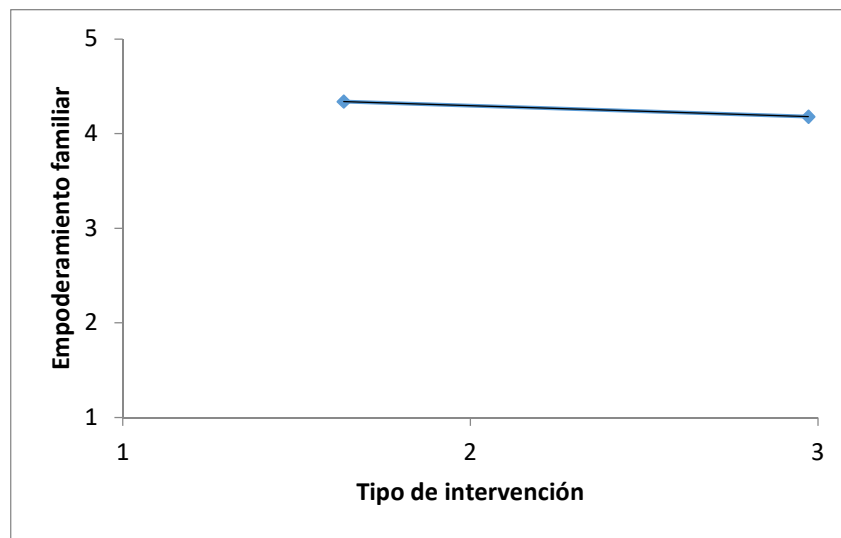
	CENTRO A	CENTRO B
Equipo	2	3
Evaluación	1,58	3
Planificación	1,13	3
Intervención	1,83	2,89
TOTAL	1,64	2,97

Pasando a valorar la relación existente entre las variables objeto de estudio, en primer lugar se mostrará la correlación entre el tipo de intervención y el empoderamiento familiar. Después se analizará la relación entre el tipo de diagnóstico así como el tiempo en AT con el nivel de empoderamiento en las familias.

Para analizar el impacto de la intervención en AT sobre el empoderamiento familiar se ha realizado el cálculo de correlación entre las medias totales obtenidas en la escala FOS y las medias totales obtenidas en el tipo de intervención de cada centro, siendo el resultado negativo ($r=-1$), es decir, a más acercamiento hacia las prácticas centradas en la familia menos empoderamiento familiar. En la siguiente Figura 3 se muestra gráficamente este resultado, denotándose que la inclinación de la línea descendente es muy poco acentuada, puesto que hay bastante diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el tipo de intervención pero apenas hay diferencia entre las puntuaciones relativas al empoderamiento en ambos centros.

Figura 3.

Gráfico de correlación entre tipo de intervención y empoderamiento familiar.



Por otro lado, también se ha llevado a cabo el análisis de correlación entre los distintos factores de la escala FOS y el tipo de intervención, del cual cabe destacar la relación positiva ($r=1$) existente entre los Resultados 4 y 5 con el tipo de intervención, de tal forma que se obtienen mejores niveles en empoderamiento en estos factores cuando la intervención es centrada en la familia y los entornos naturales. Estos resultados pueden verse en la matriz de correlaciones expresada en la Tabla 6.

Tabla 6.

Matriz de correlaciones entre los resultados de la Escala FOS y el tipo de intervención.

	Resultado 1	Resultado 2	Resultado 3	Resultado 4	Resultado 5	TOTAL	Intervención
Resultado 1	1						
Resultado 2	1	1					
Resultado 3	1	1	1				
Resultado 4	-1	-1	-1	1			
Resultado 5	-1	-1	-1	1	1		
TOTAL	1	1	1	-1	-1	1	
Intervención	-1	-1	-1	1	1	-1	1

Ahora atendiendo a la relación existente entre el tipo de diagnóstico y el empoderamiento familiar, los datos más significativos se analizan en base a aquellos diagnósticos que cuentan con más muestra (TEA y PCL), a partir de lo cual se puede determinar que existe un mayor nivel de empoderamiento familiar cuando se trata de problemas de la comunicación y lenguaje (PCL), mientras que los valores más bajos en empoderamiento se registran cuando el diagnóstico se obtiene en TEA. Detalladamente se pueden visualizar estos datos así como los relativos a todos los tipos de diagnóstico de la muestra total en la Tabla 7.

Tabla 7.

Resultados en FOS en función del tipo de diagnóstico.

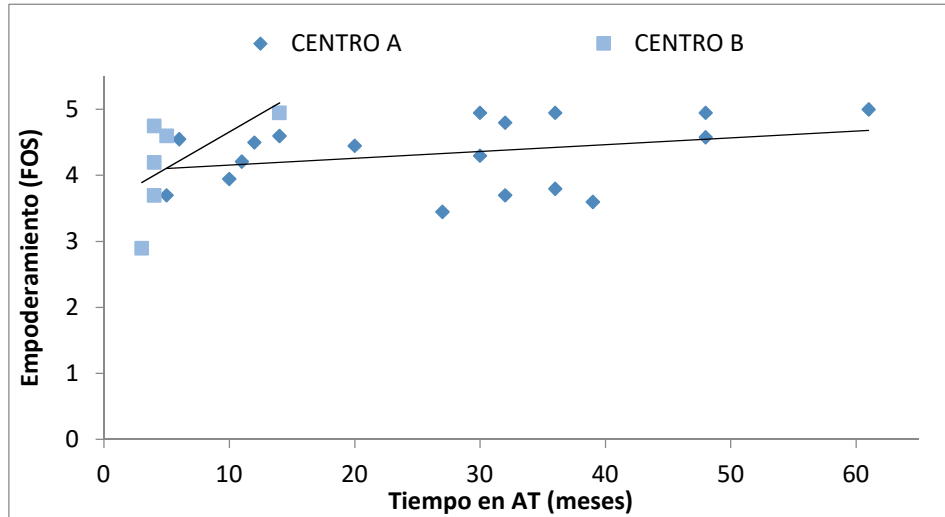
	CENTRO A	CENTRO B	Total
TEA	3,45	3,95	3,70
D.V	3,70	-	3,70
D.A	3,60	-	3,60
PC	4,95	-	4,95
Pr	5,00	2,90	3,95
PCL	4,42	-	4,42
SAG	3,80	-	3,80

Nota: TEA: Trastorno del Espectro Autista; D.V: Discapacidad o deficiencia Visual; D.A: Discapacidad o deficiencia Auditiva; PC: Parálisis Cerebral; Pr: Prematuridad; PCL: Problemas de Comunicación o Lenguaje; SAG: Síndrome o Alteración Genética.

Además se ha realizado un análisis de correlación entre el tiempo que llevan las familias recibiendo servicios de AT y su nivel de empoderamiento, siendo positivo tanto en el Centro A ($r=0,32$) como en el Centro B ($r=0,59$). Esto quiere decir que a más tiempo llevan en el servicio más nivel de empoderamiento adquieren. En la figura 4 pueden verse la representación gráfica de estos resultados.

Figura 4.

Gráfico de dispersión representativo de la correlación existente entre el tiempo en AT y el empoderamiento familiar.



Finalmente, para obtener un análisis de las actitudes profesionales se tienen en cuenta las repuestas proporcionadas por ellos mismos en las preguntas finales del formulario referentes a la formación e información en AT. En el Centro A todos los profesionales coinciden en que no se están implementando prácticas centradas en la familia puesto que consideran que no tienen la formación suficiente para ello. Cuando son preguntados por su conocimiento acerca de las prácticas recomendadas, o bien hay ausencia de respuesta porque desconocen de qué se tratan o bien hay una vaga e incorrecta definición, lo que denota falta de información acerca de las mismas. Por último, ante la pregunta de cómo mejorar el servicio de AT, todos los profesionales coinciden en que sería posible con más formación, incluso algunas respuestas añaden la necesidad de incrementar los recursos económicos y personales así como disminuir la burocracia. Por su parte, en el Centro B todos los profesionales coinciden en que se están implementando prácticas centradas en la familia y que cuentan con la formación suficiente como para hacerlo. Además, tienen un amplio conocimiento acerca de las prácticas recomendadas, aportando definiciones concisas pero precisas. Y en lo que respecta a cómo mejorar el servicio de AT también coinciden en que sería posible con más formación pero añadiendo el matiz de la periodicidad y la importancia de continuar investigando, valorando y revisando las prácticas.

4.1. Discusión de resultados

De forma resumida, este estudio se enmarca en el tipo de intervención que se lleva a cabo en atención temprana, en un intento de acercamiento a la realidad de los centros donde se desarrollan prácticas centradas en el niño y en los déficits y en cómo sus prácticas repercuten en el empoderamiento familiar, estableciendo una comparativa con los resultados obtenidos cuando se realizan prácticas centradas en la familia. Las prácticas centradas en la familia son aquellas que cuentan con evidencia científica, donde se trata a la familia con dignidad y respeto (Espe-Sherwindt, 2019), poniendo el peso de la intervención en sus fortalezas para lo cual se requiere de la movilización de redes de apoyos y recursos sociales, lo cual repercutirá positivamente en la construcción de sus capacidades, de su empoderamiento familiar (Dunst y Trivette, 2009). Desde un enfoque clínico, estas consideraciones no se tienen en cuenta a la hora de realizar las intervenciones, principalmente porque ocurren en un entorno controlado y sólo con el niño o la niña, lo cual debería mermar la percepción de las familias con respecto a su nivel de empoderamiento.

En primer lugar, los resultados obtenidos con respecto a la intervención que se lleva a cabo en cada uno de los centros son muy acertados y ajustados a la realidad. El Centro A, donde han participado la mitad de los profesionales que componen el equipo de trabajo, obtiene una puntuación total de 1,64 que se traduce en unas prácticas principalmente clínicas, con un acercamiento hacia las familias y los entornos naturales en el ámbito de la intervención (con una puntuación de 1,83) y en la estructura de equipo de trabajo que siguen, siendo interdisciplinar, con una puntuación de 2. La puntuación más baja se obtiene en el ámbito de la planificación (1,13), a la hora de establecer los objetivos, ya que se trata de una acción que realizan los profesionales sin apenas considerar las necesidades de las familias. En el caso del Centro B, su puntuación es de prácticamente 3, denotando claramente que la implementación de las prácticas centradas en la familia está bien asentada. Así, tanto en la estructura del equipo de trabajo (transdisciplinar), como en la evaluación, planificación e intervención, la familia conjuntamente con los profesionales son el agente principal de la intervención llevada a cabo con el menor y su entorno.

En lo que respecta a los resultados obtenidos en la Escala FOS (Bailey, 2010), en ambos centros el nivel de empoderamiento familiar es elevado, situándose por encima de 4. Se observa una ligera diferencia entre los centros, siendo un poco más elevado el nivel de empoderamiento de las familias del Centro A (4,34), donde se realizan prácticas tradicionales, que en el Centro B (4,18), donde se llevan a cabo prácticas centradas en la familia. Ante estos datos, al realizar el coeficiente de correlación éste nos muestra una relación negativa entre el tipo de intervención y el empoderamiento familiar, lo que se traduce en que a más acercamiento hacia las prácticas centradas en la familia menor nivel de empoderamiento. Tal y como se ha mostrado en la Figura 3, la línea descendente está muy poco acentuada puesto que a pesar de existir una gran diferencia entre el tipo de intervención, la diferencia entre el nivel de empoderamiento es minúscula.

También se ha llevado a cabo una correlación entre los diferentes resultados que componen la escala FOS con el tipo de intervención que se lleva a cabo en cada centro. A este respecto, se destaca la correlación positiva existente entre el resultado 4 y 5 con las prácticas centradas en la familia. El Resultado 4 se refiere a formar un sistema de apoyos y el Resultado 5 al acceso a la comunidad (Bailey et al., 2011). Por lo tanto, ambos factores miden una de las variables más representativas de empoderamiento familiar, que sería la creación de una red social de apoyo para la familia, la movilización de recursos y apoyos que faciliten la forma de solventar las preocupaciones y prioridades de las familias (Dempsey y Keen, 2017). Y precisamente este dato revela que las prácticas centradas en la familia son las que aportan mayor nivel de empoderamiento en lo que se refiere a la creación de apoyos y recursos para las familias, coincidiendo con los resultados obtenidos por estudios como el más reciente de Fernández-Valero et al. (2020).

Pasando a interpretar los resultados relativos a la relación existente entre tipo de diagnóstico y empoderamiento familiar, se tomará de base y referencia el reciente estudio de Fernández-Valero (2020) donde se concluye que el tipo de diagnóstico es una variable que interfiere en el nivel de empoderamiento familiar. Relacionando dicho estudio con la presente investigación, se encuentran similitudes en cuanto a que se hallan mayores niveles de empoderamiento cuando se trata de problemas de la comunicación y el lenguaje y menores niveles de empoderamiento cuando se trata de TEA.

Como dato curioso, cabe reseñar que los diagnósticos obtenidos de problemas de comunicación se encuentran todos en el Centro A y tienen un mayor peso en el total de la muestra. Por otro lado, los diagnósticos representados en el Centro B se corresponden a TEA y a prematuridad, siendo ambos indicadores de un menor nivel de empoderamiento. Es decir, el sesgo existente en la muestra de cada centro en lo que respecta a la variable del tipo de diagnóstico puede estar interfiriendo en los resultados totales obtenidos en cuanto a empoderamiento familiar.

La variable del tiempo que llevan las familias recibiendo servicios de AT también ha sido correlacionada con el empoderamiento familiar, obteniendo resultados positivos indicativos de que a más tiempo en el servicio mayor nivel de empoderamiento familiar. Atendiendo a este dato, es importante destacar que existe un desequilibrio importante en la muestra de ambos centros con respecto a esta variable. Podemos observar que en el Centro A la media de tiempo que llevan las familias recibiendo servicios de atención temprana se sitúa en los 28 meses, mientras que en el Centro B esta media baja a 6 meses. Por lo tanto, de nuevo existe un desequilibrio en las muestras que pueden estar interfiriendo y condicionando los resultados totales de empoderamiento familiar, haciendo que los niveles de empoderamiento sean más bajos en el Centro B a pesar de llevarse a cabo prácticas centradas en la familia.

Finalmente, en lo que concierne al análisis cualitativo de las actitudes profesionales, coinciden los resultados con el marco teórico expuesto, de tal forma que la formación es una de las principales trabas para la implementación de prácticas centradas en la familia, además de la escasez de recursos humanos y económicos así como el exceso de burocracia. En cierta medida, este resultado es una navaja de doble filo ya que muchos profesionales alegan esta falta de formación a modo de resistencia para iniciar el cambio y apostar por unas prácticas basadas en evidencia. Además, analizando en profundidad cada una de las respuestas facilitadas por los profesionales del Centro A, en ocasiones, interponen a las familias como principales resistentes ante el cambio de paradigma, puesto que las dividen en familias más o menos “implicadas”, lo cual facilita o dificulta la continuidad del trabajo en casa y en el entorno natural del menor. Esto podría ser indicativo de la resistencia al cambio del rol del profesional, pasando de experto a colaborador con la familia, aspecto poco facilitador del empoderamiento familiar.

5. Conclusiones

Retomando el objetivo principal de este estudio basado en medir el impacto que tiene la intervención sobre el empoderamiento familiar estableciendo una comparativa entre un centro donde se realizan prácticas tradicionales y otro centro donde se llevan a cabo prácticas centradas en la familia, se puede determinar que los datos no son concluyentes. Existe una correlación inversa entre estas dos variables, intervención y empoderamiento, pero la diferencia entre los valores medios de empoderamiento familiar es mínima.

Se ha podido observar cómo las variables estudiadas en base al objetivo de conocer la relación existente entre el tipo de diagnóstico y el tiempo en el servicio con el empoderamiento familiar, sí arrojan resultados más esclarecedores. De esta forma, se confirma que diagnósticos relacionados con problemas de comunicación y lenguaje correlacionan con mayores niveles de empoderamiento familiar, mientras que diagnósticos relacionados con TEA y prematuridad están relacionados con niveles más bajos en empoderamiento. A esta variable se le suma el tiempo que la familia lleva recibiendo el servicio de AT, siendo mayor su empoderamiento a más tiempo están en el servicio.

Ante estos resultados cabe destacar que la muestra obtenida de familias del Centro A, donde se interviene mediante prácticas tradicionales, es la que cuenta con el mayor número de familias con diagnóstico en problemas de comunicación y un mayor tiempo de permanencia en el servicio, ambas variables indicadoras de mayores niveles de empoderamiento. Mientras que por su parte, la muestra de las familias del Centro B es la que cuenta con mayores diagnósticos en TEA y un menor tiempo de permanencia en el servicio de AT, ambas variables indicadores de menores niveles de empoderamiento.

Si pasamos a describir los hallazgos relativos al objetivo de comparar cualitativamente las diferencias actitudinales de los profesionales de ambos centros y su repercusión sobre el grado de empoderamiento, se concluye que son palpables las diferencias entre ambos centros aunque todos los profesionales coinciden en la necesidad de formación en AT. En cuanto a cómo estas actitudes interfieren en el empoderamiento familiar, no se obtienen datos concluyentes, puesto que al igual que con el objetivo general de este estudio, las diferencias entre los niveles de empoderamiento obtenidos en ambos centros no han sido significativas como para establecer una relación causal.

Finalmente, en cuanto al objetivo de ofrecer un reporte a ambos centros acerca de los resultados de empoderamiento familiar obtenidos para incorporar mejoras en su servicio, cabría destacar que, muy resumidamente, al Centro A se le incitaría a reflexionar sobre la necesidad de mejorar las redes de apoyo y recursos familiares; mientras que al Centro B se le destacarían los bajos resultados en empoderamiento en aquellas familias que llevan poco tiempo recibiendo el servicio de AT, con la intención de que analicen internamente y con más profundidad qué variables pueden estar interfiriendo en este hecho, como podría ser una mejora en cuanto al sistema de acogida de las nuevas familias.

De todo este estudio, la aportación más significativa que se realiza al campo de investigación de la atención temprana es la recopilación de interesantes datos tanto de familias como de profesionales que llevan a cabo su intervención desde un enfoque clínico basado en el déficit y centrado en el niño/a. Hasta el momento, en nuestro país diversos estudios han analizado el empoderamiento familiar en distintos centros de atención temprana, pero en todos ellos o bien existía una formación previa en lo que respecta a las prácticas basadas en evidencia, o bien estaban en proceso de transformación o con ya implementadas prácticas recomendadas. Por lo tanto, hasta ahora no se tenían datos sobre empoderamiento familiar de centros donde la intervención se realiza desde un enfoque clínico.

Finalmente, a modo de conclusión general, se puede determinar que son numerosas las variables que pueden estar interfiriendo en los niveles de empoderamiento familiar, a pesar de llevarse a cabo diferentes tipos de intervención, pero que todas ellas han de ser tenidas en cuenta por el profesional a la hora de ejercer su labor para mejorar la calidad del servicio.

5.1. Limitaciones y prospectiva

La limitación principal de esta investigación ha sido la desigualdad en las muestras de familias, claramente más pequeña y menos representativa en el Centro B. A esto se añade que las familias que han participado del Centro B apenas llevaban 6 meses de media en el servicio, lo cual ha generado un sesgo de tiempo en los datos recopilados. Y, por último, los diagnósticos con los que cuentan las familias de este centro han resultado ser los que menos niveles de empoderamiento generan. Por lo tanto, este desequilibrio generalizado ha ocasionado una distorsión de los datos, dando lugar a datos poco concluyentes.

A consecuencia de estas limitaciones encontradas, la prospectiva de esta investigación ofrece diversas alternativas. Por un lado, sería interesante hacer este mismo estudio pero con una muestra más representativa y equitativa de ambos centros, e incluso ampliar el número de centros de ambos enfoques que participen en la investigación. Además, para añadirle valor a los datos obtenidos y a la investigación así como para conocer la significatividad de los mismos, se podría hacer un análisis de regresión lineal, para que puedan establecerse a su vez resultados más concluyentes.

Por otro lado, para poder determinar con mayor fiabilidad el tipo de intervención que se lleva a cabo, se podría hacer uso de algún instrumento validado que mida esta variable, como la escala Finesse Familia (McWilliam, 2015), ya que en el presente estudio se determina el tipo de intervención con la codificación de datos cualitativos.

Finalmente, se podría abrir una línea de investigación longitudinal donde se evalúe el empoderamiento familiar de las mismas familias a lo largo del tiempo de forma escalonada, de tal forma que se tomarían datos del comienzo, a los tres meses, a los seis meses, al año, a los dos años y justo antes de finalizar su periodo en AT, para analizar en profundidad la relación existente entre la variable del tiempo recibiendo el servicio y el empoderamiento familiar.

Referencias bibliográficas

- Bailey, D. B., Bruder, M., Hebbeler, K., Carta, J., De Fosset, M., Greenwood, C., y Bartol, L. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention, 28*, 227-251.
- Bailey, D. B., Hebbeler, K., y Bruder, M. B. (2006). Family outcomes survey. *Retrieved April, 19, 2010*.
- Bailey, D. B., Raspa, M., Olmsted, M., Novak, S., Sam, A., Humphreys, B., Nelson, R., Robinson, N., y Guillen, C. (2011). Development and psychometric validation of the family outcomes survey-revised. *Journal of Early Intervention, 33*(1), 6-23. <https://doi.org/10.1177/1053815111399441>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Candel, I. (1998). Atención Temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales. *Revista Atención Temprana Murcia, 1*, 9-15.
- Cañadas, M. (2012). La familia, principal protagonista de los centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Edetania: estudios y propuestas socioeducativas, 41*, 129-141.
- Crais, E. R. (2011). Testing and Beyond: Strategies and Tools for Evaluating and Assessing Infants and Toddlers. *Lenguaje, Speech, and Hearing Services in Schools, 42*, 341-364. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0061\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0061))
- Dempsey, I. y Keen, D. (2017). Desirable outcomes associated with family-centered practices for Young children with a disability. En H. Sukkar, C.J. Dunst y J. Kirby (Eds.), *Early Childhood Intervention. Working with families of Young children with special needs* (pp. 59-71). New York, NY: Routledge.
- Díaz-Sánchez, C. (2019). *Guía básica de Atención Temprana y transformación*. Madrid: Plena Inclusión.
- Division for Early Childhood, DEC (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education. Recuperado de <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>

- Dunst, C.J. (2019). Orientaciones y consideraciones futuras en la continua evolución de la atención temprana en la infancia. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 433-458. Madrid: UNED.
- Dunst, C. J., Bruder, M. B., y Espe-Sherwindt, M. (2014). Family Capacity – Building in Early Childhood Intervention: Do context and Setting Matter? *School Community Journal*, 21 (1), 37-48.
- Dunst, C. J., Trivette, C. y Lapointe, N. (1992). Towards clarification of the meaning and key elements of empowerment. *Family Science Review*, 5, 111-130.
- Dunst, C.J., y Trivette, C. (2009). Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices. *Journal of Family Social Work*, 12, 119-143.
- Escocia-Mora, C.T., García-Sánchez, F.A., Sanchez-López, M.C., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en el Sureste de España: Perspectiva de Profesionales y Familias. *Annals of psychology* 34 (3), 500-509.
- Escocia-Mora, C.T. y Rodríguez-García, L. (2019). *Prácticas de atención temprana Centradas en la Familia y en Entornos Naturales*. Madrid: UNED.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family- Centred Practice: Collaboration, Competency and Evidence. *Support for Learning*, 23, 136-143.
- Espe-Sherwindt, M. (2019). De la investigación a la práctica: trabajando con familias en “el mundo real” de la intervención en atención temprana. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 73-92. Madrid: UNED.
- Fernández Valero, R., Serrano, A. M., McWilliam, R. A., y Cañadas, M. (2017). Relación entre empoderamiento familiar y calidad de los servicios de atención temprana. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 317-321. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.11.3054>

- Fernández Valero, R., Serrano, A. M., McWilliam, R. A., y Cañadas, M. (2020). Variables predictoras del empoderamiento familiar en prácticas de atención temprana centradas en la familia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 40(3), 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2020.05.003>
- García-Grau, P., Martínez-Rico, G., McWilliam, R. A., y Cañadas, M. (2020). Typical and ideal practices in early intervention in Spain during a transformation process of professional practices. *Journal of Early Intervention*, 42(1), 3-19.
- Grupo de Atención Temprana, GAT. (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Grupo de Atención Temprana, GAT. (2011). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Jung, L. A. (2003). More Better: Maximizing Natural Learning Opportunities. *Young Exceptional Children*, 6, 21-26.
- McWilliam, R. A. (2011). *Families in natural environments scale of service evaluation II (FINESSE II). Rating scale*. Chattanooga, TN: Siskin Children's Institute.
- McWilliam, R. A. (2012). Implementing and preparing for home visits. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31 (4), 224-231.
- McWilliam, R.A. y Garcia-Grau, P. (2019). Doce Pasos Críticos para el encuentro Profesional – Familia. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 433-458. Madrid: UNED.
- Pacheco, M., Cañadas, M., Martínez, G. (2019). Trabajo en equipo en Atención Temprana. En C. T. Escocia-Mora y L. Rodríguez-García (Eds). *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y en Entornos Naturales*, 197-215. Madrid: UNED.
- Samenoff, A.J., y Chandler, M.J. (1975). Reproductives risk and the continuum of caretaking casuality. En F.D. Horowitz, E.M. Heterington, S. Scarr-Salapatek, y G. Siegel (Eds.), *Review of hild development. Research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago Press.

Trivette, C.M., Dunst, C.J., y Hamby, D.W. (2010). Influences of Family Systems Intervention Practices on Parent-child interactions and Child Development. *Topics in Early Childhood Special Education*. 30 (1) 3-19. Doi: 19.1177/0271121410364250

Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599. Doi: 10.1007/BF02506983

Anexo A. Cuestionario de datos sociodemográficos

Estudio sobre el impacto de la intervención en el empoderamiento familiar

El siguiente cuestionario forma parte de un estudio de investigación que se está realizando sobre cómo impacta la intervención recibida en atención temprana sobre el empoderamiento familiar, es decir, sobre la percepción que tiene la familia acerca de sus habilidades para dirigir los diferentes acontecimientos de su vida sin la dependencia de un profesional o sistema de ayudas. Así podremos obtener resultados que permitan mejorar las prácticas profesionales y continuar mejorando en la calidad del servicio.

Derechos como participante

- Su participación es totalmente voluntaria
- Toda la información que facilite se considera confidencial, privada y de carácter anónimo.
- La información recogida se tratará de forma colectiva: nunca se hará referencia a respuestas individuales.
- Sus datos personales no se asociarán a ninguna base de datos.
- Puede retirar su participación en cualquier momento y puede decidir no contestar a cualquier pregunta.
- Responder el cuestionario indica voluntad en participar en este estudio y que tiene al menos 18 años.

Una respuesta "SI" a continuación, indica que ha leído y entiende estas condiciones y que autoriza el uso de su información con los fines de la investigación.

Acepto participar en el desarrollo del estudio "Impacto de Intervención sobre el Empoderamiento Familiar".

- SI
- NO

Datos sociodemográficos generales

¿Dónde recibe la intervención en Atención Temprana?

- Málaga
- Comunidad Valenciana

¿Es usted el cuidador o cuidadora principal del menor?

- SI
- NO
- Otra

Fecha de nacimiento de su hijo o hija

__/__/__

¿Tiene hermanos?

- SI
- NO

En caso afirmativo, ¿presenta alguno de sus hermanos algún problema de desarrollo o algún tipo de discapacidad?

- SI
- NO

¿Tiene su hijo o hija actualmente algún diagnóstico?

- SI
- NO

En caso afirmativo, ¿cuál?

- Trastorno del Espectro Autista
- Prematuridad
- Discapacidad o deficiencia visual
- Discapacidad o deficiencia auditiva
- Discapacidad o deficiencia intelectual
- Discapacidad o deficiencia física
- Retraso en el desarrollo psicomotor (sin especificar otro tipo de diagnóstico)
- Problemas de comunicación (adquisición tardía del lenguaje)
- Parálisis cerebral infantil
- Síndrome o alteración genética
- Otro

Aproximadamente, ¿cuándo comenzó a ser atendido en Atención Temprana?

__/__/__

Normalmente, ¿está usted o algún familiar directo presente durante las sesiones de intervención con su hijo o hija?

- SI
- NO
- Otra

Anexo B. Cuestionario de intervención en AT

Estudio sobre el impacto de la intervención en el empoderamiento familiar – Profesionales

A continuación se presentan una serie de preguntas cortas destinadas a profesionales que trabajan en Atención Temprana. Las respuestas serán incluidas de forma totalmente anónima en un estudio que se está realizando para medir el impacto que tiene la intervención que reciben las familias en atención temprana sobre su nivel de empoderamiento. Para ello, se considera de gran valor conocer de la mano de los profesionales que trabajan con las familias que han participado en este estudio cómo es la intervención y el servicio que prestan a sus familias.

La participación en el presente estudio es totalmente VOLUNTARIA Y ANÓNIMA, cumpliendo con la normativa vigente en lo relativo a protección y privacidad de datos según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Para cualquier duda o consulta pueden ponerse en contacto con Yéssica Fernández Segarra en el siguiente correo electrónico: yessifs@gmail.com. Muchas gracias por su participación.

Acepto participar en el estudio "Impacto de Intervención sobre el Empoderamiento Familiar"

- SI
- NO

Nombre del centro donde trabaja:

Profesión que desempeña en dicho centro:

Descripción del tipo de equipo de trabajo (marcar el que más se ajuste):

- Multidisciplinar: cada profesional de cada especialidad evalúa, planifica e interviene de forma independiente con el menor y su familia
- Interdisciplinar: existe coordinación entre los profesionales de distintas especialidades para unificar evaluación, planificación e intervención con el menor y su familia
- Transdisciplinar: existe coordinación entre los profesionales de varias especialidades, se comparten conocimientos y habilidades y se trasciende el propio espacio disciplinar, por lo que tan sólo el profesional de referencia realiza evaluación, planificación e intervención con el menor. La familia forma parte del equipo.

La intervención en Atención Temprana

Las siguientes preguntas están formuladas para conocer cómo es el proceso de evaluación, planificación e intervención que usted lleva a cabo en su centro.

- 1.- ¿Qué se valora durante el proceso de evaluación?
- 2.- ¿Qué tipo de pruebas se utilizan para valorar al niño o la niña? Estandarizadas, cuantitativas, cualitativas,... Puede nombrarlas y describirlas brevemente.
- 3.- ¿Forma parte la familia en los procesos de evaluación? ¿En qué medida? ¿De qué forma?
- 4.- ¿Quién estipula los objetivos de los programas de intervención?
- 5.- ¿De dónde salen los objetivos de los programas de intervención? ¿En qué se basan?
- 6.- ¿Cómo o en qué medida se reparte la intervención de Atención Temprana dirigida al niño o a la familia?
- 7.- ¿Quién es el agente principal de la intervención?
- 8.- ¿Dónde se genera la intervención? ¿Dónde tiene lugar principalmente?

Formación de los profesionales

Finalmente, se formulan preguntas de opinión personal acerca de la formación e información que se tiene como profesional de Atención Temprana.

- 1.- ¿Crees que se están implementando Prácticas Centradas en la Familia en tu centro? ¿Por qué?
- 2.- ¿Consideras que tienes la información o formación suficiente para poder implementar Prácticas Recomendadas?
- 3.- ¿Qué son para ti las Prácticas Recomendadas?
- 4.- ¿Crees que se puede mejorar el servicio de Atención Temprana de alguna forma? ¿Cómo?
- 5.- Comentarios finales o sugerencias que desees añadir

Anexo C. Autorización Centro A



ESTUDIO SOBRE "IMPACTO DE INTERVENCIÓN EN EL EMPODERAMIENTO FAMILIAR"

A/A: D. Víctor Gil

Mediante el presente comunicado, se le informa acerca del estudio que se quiere llevar a cabo en el Centro de Atención Infantil y Temprana "Taller de la Amistad".

Se trata de una propuesta de investigación que formará parte del Trabajo de Fin de Estudios de la actual alumna de prácticas en el centro, Yéssica Fernández Segarra, la cual cursa el Máster Universitario en Atención Temprana y Desarrollo Infantil en la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Dicho estudio versará sobre el impacto que tiene la intervención que reciben las familias que acuden al centro en el empoderamiento familiar. Se trata de una interesante investigación que reportará datos acerca de cómo se sienten las familias de empoderadas y/o capacitadas para atender sus necesidades así como las de sus hijos/as, en base a la intervención que reciben en atención temprana.

Para ello, se solicitará consentimiento informado a todas aquellas familias que voluntariamente quieran participar en este estudio. Esos datos serán recopilados de forma totalmente anónima y se analizarán de forma conjunta, nunca siendo utilizados individualmente. Se velará en todo momento por la protección y privacidad de los datos obtenidos según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Por lo tanto, con la firma de este documento, autoriza a llevar a cabo el presente estudio con las familias que acuden al Centro de Atención Infantil y Temprana "Taller de la Amistad"

Quedamos a su disposición para cualquier duda o consulta que desee realizar, puede ponerse en contacto conmigo en el correo rosa.fernandezvalero@unir.net

Atentamente,

Rosa Fernández Valero, directora TFM.

En Valencia, a 28 de abril de 2022



Fdo.: _____
Director Asociación "Taller de la Amistad"

Anexo D. Autorización Centro B



ESTUDIO SOBRE "IMPACTO DE INTERVENCIÓN EN EL EMPODERAMIENTO FAMILIAR"

A/A: D. Dirección AVAPACE

Mediante el presente comunicado, se le informa acerca del estudio que se quiere llevar a cabo en el Centro de Atención Temprana "AVAPACE".

Se trata de una propuesta de investigación que formará parte del Trabajo de Fin de Estudios de la actual alumna de prácticas en el centro, Yéssica Fernández Segarra, la cual cursa el Máster Universitario en Atención Temprana y Desarrollo Infantil en la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Dicho estudio versará sobre el impacto que tiene la intervención que reciben las familias que acuden al centro en el empoderamiento familiar. Se trata de una interesante investigación que reportará datos acerca de cómo se sienten las familias de empoderadas y/o capacitadas para atender sus necesidades así como las de sus hijos/as, en base a la intervención que reciben en atención temprana.

Para ello, se solicitará consentimiento informado a todas aquellas familias que voluntariamente quieran participar en este estudio. Esos datos serán recopilados de forma totalmente anónima y se analizarán de forma conjunta, nunca siendo utilizados individualmente. Se velará en todo momento por la protección y privacidad de los datos obtenidos según lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Por lo tanto, con la firma de este documento, autoriza a llevar a cabo el presente estudio con las familias que acuden al Centro de Atención Temprana "AVAPACE"

Quedamos a su disposición para cualquier duda o consulta que desee realizar, puede ponerse en contacto conmigo en el correo rosa.fernandezvalero@unir.net

Atentamente,

Rosa Fernández Valero, directora TFM.

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes and a large circular loop at the bottom.

En Valencia, a 23 de mayo de 2022

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized loop and a horizontal stroke at the end.

Fdo.: Esther Tarancón Navarro
Dirección CAT "AVAPACE"