



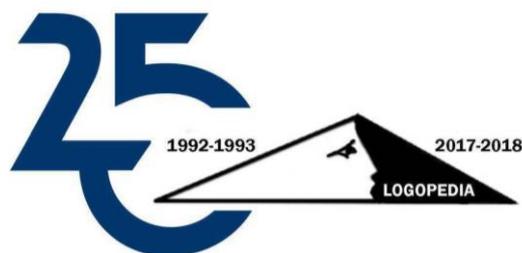
Universidad de Valladolid

FACULTAD DE MEDICINA

GRADO EN LOGOPEDIA

TRABAJO FIN DE GRADO

**INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN
TEMPRANA EN LOS PROCESOS
COMUNICATIVOS APLICADA A LAS
RUTINAS DIARIAS. RESPUESTA FAMILIAR**



AUTORA: Elena De Miguel Larequi

TUTORA: Carolina Sánchez Gil

Valladolid, junio 2018

AGRADECIMIENTOS

Ha sido posible realizar este trabajo únicamente por la colaboración y la buena disposición de todos aquellos que han formado parte. En primer lugar, me gustaría agradecer a las familias que han participado en el estudio por su generosidad y el tiempo dedicado al mismo. Por otro lado, al Centro Base de Valladolid, que me ha permitido realizar la investigación y proporcionado facilidades para ello. Debo mencionar al equipo de Atención Temprana, que ha compartido sus experiencias y conocimientos conmigo, y permitido asistir a sus sesiones de intervención.

Destaco especialmente a la Logopeda y mi tutora en el periodo de prácticas, Lorena Toresano, que ha sido un pilar fundamental en mi aprendizaje y en el desarrollo del trabajo. Y por último agradecer encarecidamente la gran implicación y dedicación a Carolina Sánchez, tutora del presente trabajo, que me ha guiado en todo el proceso y ha dado forma y ha aportado calidad a este Trabajo de Fin de Grado.

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo estudiar la valoración de los familiares de los niños/as que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, sobre los cambios producidos en las rutinas diarias a partir de la intervención, con la intención de comprobar qué cambios se producen en el día a día de las familias, y si estos suponen un progreso en el desarrollo del niño/a.

Para ello se realizó un estudio con 20 familias, que cumplimentaron un cuestionario de satisfacción familiar en las rutinas diarias valorando aspectos referentes al niño/a que acude a intervención y sobre sus propias conductas en la dinámica familiar, teniendo en cuenta el momento actual y antes de comenzar la intervención. Se llevó a cabo un análisis cuantitativo de las respuestas, haciendo hincapié en la satisfacción general con las rutinas por parte de los familiares y en los procesos comunicativos de los niños/as, dando lugar a resultados que confirman la existencia de variaciones en las rutinas familiares a partir de la intervención, evidenciando cambios en las actitudes de los familiares y en la evolución de los niños/as.

Palabras clave: Atención Temprana, rutinas, satisfacción, familia, intervención logopédica.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to study the appreciations of the relatives of children who attend at Early Childhood Services of the Base Center of Valladolid, about the changes made in their daily routines from the intervention on, in order to check what changes take place in the day to day of the families, and if these imply a progress in children's development.

For that, a study was carried out with 20 families, who completed a family satisfaction questionnaire in the daily routines assessing aspects related to children who come to intervention and their own behaviors in family dynamics, taking into account the current moment and before starting the intervention. A quantitative analysis of the answers was carried out, emphasizing on the relative's routines general satisfaction and communicative processes of children, leading to results that confirm variations in the family routines from the intervention on, evidencing changes in family members attitudes and children development.

Key words: Early Childhood Services, routines, satisfaction, family, speech and language therapy.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
B) JUSTIFICACIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ESTUDIO TEÓRICO	2
1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	2
1.1. Atención Temprana. Definición y evolución.	2
1.2. La familia en Atención Temprana.	6
1.3. Prácticas Centradas en la Familia.	9
1.4. Necesidades formativas en Prácticas Centradas en la Familia.	14
1.5. Estudios sobre las Prácticas Centradas en la Familia.....	15
1.6. OBJETIVOS.....	17
CAPÍTULO II: ESTUDIO EMPÍRICO.....	18
2. MÉTODO.....	18
2.1. Participantes.....	18
2.2. Instrumentos.....	19
2.3. Diseño de la investigación.....	20
2.4. Procedimiento.....	21
CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	21
3.2. RESULTADOS.....	22
3.2.1. Estadísticos descriptivos.....	22
3.2.2. Estadísticos de contraste.....	28
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	31
4.1. CONCLUSIONES.....	31
4.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	34
4.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	40
1. Operativización de variables y diseño del cuestionario.....	40
2. Cuestionario de satisfacción familiar en las rutinas diarias sobre la intervención en los servicios de Atención Temprana.....	45
3. Muestra. Participantes.....	53
4. Estadísticos descriptivos.....	55

4.1. Estilo comunicativo de los niños/as.....	55
4.2 Satisfacción general.....	55
4.3. Cuestiones referentes al adulto.....	56
4.4. Cuestiones referentes al niño/a.....	58
5. Estadísticos de contraste. Prueba Chi-cuadrado.....	61
5.1. Cuestiones referentes al adulto.....	61
5.2. Cuestiones referentes al niño.....	62
6. Estadísticos de contraste en relación a la comunicación. Tablas de contingencia y Chi cuadrado.....	63
6.1. Cruce de variables.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos personales.....	53
Tabla 2. Datos del niño/a.....	54
Tabla 3. Valoración de la gravedad de las dificultades.....	54
Tabla 4. Estilo comunicativo preferente del niño/a.....	55
Tabla 5. Papel que desempeñan la madre y el padre más frecuentemente en la interacción con el niño/a.....	23
Tabla 6. Satisfacción general antes de la intervención.....	55
Tabla 7. Satisfacción general actualmente.....	55
Tabla 8. Comprensión de lo que el niño/a desea comunicar antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	56
Tabla 9. Seguimiento de intereses del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	56
Tabla 10. Uso de elementos distractores antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	57
Tabla 11. Disfrute con el niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	57
Tabla 12. Interacción del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).	58
Tabla 13. Iniciativa comunicativa del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	58
Tabla 14. Autonomía del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	59
Tabla 15. Aprendizaje del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	59
Tabla 16. Disfrute del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)	60
Tabla 17. Chi cuadrado de Pearson para la satisfacción general con la rutina	29
Tabla 18. Chi cuadrado de Pearson para el grado de comprensión de lo que el niño/a comunica.....	61

Tabla 19. Chi cuadrado de Pearson para la medida de seguimiento de intereses del niño/a.....	61
Tabla 20. Chi cuadrado de Pearson para el uso de elementos distractores.....	61
Tabla 21. Chi cuadrado de Pearson para el disfrute del cuidador con el niño/a.....	29
Tabla 22. Chi cuadrado de Pearson para la autonomía del niño.....	62
Tabla 23. Chi cuadrado de Pearson para la interacción del niño con quien se encuentra en la rutina.....	62
Tabla 24. Chi cuadrado de Pearson para el grado de iniciativa comunicativa del niño	62
Tabla 25. Chi cuadrado de Pearson para el aprendizaje que realiza el niño.....	62
Tabla 26. Chi cuadrado de Pearson para el disfrute del niño/a.....	30
Tabla 27. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño con quien le viste actualmente.....	63
Tabla 28. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño en la comida principal actualmente.....	63
Tabla 29. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño con en el juego actualmente.....	64
Tabla 30. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño en el baño actualmente.....	64
Tabla 31. Chi cuadrado de Pearson tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño en las rutinas actualmente.....	64
Tabla 32. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de vestir actualmente.....	65
Tabla 33. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de la comida principal actualmente.....	65
Tabla 34. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el juego actualmente.....	65
Tabla 35. Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el baño actualmente.....	66

Tabla 36. Chi cuadrado de Pearson tiempo de intervención en logopedia y la iniciativa comunicativa del niño en las rutinas actualmente.....	66
Tabla 37. Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de vestir actualmente	66
Tabla 38. Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la comida principal actualmente	67
Tabla 39. Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el juego actualmente.....	67
Tabla 40. Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el baño actualmente	67
Tabla 41. Chi cuadrado de Pearson gravedad de las dificultades y la iniciativa comunicativa del niño en las rutinas actualmente.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Atención Temprana prestada en España en 2011.....	4
Figura 2. Ejemplo de ecomapa.....	11
Figura 3. Estilo comunicativo preferente del niño/a.....	22
Figura 4. Satisfacción general antes de la intervención.....	25
Figura 5. Satisfacción general actualmente.....	25

INTRODUCCIÓN

A) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación en Atención Temprana debe estar enfocada a mejorar las estrategias que aumenten la calidad de la intervención, repercutiendo en la calidad de vida y ajuste psicosocial de los niños y sus familias. (García-Sánchez, 2002)

La intervención llevada a cabo en el Centro Base de Valladolid en el Servicio de Atención Temprana, pretende alcanzar el mayor nivel posible de integración socio-educativa del niño y autonomía; entendiendo por integración socio-educativa la plena inclusión del niño en su familia, en su escuela y en definitiva, en todo su medio social; reducir los efectos de un déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño; optimizar el curso normal del desarrollo; introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas; evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo; y atender las necesidades y demandas de la familia y del entorno del niño; considerando al niño como sujeto activo de la intervención.

Para alcanzar esos objetivos se cuenta con la participación familiar, estando presentes en las sesiones de intervención y prestando interés en la implicación y formación de los padres. En este momento se están llevando a cabo cambios en la metodología de intervención, empezando a implementar las Prácticas Centradas en la Familia de McWilliam (2016).

Esto nos lleva a plantearnos si la intervención llevada a cabo, ¿realmente proporciona beneficios en el día a día de las familias, más concretamente en las rutinas diarias? y, por otro lado, los familiares ¿han cambiado actitudes y prácticas en estas rutinas, a partir de lo aprendido en la intervención, para favorecer el desarrollo del niño?

B) JUSTIFICACIÓN

Para dar respuesta a las actitudes familiares y a los beneficios de la intervención en las rutinas, la presente investigación se enfoca en estudiar las conductas de las

familias de los niños que acuden a intervención en Atención Temprana en el Centro Base de Valladolid, durante las rutinas diarias, valorando el momento actual y el previo a comenzar la intervención; debido a su relevancia en la adquisición de aprendizajes de los niños, que favorecerán el desarrollo comunicativo y lingüístico de los mismos.

Así el trabajo permite mostrar los cambios producidos tanto en el desarrollo del niño como en las dinámicas familiares, para confirmar la importancia de la intervención y la implicación familiar en el proceso. Además, ofrece la recopilación de estudios que enmarcan la investigación y permitirán sacar conclusiones.

La motivación para llevar a cabo la investigación surge desde la reflexión de la importancia de las familias en Atención Temprana, a través de la observación del proceso de intervención en el periodo de prácticas llevadas a cabo en el área de Logopedia del Servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid. A partir de ahí surge la iniciativa de conocer los verdaderos cambios que se producen en el día a día de las familias, enmarcados en los estudios de McWilliam (2016) sobre las Prácticas Centradas en la Familia, que se comienzan a implementar en el Centro Base.

CAPÍTULO I: ESTUDIO TEÓRICO

1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.1. Atención Temprana. Definición y evolución.

La Atención Temprana surge como resultado de la evolución de la llamada Estimulación Precoz que se desarrolló en España en los años 70. A lo largo del tiempo se ha producido un cambio de enfoque, ampliando la población a la que se dirige la intervención desde el niño con discapacidad, hasta incluir a la familia, el entorno, y la población general.

La Atención Temprana como tal, aparece desde los Servicios Sociales a modo de recurso público, con el objetivo de detectar y actuar sobre las dificultades de los niños con discapacidad, mediante la asistencia, rehabilitación, y orientación a las familias (Pérez-López y Brito, 2004).

Las bases para la puesta en marcha de estos servicios se establecen en el “Libro Blanco de Atención Temprana”, que recoge las líneas generales de actuación en la disciplina. Tanto en él como en documentos posteriores se define la Atención Temprana como:

El conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2005, p.12).

En esta definición ya se palpa el cambio de enfoque comentado previamente, proporcionando una visión más amplia que pretende abarcar todos los niveles de prevención y sentar las bases del proceso de intervención. Sin embargo, GAT (2005) afirma que existen algunas imprecisiones técnicas en relación a principios y contenidos de la Atención Temprana en la legislación estatal de las diferentes Comunidades Autónomas.

Estas diferencias se hacen notables en el estudio pormenorizado sobre la situación de la Atención Temprana en las distintas comunidades autónomas y los servicios con que se cuenta en cada una de ellas realizado por GAT (2011). En él se recogen datos sobre las diferentes comunidades, para poner de manifiesto estas distinciones, como por ejemplo, el hecho de que únicamente nueve autonomías cuentan con legislación específica en Atención Temprana en 2008, o que sólo en 15 comunidades se contempla la edad de 0 a 6 años. El objetivo de esta recopilación es facilitar la planificación de las políticas públicas de las administraciones que permitan armonizar los criterios de actuación en Atención Temprana.

Además se analizaron datos oficiales del Instituto Nacional de Estadística, que recogieron una Población Diana 0-6 años de 2.602.576, de la cual el 2,75% cursaba con discapacidad, es decir, 71.571 niños, y el 7,5% eran niños de riesgo, es decir 195.193. De todos ellos, el total de la población atendida fue de 46.309 niños.

Esto quiere decir que, de los 266.764 niños que en teoría deberían ser atendidos por los servicios de Atención Temprana, únicamente 46.309 la recibieron, el 17,36%.

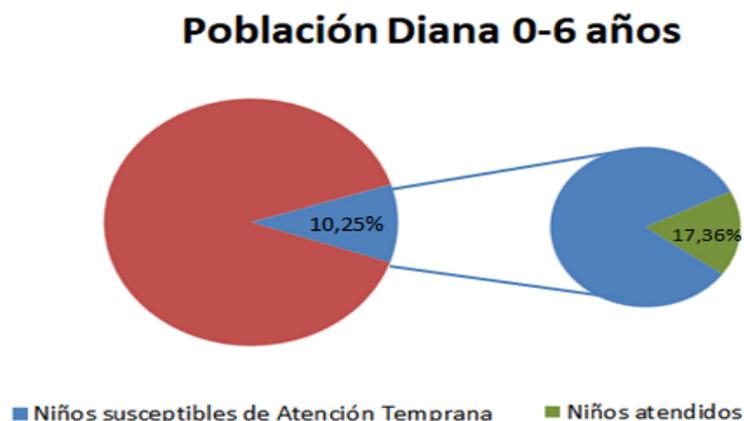


Figura 1. Atención Temprana prestada en España en 2011 (Adaptado de GAT, 2011)

Atendiendo a estos datos, se puede afirmar que la disciplina todavía se encuentra en proceso de consolidación, sin embargo, no se deben menospreciar los avances alcanzados en pocos años.

Incluso antes de este estudio, ya se denotaba la carencia de uniformidad de los Servicios de Atención Temprana en España, y por ello, con el propósito de establecer bases comunes en el conjunto del Estado basándose en el “Libro Blanco”, se creó el documento de “Recomendaciones Técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana”, en el que se establecen unos objetivos comunes respaldados por el derecho a la igualdad de oportunidades y no discriminación de todos los niños:

- Apoyar y promover el desarrollo personal y la autonomía cotidiana teniendo en cuenta los procesos madurativos y la realidad biológica de cada niño así como las características de su entorno familiar y social.
- Fortalecer las capacidades y competencias de la familia y los cuidadores.
- Garantizar los principios de normalización e integración en el entorno social ordinario. (GAT, 2005, p.16)

En ellos se clarifican los ámbitos de actuación sobre los que se ha de intervenir en Atención Temprana, haciendo referencia al cambio de enfoque comentado

previamente. Se actuará sobre el propio niño, desarrollando sus potencialidades, autonomía e integración social; sobre la familia, para dotarles de estrategias que fortalezcan sus capacidades y competencias en cuanto a la estimulación y crianza del niño; y sobre el entorno, para garantizar los principios de normalización e integración, además de una influencia positiva en el desarrollo del niño.

Debido a estas diferencias, a continuación se muestra el funcionamiento concreto en Castilla y León, Comunidad en la que se ha desarrollado este trabajo. En este caso, mediante el Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de Coordinación Interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León, se crea el Consejo Regional de Atención Temprana de Castilla y León, que se encarga de aprobar el Protocolo de Coordinación de Atención Temprana.

En el protocolo de coordinación interadministrativa se sientan las fases del proceso; incluyendo la detección y derivación, la valoración de necesidades de Atención Temprana, la intervención y seguimiento, el alta en atención temprana, y la evaluación. Todo ello desde los ámbitos del Sistema de Salud, del Sistema Educativo y del Sistema de Servicios Sociales. Se especifican los mecanismos necesarios de coordinación y cooperación para prestar una atención global, eficaz y de calidad a las necesidades de los niños y de sus familias.

Además se reconoce como un recurso de responsabilidad pública, de carácter universal y gratuito y se funda en los principios de igualdad, coordinación, atención individualizada e integral, intervención profesional de carácter integral, participación y proximidad en su prestación.

El Programa de Atención Temprana de la Gerencia de los Servicios Sociales, se desarrolla considerando los Centros Base de cada provincia unidades de referencia. En ellos se llevan a cabo las fases del proceso mencionadas anteriormente, para todos los menores de tres años y los no escolarizados entre tres y seis años; además de la valoración de la situación de dependencia.

Todas estas funciones se realizan por los equipos de Atención Temprana, integrados al menos por los siguientes profesionales: psicólogo, trabajador social, médico rehabilitador, pedagogo, logopeda, fisioterapeuta y psicomotricista y/o estimulador.

1.2. La familia en Atención Temprana.

Parte importante de la evolución de la Atención Temprana, es el cambio de enfoque a un modelo centrado en la familia. En este camino se encuentran diferentes modelos caracterizados por los distintos roles que desempeñan tanto el profesional, como la familia. Autores como Dunst, Johanson, Trivette y Hamby (1991) y Espe-Sherwindt (2008) hablan de cuatro modelos principales (citado en García-Sánchez et al., 2014)

- Modelo centrado en el profesional: el profesional es quien determina las necesidades del niño y la familia, así como las soluciones. La familia depende del profesional.

- Modelo Familia-aliada: el profesional es el “experto” que identifica las necesidades y lleva a cabo la intervención, sin embargo da orientaciones a la familia, que sí se ve capaz de poner en práctica aspectos de la intervención. En ocasiones la familia se convierte en co-terapeuta o pseudo-profesional.

- Modelo enfocado a la familia: los profesionales consideran a las familias como consumidores que, con asistencia, pueden elegir entre las diversas opciones. Pero una vez más estas opciones son identificadas y presentadas a la familia por los profesionales “expertos”.

- Modelo centrado en la familia: los profesionales consideran a las familias como socios iguales; como colaboradores necesarios en una empresa común, con el objetivo de facilitar y mejorar las posibilidades de desarrollo del niño. La intervención es individualizada, flexible y sensible a las necesidades de cada niño y de su familia. La identificación de esas necesidades se realiza con ayuda de la propia familia. El profesional se preocupa constantemente de que las familias sean las que vayan tomando las decisiones finales

Desde hace tiempo, se hace hincapié en la necesidad de realizar estudios sobre la implicación de la familia en el proceso de intervención, así pues García-Sánchez (2002) afirma la necesidad de estudiar en profundidad las interacciones que se establecen entre riesgo familiar y riesgo biológico, y demanda el estudio de variables como la cohesión familiar, adaptabilidad, sistemas de opinión, creencias o expectativas, capacidad de solucionar problemas relacionados con la evolución del

niño o afrontar distintas fuentes de estrés, nivel de confianza de la familia en sus propias capacidades, etc.

Bien es cierto que se realizan investigaciones y se trabaja para conseguir un modelo cercano al centrado en la familia, ya que se ha demostrado la relevancia de su implicación en los resultados conseguidos en la intervención. Por ejemplo, Moreno-Torres et al. (2011) afirman que el grado de estimulación, refiriéndose a la implicación familiar en la rehabilitación de niños con Discapacidad Auditiva, a los 12 meses es el único factor de los estudiados en su investigación que correlaciona con el desarrollo lingüístico de los niños con implante coclear 12 más tarde de la implantación; confirmando así la gran importancia de la familia en los progresos del niño.

Sin embargo el cambio se debe llevar a cabo de forma coherente atendiendo a las necesidades individuales de cada caso, y con un objetivo final. En este nuevo enfoque, el objetivo de Pérez-López y Brito (2004) expuesto anteriormente resultaría incompleto, por ello se encuentran redefiniciones de la finalidad de la Atención Temprana centrada en la familia, como por ejemplo:

La intervención con las familias debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando restablecer el feed-back en la relación padres-niño. (Belda, 2014, p. 196)

Se ha comentado previamente la importancia de una intervención individualizada, ya que hay muchos factores que influyen en la aceptación y el estrés que supone tener un hijo con alteraciones en el desarrollo, sean del tipo que sean. Por ello, como cada familia es única, se deberán utilizar estrategias adaptadas a sus necesidades, con la intención de reducir el estrés que puedan sentir y evitar que se sientan abrumadas y desbordadas por la situación.

Un trabajo de investigación (Botana y Peralbo, 2014) ha estudiado el nivel de estrés de los padres y sus concepciones acerca de la educación de sus hijos con trastornos del desarrollo, atendiendo a los resultados que se obtienen en la recuperación de las dificultades o trastornos en un Servicio de Atención Temprana. Los resultados muestran que la recuperación de los trastornos de los hijos se relaciona en mayor medida con niveles de respuesta defensiva más bajos por parte de los padres en relación al nivel de estrés percibido, así como con concepciones modernas sobre el desarrollo de sus hijos.

Estas concepciones modernas hacen referencia a un tipo de interacción herencia-medio, adoptando un estilo educativo democrático utilizando el razonamiento y las explicaciones como técnicas de control de la conducta; tienden a asumir la legitimidad de los deseos de sus hijos e intentan obtener de ellos la aceptación voluntaria de las decisiones.

Teniendo evidencias de que este estilo educativo favorece la recuperación del niño con trastorno del desarrollo, lo más lógico sería pensar que se debe guiar a todas las familias a seguir este patrón y cambiar las ideas de los padres sobre su papel en la crianza de sus hijos. Sin embargo, esto sería un error.

Dentro de las familias, según Ochoa y San Juan (2001), se definen dos realidades o modelos que las sustentan. Por una parte encontramos el modelo operativo, definiéndose como el estilo de la familia en llevar a cabo sus tareas, es decir, funcionamientos familiares donde las orientaciones o recomendaciones pueden tener mucho efecto. Por otro lado el modelo fundante, se caracteriza por creencias, actitudes y mitos familiares muy arraigados e interiorizados, que en ocasiones provienen de generaciones anteriores y la labor de un terapeuta como el logopeda queda limitada.

Es por ello que se debe establecer un vínculo con las familias, dentro los límites del terreno profesional, para ser capaces de conocer o intuir las causas y motivos de la relación parental que se establece en el sistema familiar, y así tener conciencia de qué conductas se podrán redirigir y orientar, respetando la personalidad y creencias internas de cada familia.

Además, otra función esencial del terapeuta en la intervención con familias en Atención Temprana, es proporcionar información sobre el tratamiento y su participación en el proceso. Estudios, como por ejemplo el de Mendenhall, Fristad y Early (2009) relacionan la gravedad de los síntomas de los niños con las creencias de sus padres sobre estos aspectos.

1.3. Prácticas Centradas en la Familia.

Tras este análisis, se conocen de manera muy breve los objetivos de intervención con las familias y consideraciones a tener en cuenta en el proceso para lograr los mejores resultados, sin embargo, ¿cuáles son las acciones concretas que se deben llevar a cabo para proporcionar a cada familia la mejor atención?

Para dar respuesta a esta cuestión, McWilliam (2016) describe algunas prácticas específicas para implementar el Enfoque Centrado en la Familia, proporcionando además algunos instrumentos para determinar la fidelidad con la que se llevan a cabo.

Este autor pone sobre la mesa la incongruencia del planteamiento de las intervenciones clásicas, en las que el niño pasa una hora a la semana con uno o más profesionales, con la forma en la que aprenden los niños.

Autores como García-Sánchez et al. (2014), ya ponen de manifiesto previamente las diferencias existentes entre el aprendizaje de los niños y los adultos. El aprendizaje de los niños debe ser contextualizado, llevándose a cabo en todo momento, de forma lenta y reiterada. Esto implica que para que el niño realice progresos, y adquiera nuevas habilidades y conocimientos, deberá estar inmerso en un ambiente que refuerce los aprendizajes que se pretenden efectuar.

Esta idea refuerza los estudios expuestos anteriormente, sobre la correlación entre la implicación familiar en la rehabilitación del niño, y los resultados de la intervención.

El ambiente al que se hace referencia, no es nada más y nada menos que el día a día de los niños y las familias; Dunst, Hamby, Trivette, Raab y Bruder (2000) encontraron en un estudio realizado en Estados Unidos, que la vida familiar está formada por unos 22 eventos de la vida cotidiana que brindan a los niños

oportunidades de aprendizaje, como las comidas, baños, paseos, vestirse y desvestirse, historias para dormir, etc.

Estos momentos son, en definitiva, las rutinas que se establecen en la dinámica familiar. Por todo ello, son un momento ideal para aplicar las orientaciones y pautas de los profesionales en Atención Temprana, y así llevar a cabo una intervención de calidad que permita la generalización de los objetivos propuestos en el plan.

McWilliam (2016) propone 7 estrategias para implementar las Prácticas Centradas en la Familia:

1. Ecomapa.
2. Entrevista basada en rutinas.
3. Decisión de objetivos y consecución de los mismos.
4. Proveedor de servicios primarios.
5. Uso de entornos naturales e inclusivos.
6. Asesoramiento colaborativo.
7. Terapia individualizada dentro de las rutinas.

La primera de ellas tiene el objetivo de comprender la ecología familiar, definiendo las personas que viven con el niño, los apoyos informales, los apoyos formales y los intermedios. Se trata de la realización de un *ecomapa*, dibujando un diagrama con los apoyos con los que cuenta la familia, empleando tres niveles de grosor de líneas para cada uno de ellos; la línea más gruesa para los apoyos fuertes, un poco más delgada para los moderados y la más delgada los que están presentes pero no proporcionan mucho apoyo adicional. Las líneas de puntos representan las fuentes de estrés, personas que generan ansiedad a algún miembro de la familia.

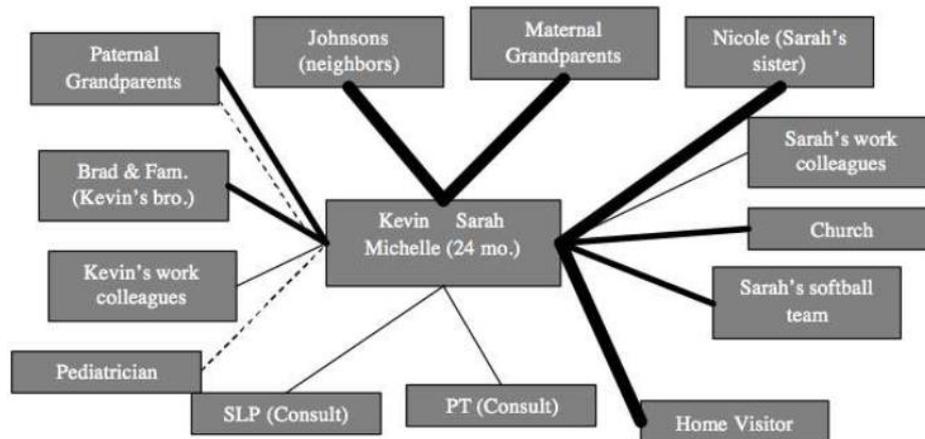


Figura 2. Ejemplo de ecomapa (McWilliam, 2009) (Extraído de Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, p.6)

Es una herramienta muy ilustrativa, que proporciona al terapeuta una visión clara de la situación familiar, organizando y recogiendo las bases sentadas por el Modelo Socio Ecológico. El autor del mismo, Bronfenbrenner (1979), afirma que el abordaje de una situación engloba el entendimiento de las entidades que se participan, así como la relación entre ellas; por lo tanto el desarrollo individual debe comprenderse en el contexto del ecosistema, ya que las personas crecen y se adaptan a través del intercambio con su ambiente inmediato (la familia) y con ambientes más distantes como la escuela y la comunidad. (citado en Rodríguez, Alvarado y Moreno, 2017)

La segunda práctica es la *entrevista basada en rutinas (EBR)*, que se define según McWilliam (2009) como:

Una entrevista inicial semiestructurada diseñada para ayudar a las familias a definir los objetivos de su plan individualizado, provee una rica descripción del funcionamiento del niño y de su entorno familiar y establece una rápida y positiva relación entre la familia y el profesional. (Traducido de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, p.17)

En esta entrevista se discuten las preocupaciones familiares y los gustos e implicación del niño en las distintas rutinas diarias, preguntando indirectamente quién participa en las rutinas, qué hace el niño, cómo y cuánto participa el niño en ese momento, qué realiza el niño de forma independiente, cómo se relaciona a nivel social, y cómo de satisfecho está el cuidador con la rutina.

A partir de ahí se determinan las necesidades de intervención, lo que nos lleva a la tercer práctica del modelo, la *decisión de objetivos y consecución de los mismos*. Normalmente la entrevista da lugar a 10-12 objetivos funcionales elegidos por la familia, la mayoría van dirigidos al niño, pero también se planea algún objetivo familiar, que puede estar relacionado con tiempo libre para los padres, o algún aspecto laboral.

Además la familia conjuntamente con el profesional, deciden el criterio de logro del objetivo (por ejemplo, dirigir la mirada 3 veces al cuidador en el momento del baño), el de generalización (por ejemplo, que la conducta tenga lugar en el baño y en el momento de juego), y el criterio de mantención (por ejemplo, cuatro días consecutivos).

Continuando con las prácticas propuestas por McWilliam (2016), encontramos el *proveedor de servicios primarios (PSP)*. Es un profesional estable que trabaja con la familia en todas las necesidades del niño y de la familia, actuaría como coordinador del caso estableciendo una relación sólida tanto con la familia como con otros profesionales, trabajando de manera transdisciplinar.

Este concepto de transdisciplinariedad hace referencia a los equipos en los que los profesionales adquieren conocimientos de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica (Montes, 2013).

La siguiente propuesta consiste el *uso de entornos naturales e inclusivos*, es decir, llevar a cabo la intervención en los lugares donde estaría el niño si no tuviera una discapacidad. Esta estrategia se basa en un principio conceptual y ético. El conceptual se refiere a que los servicios deben ser cómodos y tan relevantes para las familias como sea posible, trabajando destrezas importantes en la vida real del niño. El enfoque ético pretende asegurar que las personas con discapacidad participen en los espacios que existen en la sociedad, al igual que el resto de los ciudadanos.

Parte de esta intervención consiste en el asesoramiento tanto a las familias, como a otros profesionales que trabajan con el niño, por ejemplo los profesores de las escuelas infantiles.

En las técnicas empleadas tradicionalmente, este asesoramiento era un pilar fundamental de la intervención, llevándolo a cabo desde la perspectiva del *experto resolutor*, enjuiciando situaciones y detectando causalidades lineales, y el modelo de *trasplante*, en el que desde una posición “superior” se dan indicaciones de cómo actuar. (Ochoa y San Juan, 2001)

McWilliam (2016) propone la aplicación del enfoque del *asesoramiento colaborativo*, siendo el terapeuta y el asesorado quienes deciden de forma conjunta cuál es el problema, encontrando las necesidades individualizadas en la EBR; cuál debería ser la intervención, proponiendo los objetivos que se desean alcanzar; y si la intervención ha sido exitosa, tanto en la ejecución por parte de los padres como en el progreso del niño.

Centrando más esta práctica, se concreta que es esencial formular muchas preguntas antes de ofrecer una sugerencia, de este modo la familia se siente empoderada, siendo un colaborador significativo en el proceso.

Para llevar a cabo este asesoramiento colaborativo, se propone un método de terapia integrativa, *individualizada dentro de rutinas*. Este método consiste en la inmersión en el entorno natural, como la casa o la escuela infantil. Se realiza una observación del niño, evaluando la situación y hablando con la familia o el profesor. En este punto se plantean las dudas y necesidades puntuales, por ejemplo en el momento de juego libre. A partir de ahí, el terapeuta se une al niño en la actividad y entrelaza la intervención dentro de la misma, estableciendo la comunicación con la familia o el profesor para que sean capaces de adoptar las nuevas estrategias en el día a día.

Además de las prácticas para implementar el Modelo Basado en Rutinas, se utilizan diferentes técnicas para determinar si éstas se están llevando a cabo de forma correcta, y tienen los efectos deseados.

Se realiza una evaluación global de programa mediante 6 medidas:

- Evaluaciones de práctica típica.
- Listas de verificaciones.
- Escala de logro de objetivos.
- Evaluaciones familiares de sus resultados inmediatos.

- Evaluaciones familiares de sus resultados a largo plazo.
- Evaluaciones familiares del funcionamiento del niño.

1.4. Necesidades formativas en Prácticas Centradas en la Familia.

Boavida, Aguiar, McWilliam y Correia (2016) realizaron un estudio en Portugal en el que participaron más de 200 profesionales, entre los que se encuentran miembros del equipo de Atención Temprana y profesionales que trabajan estrechamente con él. Se llevó a cabo un programa de capacitación proporcionando múltiples experiencias de aprendizaje y oportunidades de autoevaluación y monitoreo.

Los resultados del estudio apoyan la efectividad del programa para mejorar la calidad de las metas y los objetivos, siendo más funcionales y con mejores criterios de medición; destacando la importancia de la EBR en el proceso.

También se resalta la gran importancia de la capacitación de los profesionales en la implementación del programa, además de otras habilidades como la competencia, la organización y la capacidad de liderazgo. Es por ello que la formación específica es un aspecto esencial para poder llevar a cabo estas técnicas de forma exitosa.

Con el objetivo de evidenciar las necesidades de formación de Prácticas Centradas en la Familia en España, García-Sánchez, Rubio-Gómez, Orcajada-Sánchez, Escorcia-Mora y Cañadas (2018), realizan un estudio con la participación de 121 profesionales con experiencia en Atención Temprana, de 13 comunidades autónomas.

En él se pone de manifiesto que la temática con mayor demanda de formación es la transdisciplinariedad, aspecto comentado previamente en el presente trabajo, que requiere de la oportunidad de observar la implementación de las prácticas de otros profesionales, experimentarlas, ser supervisadas y reflexionar sobre ellas constantemente, y compartir dudas e incertidumbres entre sí. Además, se encuentra necesaria e importante la formación en las herramientas y técnicas del modelo, así como reforzar los conocimientos de la filosofía que subyace en el mismo.

Mediante estas conclusiones se evidencia la importancia de la formación de los profesionales, y el largo proceso que conlleva el cambio de enfoque y asentamiento

de un nuevo modelo, que cambia la metodología de trabajo del equipo de Atención Temprana.

1.5. Estudios sobre las Prácticas Centradas en la Familia.

Una vez queda constancia del proceso que debe seguirse para la correcta implementación del Modelo Centrado en la Familia, y se han puesto de manifiesto las necesidades formativas actuales para llevar a cabo este cambio, se exponen a continuación algunas investigaciones sobre los resultados obtenidos en la aplicación del modelo.

Con el fin de comprender la importancia del empoderamiento familiar en el Modelo de Trabajo Centrado en Rutinas y Contextos Naturales, y su relación con la Calidad de Vida Familiar, Sierra (2016) realiza una investigación analizando las percepciones de los padres sobre el modelo, y la repercusión del mismo en la calidad de vida familiar.

Para llevar a cabo el estudio se analizó una muestra de once familias con niños entre 0 a 6 años con discapacidad o en situación de riesgo en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. La investigación consta de dos fases; en la primera se aplicó la Escala de Calidad de Vida Familiar (McWilliam y Cassey, 2013) en dos momentos, al inicio de la intervención y al final, obteniendo un porcentaje de cambio, que en todos los casos resultó ser positivo y significativo. Por otro lado, se realizó una entrevista semi-estructurada de cierre de proceso para comprender los cambios que han tenido lugar en el niño y la familia. Se concluye que los padres identifican la influencia del modelo en su calidad de vida mostrando una percepción positiva ante éste, y repercutiendo en el bienestar emocional, la interacción familiar, el rol parental y el apoyo a la persona con discapacidad.

Atendiendo a estos resultados, la aplicación del modelo aporta grandes beneficios, ya que la mejora en la calidad de vida familiar es el fin último de toda intervención en Atención Temprana.

Molestina (2013) realiza otro estudio enmarcado en la misma investigación empleando la misma muestra, pero planteando diferentes objetivos. Por un lado, pretende identificar los cambios en el desarrollo de los niños producidos por la intervención, mediante el empleo de la Escala de Desarrollo Battelle y, por otro lado,

describir las competencias que los padres han desarrollado durante el proceso, a través de una entrevista de cierre.

Los resultados evidencian la interrelación del desarrollo de competencias de los padres, con el desarrollo de los niños. Se demostró que los padres desarrollan competencias por medio de la intervención del Modelo de Trabajo Centrado en las Rutinas y Entorno Familiar, y que influyen en el desarrollo de sus hijos, produciéndose cambios significativos en casi todos los casos. Algunos obtuvieron avances muy significativos, mientras que hubo niños que no presentaron cambios o se retiraron del proceso, lo que se relaciona con la implicación de los padres en el mismo.

De este estudio, se destaca la siguiente afirmación:

Es el involucramiento familiar y convertir a la rutina y contexto familiar en un contexto de desarrollo, lo que favorece el desarrollo de los niños y cambios evidentes en las dinámicas familiares. Esto se evidencia en la intervención que se ha desarrollado, al ver la relación entre competencias familiares y desarrollo de los niños. (Molestina, 2016, p.53)

Por último, se recoge una investigación en la que Gràcia y Dominiconi, (2017), se proponen valorar las interacciones comunicativas y lingüísticas que forman parte de las rutinas de las familias con el fin de planificar un asesoramiento. Para ello se describen las prácticas de las familias y se argumenta como a partir de esta información se pueden planificar intervenciones efectivas centradas en la familia en el marco de sus rutinas.

Para llevarse a cabo, emplearon la Prueba de Lenguaje Oral Navarra (PLON); la EBR; y una adaptación propia que se encuentra en proceso de validación, de la Escala de Valoración de la Enseñanza de la Lengua Oral en contexto Escolar (EVALOE), la Escala de Valoración de la Enseñanza de la Lengua Oral en contexto Familiar (EVALOF).

Participaron 4 familias, con hijos de 5 años. La evaluación del lenguaje a través del PLON pone de manifiesto que casi todos necesitaban mejorar su desarrollo lingüístico, presentando dificultades en una o más dimensiones de la prueba (forma, contenido o uso de la lengua oral). Al mismo tiempo, las entrevistas con los padres

sobre las rutinas diarias indican que pueden ser mejor aprovechadas para estimular el lenguaje de sus hijos.

Más concretamente, se destacan momentos como las comidas, en las que sólo una de las familias aprovecha para estar juntos y hablar. Las actividades más elegidas para hablar son las que implican un traslado, como a casa o a la escuela, y tres de las familias acostumbran a mirar cuentos con los niños.

Para planificar la intervención centrada en la familia, es esencial el análisis de situaciones naturales en las rutinas familiares, conociendo la percepción de las actividades que realizan conjuntamente para poder valorarlas y diseñar una intervención ajustada a las necesidades de forma conjunta. Se incluirán pautas con el objetivo de aprovechar las situaciones diarias para mejorar el nivel de desarrollo lingüístico de los niños.

1.6. OBJETIVOS

a) Objetivo general

Estudiar la valoración de los familiares de los niños/as que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, sobre los cambios producidos en las rutinas diarias a partir de la intervención.

b) Objetivos específicos

OE1: Valorar el grado de satisfacción familiar con la intervención y sus resultados.

OE2: Comprobar la apreciación o no de cambios en las rutinas del niño/a por parte de los familiares, a partir de la intervención en Atención Temprana.

OE3: Determinar si existen, o no, relaciones significativas entre los factores medidos en las rutinas referentes al adulto y al niño, en función de los momentos de la intervención.

OE4: Analizar los progresos en el tiempo y la gravedad de las dificultades en los procesos comunicativos del niño/a durante las rutinas, a partir de la intervención logopédica en Atención Temprana, y comprobar la existencia o no de asociación estadística.

c) Hipótesis

H1: Los familiares de los sujetos que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, están satisfechos con la intervención y sus resultados.

H2: Se aprecian cambios importantes en las rutinas del niño/a por parte de los familiares, a partir de la intervención en Atención Temprana.

H3: El momento de la intervención es determinante en los resultados de los factores medidos en las rutinas referentes al adulto y al niño/a.

H4: El tiempo de intervención logopédica invertido y la gravedad de las dificultades del niño/a es influyente en los progresos alcanzados en los procesos comunicativos durante las rutinas.

CAPÍTULO II: ESTUDIO EMPÍRICO

2. MÉTODO

2.1. Participantes

En el estudio han participado un total de 20 familiares de los niños/as que acuden a intervención en el Centro Base de Valladolid. De estos 20, 14 corresponden a los cuidadores de niños/as que acuden a Logopedia; 3 a Estimulación Temprana; y 4 a Fisioterapia, ya que uno de ellos acude a Logopedia y Fisioterapia de forma simultánea.

La Tabla 1 del Anexo 3 presenta un resumen de los datos personales y del núcleo familiar. En el estudio participaron 17 mujeres (85%) y 3 hombres (15%). Las edades de los mismos se encontraban comprendidas entre los 31 y los 65 años, ya que en dos casos fueron las abuelas las que completaron el cuestionario.

En cuanto al nivel de estudios, se recogieron datos de la madre y el padre indistintamente de quién contestara. El 33,3% (N=11) de las madres posee estudios universitarios o de postgrado (N=5 27,8%), mientras que los padres sólo un 18,8% posee carrera universitaria (N=3), donde el mayor porcentaje recae en estudios de F.P. de Grado Medio (N=5 31,3%).

En cuanto a los niños, (véase Anexo 3, Tabla 2) encontramos que el 35% se encuentran entre los 13 y los 30 meses de edad (N=7), el 30% entre los 31 y 36 (N=6), y el 35% poseen más de 36 (N=7). La mayoría acuden a guardería (N= 9, 45%), o a escuela infantil (N=7, 35%).

Se recogieron diferentes motivos por los que acuden a intervención; el 30% de los niños/as presentaron dificultades motrices (N=6), el 15% problemas auditivos (N=3) auditivos, el 60% dificultades del lenguaje (N=12), el 15% conductuales (N=3), siendo los mismos datos para aquellos que manifiestan dificultades de la comunicación e interacción (N=3,15%) y otras dificultades (N=3,15%). En este apartado se debe resaltar que la información fue completada por los familiares de los niños/as, por lo que puede existir una falta de objetividad al no ser plenamente conscientes de las dificultades que presentan.

Además, en referencia a estas dificultades, los familiares valoraron la gravedad de las mismas en el momento actual, siendo consideradas como *leves* el 40% (N=8), el 30% como *moderadas* (N=6), el 15% *graves* (N=3), un 10% *sin importancia* (N=2), y por último un 5% *muy graves* (N=1) (véase Anexo 3, Tabla 3).

2.2. Instrumentos

Para la recogida de datos se empleó un cuestionario de elaboración propia, *Cuestionario de satisfacción familiar en las rutinas diarias sobre la intervención en los servicios de Atención Temprana*. Éste se subdivide en distintos apartados que recogen una visión global de la familia, el niño y la intervención.

- **Datos personales:** sexo, edad, relación con el niño/a, nivel de estudios de la madre/tutora legal y el padre/tutor legal, actividad laboral de los mismos, y localidad.
- **Datos del niño/a:** edad, sexo, número de hermanos, lugar que ocupa, escolarización, motivo/s por los que acude al Centro Base, la consideración de gravedad de las dificultades del niño/a, y los especialistas médicos a los que acude y/o ha acudido.
- **Datos de la intervención:** intervenciones a las que acude actualmente en el Centro Base, a las que ha acudido previamente, y las terapias a las que acude y/o ha acudido fuera del Centro Base.

- **Aspectos sobre la interacción con el niño/a:** estilo comunicativo preferente del niño/a y papel que se desempeña con mayor frecuencia por parte de la madre/tutora legal y el padre/tutor legal en la interacción con el niño.
- **Rutinas:** se recogen cuestiones referentes al niño como autonomía, interacción, iniciativa, aprendizaje y disfrute, y cuestiones referentes al adulto como la comprensión, el seguimiento de intereses, uso de elementos distractores, el disfrute y la satisfacción general, todo ello en las rutinas de *vestir, comida principal, juego y baño*.

Las preguntas del cuestionario son, en su mayoría, de respuesta cerrada simple, sin embargo, para poder abarcar y recoger toda la información que se pretendía, se incluyeron preguntas con respuestas categóricas dicotómicas y politómicas.

La selección y redacción de las dimensiones y variables se ha realizado en función de criterio propio a partir de la reflexión sobre la experiencia del periodo de prácticas en el Centro Base, además del apoyo del manual: *Hablando... nos entendemos los dos, una guía práctica para padres de niños con retraso del lenguaje* (Pepper y Weitzman, 2007).

2.3. Diseño de la investigación

Con el propósito de responder a las preguntas de investigación manifiestas y cumplir con los objetivos del estudio, nos decantamos por un diseño de investigación cuantitativo, basado en el razonamiento deductivo, en el que los conceptos se reducen a variables para comprobar si la teoría se confirma. Además, utilizamos un instrumento basado en la objetividad de las respuestas.

Nuestro estudio se define como un diseño no experimental en el que las variables se observan tal y como se han dado en el contexto natural, sin someterlas a manipulación experimental. Es transversal, pues se han recogido los datos en un momento dado; descriptivo, mediante la observación y descripción de los valores resultantes de las variables. Por último, es un diseño inferencial, a través del cual comprobamos la asociación y la dependencia entre las distintas variables estudiadas.

2.4. Procedimiento

Para la aplicación del cuestionario previamente se pidió permiso al centro una vez completada la versión definitiva, con el visto bueno de la tutora del trabajo y de la logopeda del Centro Base (tutora durante el periodo de prácticas).

La cumplimentación del cuestionario se llevó a cabo durante las sesiones de intervención, ya que los niños siempre entran acompañados de algún familiar, normalmente padres. En las sesiones de Estimulación Temprana y Fisioterapia era presentada por el profesional como alumna de prácticas de Logopedia, en el caso de las sesiones de Logopedia eran familias ya conocidas durante el periodo de prácticas.

En primer lugar, se les informaba del estudio, se resumía la información de la introducción, y se les preguntaba si querían participar, a lo que todos accedieron. Además se ofrecía la posibilidad de consultar cualquier duda o pregunta que les pudiera surgir. El tiempo empleado para completarlo resultó muy variado, mientras que a algunos les bastaban 10 minutos, en algún caso se llegó a tardar 40 minutos.

Las consultas que realizaban en general eran más bien comentarios sobre la evolución de los niños y sus conductas, en esos casos se aclaraba que no existen respuestas correctas e incorrectas, y se explicaba de nuevo el enunciado si fuera necesario.

Una vez finalizado, se agradecía de nuevo la colaboración.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

3.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), en su versión 21. A fin de reducir el espacio de tablas secundarias y facilitar la redacción del contenido, algunos estadísticos aparecen detallados en los anexos correspondientes. En este caso, se ha realizado un estudio de pruebas no paramétricas ya que la muestra es menor de 25 participantes.

Para el estudio, aunque se solicitaron algunas más, se adoptaron principalmente como variables independientes el estilo comunicativo del niño/a, el papel de los padres en la interacción con sus hijos, el tiempo que llevan acudiendo a Logopedia los niños/as y la valoración de la gravedad de las dificultades de los mismos. Como variables dependientes, las cuestiones referentes al adulto, englobando la satisfacción general con las rutinas, el grado de comprensión de lo que el niño/a desea comunicar, el seguimiento de intereses del niño/a, el uso de elementos distractores y el disfrute con el niño; y las cuestiones referentes al niño/a siendo la autonomía, la interacción, la iniciativa comunicativa, el aprendizaje y el disfrute.

3.2. RESULTADOS

3.2.1. Estadísticos descriptivos

Los datos se agrupan según las dimensiones y variables analizadas. La Tabla 4 del Anexo 4, muestra las frecuencias y porcentajes correspondientes a la respuesta por parte de los cuidadores, sobre los distintos **estilos comunicativos de los niños/as**.

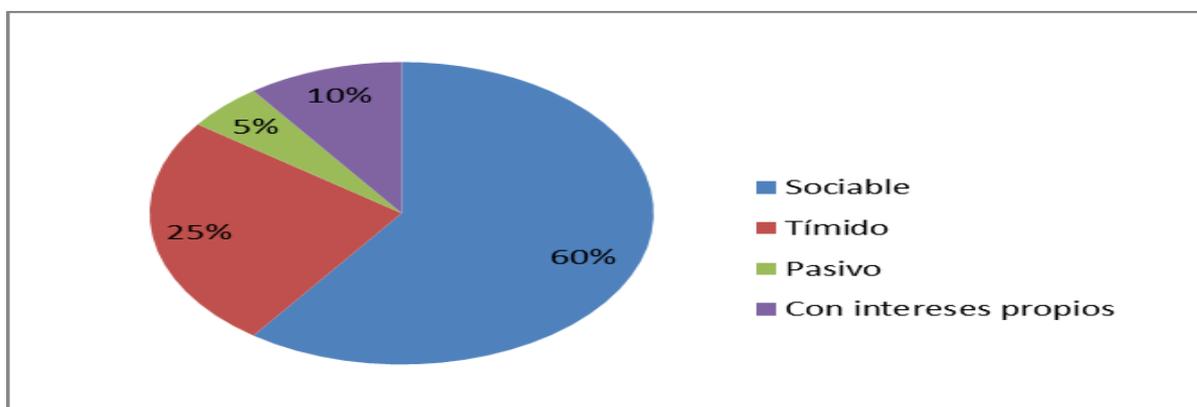


Figura 3. Estilo comunicativo preferente del niño/a.

En la Figura 3 se observa que la mayoría de los niños son valorados como sociables (N=12, 60%), un cuarto de la muestra como tímidos (N=5, 25%), y únicamente el 15% entrarían en el grupo de pasivos y con intereses propios (N=3).

Por otro lado, se recogieron datos sobre el papel que desempeñan la madre (M) y el padre (P) de forma más frecuente en **la interacción con sus hijos**, ante lo que se obtuvieron los resultados que se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5.

Papel que desempeñan la madre y el padre más frecuentemente en la interacción con el niño/a.

		F	%
Directivo	M	8	42,1
	P	4	21,1
Animador	M	11	57,9
	P	12	63,2
Facilitador	M	–	–
	P	2	10,5
Espectador	M	–	–
	P	1	5,3

Mientras que las madres son definidas únicamente como directivas y animadoras, superando estas últimas a las directivas en un 16%, en los padres existe una clara mayoría para los definidos como animadores (63,2%), y se encuentra algún caso de facilitador (10,5%) y espectador (5,3%).

Una vez conocidas las características de los niños/as y sus padres, se recogieron aspectos de las diferentes rutinas diarias antes de la intervención y en el momento actual. Para obtener una visión global de la valoración de los efectos de la intervención, se recoge **la satisfacción general de cada rutina** presentando los resultados plasmados en las Tablas 6 y 7.

Tabla 6.

Satisfacción general con la rutina antes de la intervención.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
	%	%	%	%
Nada	10	5	10	10
Poco	10	5	10	5
Regular	35	40	10	20
Bastante	40	45	50	45
Mucho	5	5	20	20

Antes de comenzar la intervención los cuidadores se encuentran *bastante* satisfechos con las rutinas, obteniendo esta valoración los picos más altos de respuesta, entre el 40% y el 50%. Sin embargo se aprecia mayor satisfacción en las rutinas de *juego* y *baño*, recogiendo un 20% de respuestas en la categoría de *mucho*, y más *regular* en las rutinas de *vestir* y la *comida principal*, con un 35% y un 40% respectivamente.

Tabla 7.

Satisfacción general con la rutina actualmente.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
	%	%	%	%
Poco	–	5	–	5
Regular	20	5	10	5
Bastante	50	60	40	35
Mucho	30	30	50	55

Actualmente, la satisfacción general ha incrementado, se aprecia el predominio de las respuestas de *bastante* y *mucho*, además con valores altos que llegan a alcanzar el 55% y 60%. Se observa claramente como la categoría de *nada* desaparece, y se mantiene una mayor satisfacción en las rutinas de *juego* y *baño*.

Comparando ambos momentos se aprecian cambios considerables; las respuestas de *nada*, *poco* y *regular*, disminuyen entre el 5% y el 35%, sin apreciarse cambios en tres ocasiones, existiendo pequeñas diferencias entre las distintas rutinas. Por otro lado, en la categoría de *bastante* las rutinas de *vestir* y la *comida principal* incrementan un 10% y un 15% respectivamente, mientras que en el *juego* y el *baño* disminuye un 10%. Pero sin duda el cambio más llamativo se encuentra en la valoración de *mucho*, en la que en todas las rutinas se incrementa entre un 25% y 35% (ver Figura 4).

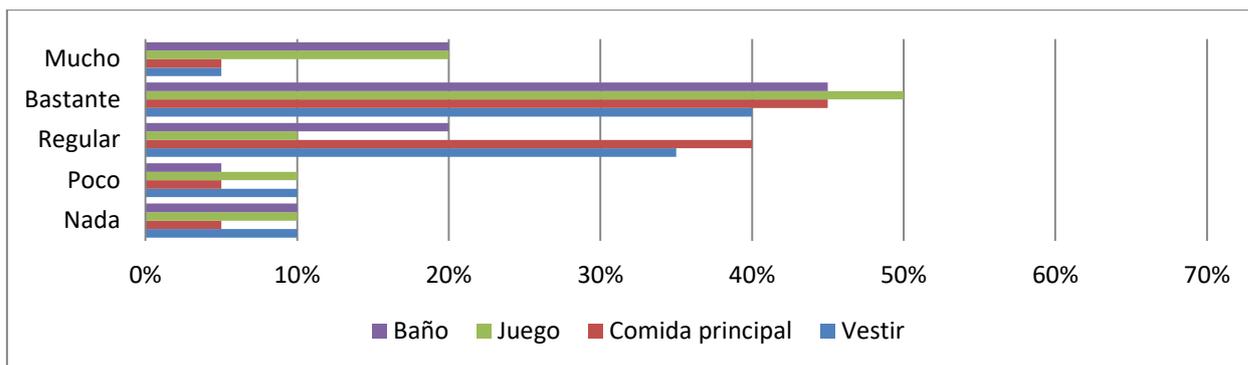


Figura 4. Satisfacción general antes de la intervención

En el gráfico se visualizan los datos comentados previamente, de manera que se destacan las pequeñas diferencias entre las rutinas, y se observa el predominio de las respuestas de *regular* y *bastante*,

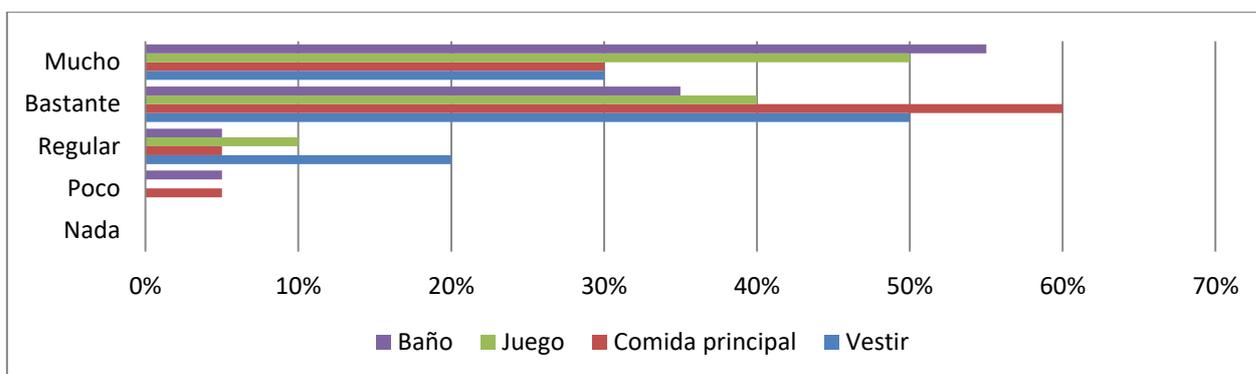


Figura 5. Satisfacción general actualmente.

La Figura 5 representa el conjunto de respuestas que recogen información sobre la satisfacción actual. En ella se evidencia el incremento de la satisfacción comentado previamente.

Los resultados obtenidos sobre la **autovaloración del adulto hacia a las rutinas establecidas**, se recogen en las Tablas 8, 9, 10 y 11, en el Anexo 4. En ellas se aprecian cambios con respecto al momento previo a la intervención y el actual, obteniendo un incremento considerable de las respuestas entre el *bastante* y *mucho* en las cuestiones sobre la *comprensión* al niño/a y *el seguimiento de intereses* del mismo. Se destaca que en ambos casos, la valoración *mucho* incrementa entre un 20% y un 40%. Desaparecen las categorías *nada* y *poco*, a excepción de un 5% que actualmente comprende *poco* lo que el niño/a intenta comunicar en el momento del *baño*.

El uso de elementos distractores se desvía del patrón ascendente seguido hasta ahora. En este caso el momento del día en el que actualmente se emplean más elementos distractores como televisión, móvil o Tablet es la *comida principal*, sumando un 65% de respuestas entre *regular* y *bastante*. Sin embargo, *nada* resulta ser la categoría que recoge más respuestas actualmente, rondando entre el 25% y el 65% según las diferentes rutinas, a pesar de que el mayor incremento, aumentando entre el 10% y el 25%, se produzca en el *bastante* uso de estos elementos.

Por último cabe destacar el disfrute del cuidador con el niño/a, que experimenta un cambio en el que los cuidadores disfrutaban *mucho* entre el 5% y el 25% más que antes de la intervención. Cabe destacar el disfrute con el niño/a, por lo general, también era valorado de forma positiva antes de la intervención.

A continuación, **los factores que miden la valoración que realiza el familiar sobre la respuesta del niño o de la niña durante las rutinas**, destacando en las Tablas 12 y 13 aquellas que reflejan aspectos comunicativos, ya que la muestra más representativa es aquella que acude a intervención logopédica y nos interesa conocer especialmente los resultados más relacionados con esta disciplina.

Tabla 12.

Interacción del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir	Comida principal	Juego	Baño
		%	%	%	%
Nada	AI	25	15	15	20
	ACT	—	—	—	—
Poco	AI	30	30	30	25
	ACT	—	—	5	—
Regular	AI	25	35	35	40
	ACT	15	5	—	5
Bastante	AI	20	20	20	15
	ACT	60	60	50	55
Mucho	AI	—	—	—	—
	ACT	25	35	45	40

La interacción del niño/a en los distintos momentos del día sufre un cambio claro. Las respuestas pasan de estar distribuidas de forma más o menos equitativa

repartiéndose entre *nada* y *bastante* con sumando respuestas entre 15% y 40%, a encontrarse centradas en *bastante* y *mucho* con porcentajes de respuesta entre el 25% y 60%. Los niños/as interactúan más tras la intervención, apreciándose actualmente una interacción algo menor en la rutina de *vestir* (ver Tabla 12).

Tabla 13.

Iniciativa comunicativa del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir	Comida principal	Juego	Baño
		%	%	%	%
Nada	AI	40	35	25	30
	ACT	—	—	—	5
Poco	AI	40	25	30	35
	ACT	15	—	5	5
Regular	AI	15	35	30	20
	ACT	15	25	15	5
Bastante	AI	5	5	15	15
	ACT	60	45	40	55
Mucho	AI	—	—	—	—
	ACT	10	30	40	30

En cuanto a la *iniciativa comunicativa* del niño/a, antes de la intervención las respuestas se centraban desde *nada* hasta *regular*, con porcentajes entre el 15% y el 40%. Actualmente, las respuestas predominantes se engloban entre *bastante* y *mucho*, llegando a alcanzar el 60%. Estos cambios que suponen incrementos de entre el 10% y 55% en las categorías actualmente predominantes, ponen de manifiesto la mayor *iniciativa comunicativa* de los niños/as tras comenzar la intervención (ver Tabla 13).

En las Tablas 14, 15 y 16 del Anexo 4 podemos observar cambios en la *autonomía*, *aprendizaje* y *disfrute* de los niños/as. En cuanto a la *autonomía*, la *comida principal*, el *juego* y el *baño* son los momentos en los que se evidencia más el cambio, con un incremento del 30% en las respuestas *mucho*, siendo la mitad en la rutina de *vestir* (15%), aunque se debe considerar que antes de la intervención también se denota menor autonomía en esta rutina.

Según los datos observados, las rutinas en las que se realiza un mayor *aprendizaje* son el *juego* y el *baño*, en las que actualmente el 40% y 35% de cuidadores consideran que los niños/as aprenden mucho, frente al 15% y 5% que lo opinan en las rutinas de *vestir* y la *comida principal* respectivamente. Aunque se evidencia un cambio positivo en todas ellas.

Por último la Tabla 16. del Anexo 4. muestra la apreciación de cambios en cuanto al *disfrute* de los niños/as, siendo menos llamativo en la rutina de *vestir*, en la que actualmente el 15% de los cuidadores creen que el niño/a disfruta *mucho*, frente a los datos de las demás rutinas que oscilan entre el 40% y 65%. El cambio más marcado se encuentra en la rutina de *juego* en la que se incrementan en un 55% los niños/as que disfrutaban *mucho*.

3.2.2. Estadísticos de contraste

En este aparato procedemos a indicar el grado de independencia entre las variables de estudio. Como se ha indicado en los estadísticos descriptivos, se observaron previsiblemente cambios en los factores sobre las rutinas entre el antes y el momento actual de la intervención, por ello, vamos a verificar su relación mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson y comprobar si existen diferencias significativas.

En relación al **grado de satisfacción de la rutina**, se han encontrado diferencias significativas en el *juego* ($p=,028$). Como el valor de p es menor que $,05$, aceptamos la hipótesis Alternativa (H_1) y afirmamos que los valores de esta rutina han cambiado significativamente y los padres están más satisfechos actualmente en el período de juego con el niño/a (ver Tabla 17).

Con respecto al resto de rutinas dentro de este ítem, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas salvo en el *baño* ($p=,0114$), con lo cual aceptamos la hipótesis nula (H_0) y afirmamos que no existe asociación entre las variables (*vestir* $p=,082$ *comida principal* $p=,547$ y *baño* $p=,114$).

Tabla 17

Chi cuadrado de Pearson para la satisfacción general con la rutina

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	14,000	10,787	17,200	18,052
Gf	8	12	8	12
Sig. asintót.	,082	,547	,028	,114

En la **autovaloración del adulto hacia las rutinas establecidas**, no se han encontrado diferencias significativas en la *comprensión* al niño/a y *el seguimiento de intereses*, siendo los valores de *p* mayores a ,05 (ver Tablas 18 y 19 en Anexo 5). Por lo tanto, no existe evidencias de contrastes en ambos momentos de la intervención. En el factor *uso de elementos distractores*, se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas en la rutina de *baño* ($X^2=40,00$ $p=,00$), con un nivel de significancia alto (ver Tabla 20 en Anexo 5).

Con respecto al *disfrute del cuidador con el niño/a*, existen diferencias significativas en las rutinas de *vestir* ($p=,006$), *juego* ($p=,002$) y *baño* ($p=,000$), no así en la *comida principal* ($p=,171$). Corroboramos que en este factor es donde se han observado mayor contraste entre los valores de ambos momentos de la intervención, como se observa en la siguiente tabla (Tabla 21):

Tabla 21

Chi cuadrado de Pearson para el disfrute del cuidador con el niño/a.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	27,619	9,050	23,846	29,143
Gf	12	6	8	8
Sig. asintót.	,006	,171	,002	,000

En las respuestas sobre la **valoración que realiza el familiar sobre la respuesta del niño o de la niña durante las rutinas**, sólo se han encontrado diferencias significativas en la rutina de la *comida principal* ($X^2=24,881$ $p=,015$) en el factor

autonomía del niño. En el resto de los factores (*la interacción del niño, el grado de iniciativa comunicativa y el aprendizaje*) se acepta la hipótesis Nula (H_0), y no se indica dependencia de estos entre el antes de la intervención y actualmente (ver Tablas 22, 23, 25 y 25 en Anexo 5).

Por último, y en consonancia con los resultados del disfrute del cuidador, se indican diferencias significativas en las rutinas de *comida principal* ($p=.008$), en el *juego* ($p=.005$) y en el *baño* ($p=.000$) en la medida en que el niño disfruta, siendo $p<.05$ (ver Tabla 26).

Tabla 26

Chi cuadrado de Pearson para el disfrute del niño/a.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X^2	9,286	13,935	21,905	30,644
Gl	6	4	8	8
Sig. asintót.	,158	,008	,005	,000

3.2.2.1. Estadísticos de contraste en relación a la comunicación

A continuación, se va a determinar si existe relación entre las variables relacionadas con la comunicación y los sujetos que acuden a logopedia. En este caso, se procedió a realizar dos tablas de contingencia cruzando las siguientes variables del cuestionario, teniendo en cuenta el momento actual: el grado de interacción del niño o niña con quien se encuentra en ese momento del día, el grado en el que toma la iniciativa comunicativa y el tiempo que lleva acudiendo a rehabilitación logopédica en el centro base (ver Tablas de la 27 a la 34 en Anexo 6).

Los resultados de la prueba nos permiten reconocer que, puesto que la significación es mayor a ,05 en el cruce de variables, aceptamos la hipótesis Nula (H_0) y por tanto, afirmamos que no existe relación entre el tiempo que el sujeto lleva en la intervención con la interacción y la iniciativa comunicativa que el sujeto ha alcanzado actualmente en las rutinas diarias. Los resultados son bastante dispares entre los diferentes momentos y no permiten percibir cambios importantes (ver Tablas 35 y 36 en Anexo 6).

Además se analizó de la misma manera la relación entre la *valoración de la gravedad* de las dificultades del niño/a y grado en el que el mismo toma *la iniciativa comunicativa* actualmente. Se prescinde del análisis relacional con la *interacción comunicativa* por no resultar significativa (ver Tablas de la 37 a la 40 en Anexo 6).

La gravedad de las dificultades influye en el grado en el que el niño toma la iniciativa en las rutinas de *baño, comida principal y vestir*, siendo la significación menor a 0,05 en los tres cruces de variables, aceptando la hipótesis Alterna (H1), ya que los resultados no son significativos en el *juego*, ni en el análisis comentado previamente sobre el tiempo de intervención (ver Tabla 41 en Anexo 6).

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en el estudio, procedemos a revisar los objetivos planteados y a verificar las hipótesis enunciadas al inicio de la investigación.

El objetivo general de la investigación, *estudiar la valoración de los familiares de los niños/as que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, sobre los cambios producidos en las rutinas diarias a partir de la intervención*; se ha llevado a cabo a partir de la consecución de los objetivos específicos planteados.

A través del primero de ellos, *valorar el grado de satisfacción familiar con la intervención y sus resultados*, podemos afirmar que los familiares se sienten satisfechos con la intervención, produciéndose un aumento de satisfacción en todas las rutinas diarias, aunque solo se produzcan cambios estadísticamente significativos en el momento del *juego*. Estas diferencias se explican por la intervención en sí misma, ya que la metodología empleada en intervención en Atención Temprana en el Centro Base de Valladolid es lúdica, empleando el juego como estrategia para trabajar a partir de las necesidades de cada niño. Al encontrarse los familiares presentes en las sesiones, además de dotar al niño de habilidades, los cuidadores adquieren estrategias para estimular a los niños/as a mediante del juego.

Por todo ello, la hipótesis, *los familiares de los sujetos que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, están satisfechos con la intervención y sus resultados*, se confirma. Los resultados muestran una valoración positiva de la intervención, por el aumento en la satisfacción de los distintos momentos de la dinámica familiar, por ello se pueden relacionar con el estudio de Sierra (2016) que pone de manifiesto el reconocimiento de la influencia de la intervención en la calidad de vida familiar.

En cuanto al segundo objetivo, *comprobar la apreciación o no de cambios en las rutinas del niño/a por parte de los familiares, a partir de la intervención en Atención Temprana*, se confirman los cambios tanto por parte de los adultos, que comprenden más al niño/a, siguen de forma más frecuente los intereses del mismo, disfrutan más, y existen variaciones en el *uso de elementos distractores*.

Además, también se apreciaron cambios en las conductas de los niños/as, que interactúan más, ha aumentado el grado en el que toman la iniciativa comunicativa, así como su autonomía, aprendizaje y disfrute. Por tanto, las rutinas de la vida familiar son oportunidades de aprendizaje y permiten una intervención de calidad, tal y como afirmaron Dunst et al. (2000).

Debido a esto, se da por válida la hipótesis, *se aprecian cambios importantes en las rutinas del niño/a por parte de los familiares, a partir de la intervención en Atención Temprana*, mientras que atendiendo al tercer objetivo, *determinar si existen, o no, relaciones significativas entre los factores medidos en las rutinas referentes al adulto y al niño, en función de los momentos de la intervención*, la hipótesis planteada, *el momento de la intervención es determinante en los resultados de los factores medidos en las rutinas referentes al adulto y al niño/a*, se confirma de forma parcial.

Esto es así ya que los cambios comentados previamente únicamente resultan estadísticamente significativos en el uso de elementos distractores en la rutina del *baño*, el disfrute del cuidador en las rutinas de *vestir, juego y baño*, en la autonomía del niño/a en la *comida principal* y en el disfrute del mismo durante la *comida principal*, el *juego* y el *baño*.

Se destacan el disfrute del adulto y del niño/a en las rutinas comentadas que presentan un mayor contraste y significación. Botana y Peralbo (2014) afirman que la recuperación de los trastornos en un Servicio de Atención Temprana se relaciona con niveles bajos de estrés y respuestas defensivas de los padres. En el caso de nuestro estudio, suponemos que a mayor disfrute con el niño/a, existirán menores niveles de estrés, lo que influirá en la evolución del niño/a. Además este incremento del disfrute por parte de los familiares y los niños/as se considera consecuencia de la intervención, por proporcionar habilidades, apoyo y asesoramiento a las familias.

En cuanto al último objetivo, *analizar los progresos en el tiempo y la gravedad de las dificultades en los procesos comunicativos del niño/a durante las rutinas, a partir de la intervención logopédica en Atención Temprana, y comprobar la existencia o no de asociación estadística*, ha permitido descartar la existencia de cambios significativos en la interacción y la iniciativa comunicativa del niño/a en relación al tiempo que llevan acudiendo a intervención logopédica; así pues, se acepta en parte la hipótesis rechazando que *el tiempo de intervención logopédica invertido es influyente en los progresos alcanzados en los procesos comunicativos durante las rutinas*. La falta de significación en los resultados puede ser debida a la heterogeneidad de la muestra, ya que cada patología y cada niño/a tienen necesidades y evolución diferentes.

Esta falta de homogeneidad se ve reflejada en el estilo comunicativo preferente del niño/a, que como se ha reflejado en los resultados, presenta disparidad, siendo predominantes los niños/as con un estilo *sociable*. Además la valoración de la gravedad de las dificultades de los niños/as por parte de los familiares también pone de manifiesto diferencias en la muestra, siendo consideradas todas las opciones por alguna de las familias, y con mayor número de respuestas en la categoría de *leves*.

A raíz de esto, terminando de dar respuesta a la cuarta hipótesis planteada, se confirma la relación significativa entre la gravedad de las dificultades del niño/a y su intención comunicativa actualmente en las rutinas de *baño, comida principal y vestir*, aceptando parcialmente parte de la hipótesis, *la gravedad de las dificultades del niño/a es influyente en los progresos alcanzados en los procesos comunicativos durante las rutinas*. Esta relación que se supone lógica, pone de manifiesto que los familiares son conscientes de las dificultades de los niños/as.

Si bien el análisis llevado a cabo muestra cambios importantes, en muchos casos no ha resultado significativo. Sin embargo, el estudio realizado aporta más que resultados. El hecho de completar el cuestionario resulta beneficioso para los familiares, que deben reflexionar sobre los niños/as, la intervención, los progresos alcanzados y las necesidades persistentes. Esta afirmación proviene de la observación de los distintos comportamientos de los familiares que participaron en el estudio, ya que se apreciaban muchas diferencias en el tiempo empleado para completarlo, en la reflexión de las cuestiones, dudas y comentarios realizados, que manifestaban diferentes grados de implicación y preocupación.

Como conclusión final afirmamos que se producen cambios en las rutinas, aunque debido a la cantidad de factores externos no se pueda asegurar que se deban totalmente a la intervención. Por tanto, es necesario estudiar en profundidad otros agentes implicados en las interacciones familiares y tener en cuenta otras variables (García-Sánchez, 2002). Aun así, se evidencian la existencia de cambios en las actitudes de los familiares y en la evolución en los niños/as.

4.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio posee limitaciones, debido a varios motivos. Una de ellas es la falta de aplicación de un proceso de validación del cuestionario, por lo que no existen garantías de fiabilidad y validez de los resultados.

Encontramos otras limitaciones, que concuerdan con algunos de los *problemas metodológicos teóricamente superables* que García-Sánchez F.A. (2002) define dentro de las limitaciones de la investigación en Atención Temprana.

- Problemas en la medida de las variables y en la obtención de los datos por el grado de subjetividad de los instrumentos. En este aspecto se debe destacar la gran subjetividad del cuestionario, al tratarse de la recogida de una apreciación y valoración por parte de los cuidadores. Además se le suma el sesgo que supone tener que remontarse en el tiempo para dar respuesta a las preguntas referidas al momento antes de la intervención.

- Dificultades para operativizar variables por la naturaleza de los objetivos; ya que los objetivos planteados pretenden apreciar cambios conductuales difícilmente cuantificables.

También encontramos algunos de los *problemas metodológicos intrínsecos al objeto de estudio* como:

- Heterogeneidad inter e intragrupo en las muestras. La muestra recogida presenta muchas diferencias en aspectos que interfieren en los resultados obtenidos, como distintas patologías, edades y tiempo que llevan en la intervención; es por ello que se han recogido todos estos aspectos. Sin embargo, al tratar de sacar conclusiones generales de la intervención y no de un caso concreto se deben recoger varios casos.
- Tamaño de la muestra pequeño, debido a las condiciones y posibilidades del estudio.
- Gran variabilidad intrasujeto, debido al momento del desarrollo en el que se encuentran. Los cambios pueden ser fruto de la maduración, de la evolución de la patología, o consecuencias de la intervención. Sin embargo para controlar estas variables se debería realizar un estudio con una muestra mucho más grande y un grupo control. En este caso nos encontraríamos los *problemas metodológicos de origen ético*, debido a la necesidad de asegurar el acceso a los servicios y recursos disponibles.

4.3. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Como se ha comentado previamente, el cuestionario no ha pasado un proceso de validación, por lo que este trabajo podría definirse más bien como una propuesta de investigación, y servir como punto de partida para la posterior validación del cuestionario.

Para suplir algunas de las limitaciones comentadas previamente, en futuras investigaciones se podría realizar la adaptación del cuestionario a dos versiones. Una de ellas se aplicaría antes de comenzar la intervención, y la otra, pasado un

tiempo fijado, con una muestra más amplia y homogénea que evitaría sesgos en el estudio.

También cabe destacar el interés de añadir nuevas variables al cuestionario, como el nivel de estrés general que presentan los familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belda Oria, J. (2014). La Atención Temprana infantil y su praxis. *Revista Española De Discapacidad*, 2(1), 195–201.
- Boavida, T., Aguiar, C., McWilliam, R. A., & Correia, N. (2016). Effects of an in-service training program using the Routines-Based Interview. *Topics in Early Childhood Special Education*, 36(2), 67-77.
- Botana, I., y Peralbo, M. (2014). Familia, estrés y atención temprana || Family, stress and early care attention. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 1(1), 55.
- Diago, R., Callau, L. y Pisón, P. (coord.) (2011) *La realidad actual de la atención temprana en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Dunst C.J., Hamby D., Trivette C.M., Raab M., & Bruder M.B. (2000). Everyday Family and Community Life and Children's Naturally Occurring Learning Opportunities. *Journal of Early Intervention*, 23, 151-164.
- Gràcia, M., y Domeniconi, C. (2017). Valoración de las rutinas e interacciones comunicativas de familias de preescolares y diseño de una intervención centrada en la familia. *Investigación Cualitativa En educación*, 1, 116–121.
- García-Sánchez, F. A. (2002). Investigación en atención temprana. *Revista de Neurología*, 34(Supl 1), 151–155.
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M., Orcajada, N., y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. Siglo Cero: *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6–27.
- García-Sánchez, F. A., Orcajada-Sánchez N., Escorcía-Mora C. T., y Cañadas M. Necesidades de formación en prácticas centradas en la familia en profesionales de atención temprana españoles. *Bordón*, 70 (2), 39-55.
- Grupo de Atención Temprana, GAT (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana. Tercera edición*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

- Grupo De Atención Temprana, GAT (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Lozano, A. M. (2013). Los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT): una red de centros y profesionales. *Revista Pediatría Atención Temprana*, (22), 21–25.
- McWilliam, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133–173.
- Mendenhall, A.N., Fristad, M.A., & Early, T. J. (2009). Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: Effects of multifamily psycho education groups (MFPGs). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 463-473.
- Molestina, A. (2016). *La incidencia de la intervención del Modelo de Trabajo Centrado en las Rutinas y el Entorno Natural en el desarrollo de niños y en las competencias de las familias*. Tesis doctoral. Universidad Casa Grande, Guayaquil, Ecuador.
- Moreno-Torres, I., Cid, M. del M., Satana, R., y Ramos, Á. (2011). Estimulación temprana y desarrollo lingüístico en niños sordos con Implante coclear: el primer año de experiencia auditiva. *Revista de Investigación En Logopedia*, 1, 56–75
- Ochoa, M. y San Juan, S. (2001) La orientación colaborativa en la relación con las familias. En Montiel J. (Director de Publicaciones). *III Jornadas sobre diagnóstico y orientación*, Jaén, España.
- Pepper J. y Weitzman E. (2007). *Hablando...nos entendemos los dos, una guía práctica para padres de niños con retraso del lenguaje*. Canadá: THE HANEN CENTRE.
- Pérez-López, J. y Brito, A. G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Rodriguez, C., Alvarado, A., y Moreno, E. (2007). Construcción Participativa de un Modelo Socioecológico de Inclusión Social para personas en situación de Discapacidad. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 181–189.

Sierra M. G. (2016). *Percepciones de los padres de familia sobre el Modelo de Trabajo Centrado en las Rutinas y en Contextos Naturales y su influencia en la calidad de vida familiar*. Tesis Doctoral. Universidad Casa Grande, Guayaquil, Ecuador.

Valencia, U. C. de. (n.d.). Documentos del modelo de Atención Temprana Centrado en la Familia Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. Retrieved from Apoyo a familias

Decreto 53/2010, de 2 de diciembre de Coordinación Interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León.

ANEXOS

1. Operativización de variables y diseño del cuestionario.

OBJETIVO	CAMPO DE ESTUDIO	DIMENSIONES	VARIABLE DEFINIDA O INDICADORES	CATEGORÍAS	ÍTEMS	
Estudiar la valoración de los familiares de los niños/as que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, sobre los cambios producidos en las rutinas diarias a partir de la intervención.	Familias	Datos personales	Sexo	Hombre Mujer	A	
			Edad	20-30 31-40 41-50 51-60 Más de 60	B	
			Estado civil	Soltero/a Casado/a Pareja de hecho Divorciado/a Separado/a Viudo/a	C	
			Relación con el niño/a	Padre Madre Abuelo/a Tutor/a Tío/a Hermano/a Otros (indicar cuál)	D	
			Nivel de estudios	Madre/ Tutora legal	Sin estudios Graduado escolar F.P. Grado Medio F.P. Grado Superior Estudios universitarios: diplomaturas/licenciaturas/grados	E
				Padre/ Tutor legal	Estudios universitarios de postgrado: máster, postgrado, ...	
			Actividad laboral	Madre/ Tutora legal	Jornada partida Jornada continua Jornada reducida Trabajo a turnos	F
		Padre/ Tutor legal		En desempleo Labores del hogar Jubilado/a Incapacitado/a para trabajar		
Localidad	Valladolid (ciudad) Provincia Valladolid Otros	G				
	Datos del niño/a	Edad	0-6 meses 7-12 meses 13-18 meses 19-24 meses 25-30 meses 31-36 meses Más de 36 meses	H		

			Sexo	Masculino Femenino	I	
			Nº de hermanos	0 1 2 3 Más de 3	J	
			Lugar que ocupa (por orden de nacimiento)	1º 2º 3º 4º Mayor que 4º	K	
			Escolarización	Guardería Escuela infantil Ludoteca No acude	L	
			Motivo/s por el que acude al Centro Base	Dificultades motrices Dificultades cognitivas Dificultades auditivas Dificultades en el lenguaje Dificultades conductuales Dificultades en la comunicación e interacción Otro (indicar cuál)	M	
			Considero que las dificultades del niño/a en este momento son:	Muy graves Graves Moderadas Leves Sin importancia	N	
			Especialistas médicos a los que acude actualmente y/o ha acudido (citas, revisiones...)	Neuropediatra ORL Psiquiatría infantil Oftalmólogo Cardiólogo Digestivo Endocrino Neonatología Otro (indicar cuál)	Ñ	
			Terapias a las que acude ACTUALMENTE en el Centro Base	Estimulación Temprana Logopedia Fisioterapia	Tiempo que lleva en la terapia	O
					0-6 meses 7-12 meses 13-18 meses 19-24 meses Más de 24 meses	
			Terapias a las que ha acudido PREVIAMENTE en el Centro Base	Estimulación Temprana Logopedia Fisioterapia	Tiempo que lleva en la terapia	P
					0-6 meses 7-12 meses 13-18 meses 19-24	

		Datos de la intervención			meses Más de 24 meses		Q
			Terapias a las que acude o ha acudido FUERA del Centro Base		Logopedia Estimulación Temprana Psicología Fisioterapia Musicoterapia Terapia ocupacional Hidroterapia Otras (indique cuál/es)		
		Aspectos sobre la interacción con el niño/a	Estilo comunicativo preferente del niño/a		Sociable: inicia la interacción y responde fácilmente. Tímido: no inicia interacciones frecuentemente, responde si otros la inician. Pasivo: rara vez inicia una interacción o responde. Con intereses propios: parece ignorar a los demás y tiene propensión a jugar solo.		R
			Existen diferentes papeles a desempeñar en la interacción con el niño/a (<i>Marque con una x la opción que desempeñe con mayor frecuencia con respecto a la interacción con el niño/a</i>)		Madre/ Tutora legal	Directivo: le dice al niño/a lo que debe hacer y cómo hacerlo, y realiza muchas preguntas para comprobar cuánto ha aprendido. Animador: lleva la iniciativa hablando y jugando él la mayoría del tiempo. Facilitador: tiende a hacer todo por el niño/a, sin esperar mucha comunicación. Espectador: observa el juego del niño comentando desde lejos lo que hace.	Padre/ Tutor legal
Rutinas	Cuestiones referentes al niño/a	La autonomía del niño/a en los siguientes momentos del día.	Vestir Comida principal Juego Baño	AI	DI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	1

				La interacción del niño/a con quien se encuentra en ese momento del día (por ejemplo: mira a la persona, señala objetos, responde a estímulos como cosquillas, juegos o preguntas, etc.)	Vestir Comida principal Juego Baño	AI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	2
				DI				
				El grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa (por ejemplo: muestra diferentes objetos para compartirlos con el adulto, hace peticiones, expresa sentimientos y necesidades)	Vestir Comida principal Juego Baño	AI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	3
				DI				
El aprendizaje que realiza el niño/a en ese momento del día (por ejemplo: aprende conceptos como colores y formas, nombres de diferentes objetos, a realizar peticiones, normas como la espera o la toma de turnos, etc.)	Vestir Comida principal Juego Baño	AI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	4				
DI								
En qué medida el niño/a disfruta	Vestir Comida principal Juego Baño	AI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	5				
DI								

			Cuestiones referentes al adulto	Grado de comprensión de lo que el niño/a desea comunicarme.	Vestir Comida principal Juego Baño	AI DI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	6
				En qué medida sigo los intereses del niño/a (por ejemplo: si me muestra un objeto hago comentarios sobre él o realizo preguntas, sigo un juego si lo propone, presto atención a sus intentos de comunicar, etc.)	Vestir Comida principal Juego Baño	AI DI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	7
				Uso de elementos distractores como Tablet, TV, móviles, etc.	Vestir Comida principal Juego Baño	AI DI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	8
				Cuánto disfruto con el niño/a.	Vestir Comida principal Juego Baño	AI DI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	9
				Grado de satisfacción general con la rutina.	Vestir Comida principal Juego Baño	AI DI	Nada Poco Regular Bastante Mucho	10

2. Cuestionario de satisfacción familiar en las rutinas diarias sobre la intervención en los servicios de Atención Temprana.

El siguiente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación de final de grado de la Universidad de Valladolid. Tiene por objetivo estudiar la opinión de los familiares de los niños/as que acuden al servicio de Atención Temprana del Centro Base de Valladolid, sobre los cambios producidos en las rutinas diarias a partir de la intervención. En él se recogen datos personales, del niño/a, de la intervención, y la interacción con el niño/a; para comprobar si existe relación entre éstos y las variaciones en la dinámica familiar.

La información es de carácter confidencial y se completa de forma anónima; ya que los resultados serán manejados sólo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su aportación y colaboración.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN LAS RUTINAS DIARIAS SOBRE LA INTERVENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA

DATOS PERSONALES

A) Sexo Hombre Mujer

B) Edad 20-30

31-40

41-50

51-60

Más de 60

C) Estado civil Soltero/a

Casado/a

Pareja de hecho

Divorciado/a

Separado/a

Viudo/a

D) Relación con el niño/a Padre

Madre

Abuelo/a

Tutor/a

Tío/a

Hermano/a

Otra (indicar cuál): _____

E) Nivel de estudios		Sin estudios	Graduado escolar	F.P. Grado Medio	F.P. Grado Superior	Estudios universitarios (diplomaturas/ licenciaturas/ grados)		Estudios universitarios de postgrado (máster, postgrado,...)	
	Madre/ Tutora legal								
	Padre/ Tutor legal								
F) Actividad laboral		Jornada partida	Jornada continua	Jornada reducida	Trabajo a turnos	En desempleo	Labores del hogar	Jubilado/a	Incapacitado/a para trabajar
	Madre/ Tutora legal								
	Padre/ Tutor legal								
G) Localidad <input type="checkbox"/> Valladolid (ciudad) <input type="checkbox"/> Provincia Valladolid <input type="checkbox"/> Otros									
DATOS DEL NIÑO/A									
H) Edad <input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 25- 30 meses					I) Sexo <input type="checkbox"/> Femenino				
<input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 31-36 meses					<input type="checkbox"/> Masculino				
<input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> Más de 36 meses									
<input type="checkbox"/> 19-24 meses									
J) Nº de hermanos <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3			K) Lugar que ocupa			<input type="checkbox"/> 1º		<input type="checkbox"/> 4º	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Más de 3			(por orden de nacimiento)			<input type="checkbox"/> 2º		<input type="checkbox"/> Mayor que 4º	
<input type="checkbox"/> 2						<input type="checkbox"/> 3º			
L) Escolarización <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Escuela infantil <input type="checkbox"/> Ludoteca <input type="checkbox"/> No acude									
M) Motivo/s por el que acude al Centro Base		<input type="checkbox"/> Dificultades motrices			<input type="checkbox"/> Dificultades en el lenguaje				
		<input type="checkbox"/> Dificultades cognitivas			<input type="checkbox"/> Dificultades conductuales				
		<input type="checkbox"/> Dificultades auditivas			<input type="checkbox"/> Dificultades en la comunicación e interacción				
		<input type="checkbox"/> Otro (indicar cuál): _____							

N) Considero que las dificultades del niño/a en este momento son:

Muy graves

Graves

Moderadas

Leves

Sin importancia

Ñ) Especialistas médicos a los que acude actualmente y/o ha acudido (citas, revisiones...)

Neuropediatra Cardiólogo

ORL Digestivo

Psiquiatría infantil Endocrino

Oftalmólogo Neonatología

Otro (indicar cuál/es): _____

DATOS DE LA INTERVENCIÓN

		Estimulación Temprana	Logopedia	Fisioterapia
O) Intervenciones a las que acude ACTUALMENTE en el Centro Base	Marque con una X la/s intervención/es a las que acude el niño actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiempo que lleva en la intervención	<input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> Más de 24 meses	<input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> Más de 24 meses	<input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> Más de 24 meses
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
P) ¿Ha acudido el niño/a PREVIAMENTE a otras intervenciones en el Centro Base?	En caso afirmativo:	Estimulación Temprana	Logopedia	Fisioterapia
	Marque con una X la/s intervención/es a las que acudió el niño previamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tiempo que acudió a la intervención	<input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> >24 meses	<input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> >24 meses	<input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> 13-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> >24 meses

Q) Terapias a las que acude

Logopedia

Musicoterapia

o ha acudido FUERA del Centro Base

Estimulación Temprana

Terapia ocupacional

Psicología

Hidroterapia

Fisioterapia

Otras (indique cuál/es):

ASPECTOS SOBRE LA INTERACCIÓN CON EL NIÑO/A

R) Estilo comunicativo

Sociable: inicia la interacción y responde fácilmente.

preferente del niño/a

Tímido: no inicia interacciones frecuentemente, responde si otros la inician.

Pasivo: rara vez inicia una interacción o responde.

Con intereses propios: parece ignorar a los demás y tiene propensión a jugar solo.

S) Existen diferentes papeles a desempeñar en la interacción con el niño/a:

Directivo: le dice al niño/a lo que deben hacer y cómo hacerlo, y realiza muchas preguntas para comprobar cuánto ha aprendido.

Animador: lleva la iniciativa hablando y jugando él la mayoría del tiempo.

Facilitador: tiende a hacer todo por el niño/a, sin esperar mucha comunicación.

Espectador: observa el juego del niño comentando desde lejos lo que hace.

Marque con una X la opción que desempeñe con mayor frecuencia con respecto a la interacción con el niño/a.

	Directivo	Animador	Facilitador	Espectador
Madre/Tutora legal				
Padre/ Tutor legal				

RUTINAS

A continuación, valore marcando con una X la casilla que considere más acertada en las siguientes cuestiones referentes a las rutinas diarias antes de comenzar la intervención en el Centro Base, y en la actualidad.

CUESTIONES REFERENTES AL NIÑO/A

1. La autonomía del niño/a en los siguientes momentos del día.

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

2. La interacción del niño/a con quien se encuentra en ese momento del día (por ejemplo: mira a la persona, señala objetos, responde a estímulos como cosquillas, juegos o preguntas, etc.)

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

3. El grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa (por ejemplo: muestra diferentes objetos para compartirlos con el adulto, hace peticiones, expresa sentimientos y necesidades, etc)

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

4. El aprendizaje que realiza el niño/a en ese momento del día (por ejemplo: aprende conceptos como colores y formas, nombres de diferentes objetos, a realizar peticiones, normas como la espera o la toma de turnos, etc.)

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

5. En qué medida el niño/a disfruta.

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

CUESTIONES REFERENTES AL ADULTO

6. Grado de comprensión de lo que el niño/a desea comunicarme.

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

7. En qué medida sigo los intereses del niño/a (por ejemplo: si me muestra un objeto hago comentarios sobre él o realizo preguntas, sigo un juego si lo propone, presto atención a sus intentos de comunicar, etc)

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

8. Uso de elementos distractores como tablet, TV, móviles, etc.

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

9. Cuánto disfruto con el niño/a.

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

10. Grado de satisfacción general con la rutina.

RUTINA	ANTES DE LA INTERVENCIÓN					ACTUALMENTE				
	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
Vestir										
Comida principal										
Juego										
Baño										

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

3. Muestra. Participantes.

Tabla 1.

Datos personales.

			F	%
Sexo	Hombre		3	15
	Mujer		17	85
Edad	31-40		12	60
	41-50		6	30
	Más de 60		2	10
Estado civil	Soltero/a		3	15
	Casado/a		17	85
Relación con el niño/a	Madre		16	80
	Padre		2	10
	Abuelo/a		2	10
Nivel de estudios	Sin estudios	M	—	—
		P	1	6,3
	Graduado escolar	M	3	16,7
		P	1	6,3
	F.P. Grado Medio	M	2	11,1
		P	5	31,3
	F.P. Grado Superior	M	2	11,1
		P	4	25
	Estudios universitarios	M	6	33,3
		P	3	18,8
	Estudios universitarios de postgrado	M	5	27,8
		P	2	12,5
Actividad laboral	Jornada partida	M	2	11,1
		P	4	23,5
	Jornada continua	M	4	22,2
		P	7	41,2
	Jornada reducida	M	9	50
		P	—	—
	Trabajo a turnos	M	1	5,6
		P	6	35,3
	En desempleo	M	2	11,1
		P	—	—

Tabla 2.

Datos del niño/a.

		F	%	
Edad (meses)	13-18	3	15	
	19-24	2	10	
	25-30	2	10	
	31-36	6	30	
	Más de 36	7	35	
Sexo	Femenino	7	35	
	Masculino	13	65	
Escolarización	Guardería	9	45	
	Escuela infantil	7	35	
	No acude	4	20	
Motivo/s por los que acude al Centro Base	Dificultades motrices	6	30	
	Dificultades auditivas	3	15	
	Dificultades en el lenguaje	12	60	
	Dificultades conductuales	3	15	
	Dificultades en la comunicación e interacción	3	15	
	Otros	Cromosomopatía	1	5
		Dificultades visuales	1	5
Retraso madurativo		1	5	

Tabla 3.

Valoración de gravedad de las dificultades.

	F	%
Muy graves	1	5
Graves	3	15
Moderadas	6	30
Leves	8	40
Sin importancia	2	10

4. Estadísticos descriptivos

4.1. Estilo comunicativo de los niños/as.

Tabla 4.

Estilo comunicativo preferente del niño/a.

	F	%
Sociable	12	60
Tímido	5	25
Pasivo	1	5
Con intereses propios	2	10

4.2 Satisfacción general.

Tabla 6.

Satisfacción general antes de la intervención.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
	%	%	%	%
Nada	10	5	10	10
Poco	10	5	10	5
Regular	35	40	10	20
Bastante	40	45	50	45
Mucho	5	5	20	20

Tabla 7.

Satisfacción general actualmente.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
	%	%	%	%
Poco	–	5	–	5
Regular	20	5	10	5
Bastante	50	60	40	35
Mucho	30	30	50	55

4.3. Cuestiones referentes al adulto.

Tabla 8.

Comprensión de lo que el niño/a desea comunicar antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT)

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	35	20	20	25
	ACT	–	–	–	–
Poco	AI	35	35	30	25
	ACT	–	–	–	5
Regular	AI	15	30	30	30
	ACT	20	20	10	5
Bastante	AI	10	10	15	10
	ACT	55	50	45	55
Mucho	AI	5	5	5	10
	ACT	25	30	45	35

Tabla 9.

Seguimiento de intereses del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	15	10	5	10
	ACT	–	–	–	–
Poco	AI	15	20	25	25
	ACT	–	–	–	–
Regular	AI	35	20	20	15
	ACT	10	5	5	10
Bastante	AI	25	40	40	40
	ACT	55	45	50	45
Mucho	AI	10	10	10	10
	ACT	35	50	45	45

Tabla 10.

Uso de elementos distractores antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	45	25	35	75
	ACT	50	25	25	65
Poco	AI	30	25	30	15
	ACT	10	10	30	10
Regular	AI	15	25	25	5
	ACT	10	35	25	5
Bastante	AI	5	10	10	5
	ACT	30	30	20	20
Mucho	AI	5	15	—	—
	ACT	—	—	—	—

Tabla 11.

Disfrute con el niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	5	—	5	5
	ACT	—	—	—	—
Poco	AI	10	5	10	5
	ACT	5	—	—	—
Regular	AI	25	20	5	10
	ACT	15	20	10	5
Bastante	AI	20	50	40	30
	ACT	35	30	25	25
Mucho	AI	40	25	40	50
	ACT	45	50	65	70

4.4. Cuestiones referentes al niño/a.

Tabla 12.

Interacción del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	25	15	15	20
	ACT	–	–	–	–
Poco	AI	30	30	30	25
	ACT	–	–	5	–
Regular	AI	25	35	35	40
	ACT	15	5	–	5
Bastante	AI	20	20	20	15
	ACT	60	60	50	55
Mucho	AI	–	–	–	–
	ACT	25	35	45	40

Tabla 13.

Iniciativa comunicativa del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	40	35	25	30
	ACT	–	–	–	5
Poco	AI	40	25	30	35
	ACT	15	–	5	5
Regular	AI	15	35	30	20
	ACT	15	25	15	5
Bastante	AI	5	5	15	15
	ACT	60	45	40	55
Mucho	AI	–	–	–	–
	ACT	10	30	40	30

Tabla 14.

Autonomía del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	65	40	25	30
	ACT	15	5	—	10
Poco	AI	20	10	30	25
	ACT	15	15	—	10
Regular	AI	5	30	25	40
	ACT	40	15	10	15
Bastante	AI	10	20	15	5
	ACT	15	35	55	35
Mucho	AI	—	—	5	—
	ACT	15	30	35	30

Tabla 15.

Aprendizaje del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	45	30	35	35
	ACT	—	—	—	—
Poco	AI	30	35	30	25
	ACT	10	10	10	15
Regular	AI	25	35	25	35
	ACT	15	5	5	—
Bastante	AI	—	—	10	5
	ACT	60	60	45	50
Mucho	AI	—	—	—	—
	ACT	15	5	40	35

Tabla 16.

Disfrute del niño/a antes de la intervención (AI) y actualmente (ACT).

		Vestir %	Comida principal %	Juego %	Baño %
Nada	AI	20	–	5	5
	ACT	–	–	–	–
Poco	AI	25	30	10	15
	ACT	–	–	–	–
Regular	AI	40	30	35	20
	ACT	25	15	5	5
Bastante	AI	15	40	40	40
	ACT	60	45	30	40
Mucho	AI	–	–	10	20
	ACT	15	40	65	55

5. Estadísticos de contraste. Prueba Chi-cuadrado.

5.1. Cuestiones referentes al adulto

Tabla 18

Chi cuadrado de Pearson para el grado de comprensión de lo que el niño/a comunica.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	7,498	13,127	8,796	15,169
G1	8	8	8	12
Sig. asintót.	,484	,108	,360	,232

Tabla 19

Chi cuadrado de Pearson para la medida de seguimiento de intereses del niño/a.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	11,421	11,306	9,733	15,259
G1	8	8	8	8
Sig. asintót.	,179	,185	,284	,187

Tabla 20

Chi cuadrado de Pearson para el uso de elementos distractores.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	19,333	14,463	10,889	40,000
G1	12	12	9	9
Sig. asintót.	,081	,272	,283	,000

5.2. Cuestiones referentes al niño

Tabla 22

Chi cuadrado de Pearson para la autonomía del niño.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	17,756	24,881	8,727	13,524
Gl	12	12	8	12
Sig. asintót.	,123	,015	,366	,332

Tabla 23

Chi cuadrado de Pearson para la interacción del niño con quien se encuentra en la rutina.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	5,489	2,347	10,206	5,604
Gl	6	6	6	6
Sig. asintót.	,483	,885	,116	,329

Tabla 24

Chi cuadrado de Pearson para el grado de iniciativa comunicativa del niño.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	12,229	5,676	11,472	11,753
Gl	9	6	9	12
Sig. asintót.	,201	,460	,245	,466

Tabla 25

Chi cuadrado de Pearson para el aprendizaje que realiza el niño.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	6,759	7,024	9,869	9,927
Gl	6	6	9	6
Sig. asintót.	,344	,319	,361	,128

6. Estadísticos de contraste en relación a la comunicación. Tablas de contingencia y Chi cuadrado

6.1. Cruce de variables

Tabla 27

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño con quien le viste actualmente.

		La interacción del niño/a con quien le viste actualmente		
		Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	3	1
	7-12 meses	1	2	3
	13-18 meses	0	2	0
	19-24 meses	1	0	0

Tabla 28

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño en la comida principal actualmente.

		La interacción del niño/a con quien le da la comida principal actualmente		
		Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	3	1
	7-12 meses	0	3	3
	13-18 meses	0	1	1
	19-24 meses	1	0	1

Tabla 29

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño con en el juego actualmente.

		La interacción del niño/a con quien juega actualmente		
		Poco	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	2	2
	7-12 meses	0	4	2
	13-18 meses	0	1	1
	19-24 meses	1	0	1

Tabla 30

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño en el baño actualmente.

		La interacción del niño/a con quien le baña actualmente		
		Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	3	1
	7-12 meses	0	3	3
	13-18 meses	0	1	1
	19-24 meses	0	0	1

Tabla 31

Chi cuadrado de Pearson tiempo de intervención en logopedia y la interacción del niño en las rutinas actualmente.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	7,261	3,867	3,656	3,867
G1	6	6	6	6
Sig. asintót.	,297	,695	,723	,695

Tabla 32

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de vestir actualmente.

		La iniciativa comunicativa del niño/a con quien le viste actualmente			
		Poco	Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	0	3	1
	7-12 meses	1	1	3	1
	13-18 meses	1	1	0	0
	19-24 meses	0	1	0	0

Tabla 33

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de la comida principal actualmente.

		La iniciativa comunicativa del niño/a con quien le da la comida principal actualmente		
		Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	3	1	1
	7-12 meses	1	3	2
	13-18 meses	1	1	0
	19-24 meses	0	0	1

Tabla 34

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el juego actualmente.

		La iniciativa comunicativa del niño/a con quien juega actualmente			
		Poco	Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	0	1	3
	7-12 meses	0	1	4	1
	13-18 meses	0	1	0	1
	19-24 meses	0	0	0	1

Tabla 35

Relación entre variables tiempo de intervención en logopedia y el grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el baño actualmente.

		La iniciativa comunicativa del niño/a con quien le baña actualmente				
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Tiempo que lleva en Logopedia	0-6 meses	1	0	0	3	1
	7-12 meses	0	1	1	2	2
	13-18 meses	0	0	0	1	1
	19-24 meses	0	0	0	0	1

Tabla 36

Chi cuadrado de Pearson tiempo de intervención en logopedia y la iniciativa comunicativa del niño en las rutinas actualmente.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	8,089	5,600	9,582	7,016
G1	9	6	9	12
Sig. asintót.	,525	,469	,385	,857

Tabla 37

Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de vestir actualmente.

		El grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la rutina de vestir actualmente			
		Poco	Regular	Bastante	Mucho
Valoración de la gravedad de las dificultades del niño/a	Muy graves	0	1	0	0
	Graves	3	0	0	0
	Moderadas	0	1	5	0
	Leves	0	1	6	1
	Sin importancia	0	0	1	1

Tabla 38

Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la comida principal actualmente.

		El grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en la comida principal actualmente		
		Regular	Bastante	Mucho
Valoración de la gravedad de las dificultades del niño/a	Muy graves	0	1	0
	Graves	3	0	0
	Moderadas	0	4	2
	Leves	2	4	2
	Sin importancia	0	0	2

Tabla 39

Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el juego actualmente.

		El grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el juego actualmente			
		Poco	Regular	Bastante	Mucho
Valoración de la gravedad de las dificultades del niño/a	Muy graves	0	0	1	0
	Graves	1	2	0	0
	Moderadas	0	1	3	2
	Leves	0	0	3	5
	Sin importancia	0	0	1	1

Tabla 40

Relación entre variables gravedad de las dificultades y grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el baño actualmente.

		El grado en el que el niño/a toma la iniciativa comunicativa en el baño actualmente				
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
Valoración de la gravedad de las dificultades del niño/a	Muy graves	0	0	1	0	0
	Graves	1	1	0	1	0
	Moderadas	0	0	0	4	2
	Leves	0	0	0	5	3
	Sin importancia	0	0	0	1	1

Tabla 41

Chi cuadrado de Pearson gravedad de las dificultades y la iniciativa comunicativa del niño en las rutinas actualmente.

	Vestir	Comida principal	Juego	Baño
X ²	30,139	17,148	17,708	33,018
Gl	12	8	12	16
Sig. asintót.	0,003	0,029	0,125	0,007