



**UNIVERSIDAD CASA GRANDE**

**Sentido de Competencia Parental en Madres de Bebés Prematuros de las  
Ciudades de Guayaquil y Durán**

**TESISTA**

**Daniel Fabricio Quinde Chalén**

**GUÍAS**

**Marcela Frugone**

**Eduardo Ortíz**

**Lisa Boyce**

**Claudia Escorcía**

**Trabajo Final para la obtención del Título de Magíster en Desarrollo  
Humano Temprano y Educación Infantil**

**Guayaquil, septiembre de 2019**

## Índice

<b>Glosario de abreviaturas y símbolos</b> .....	v
<b>Agradecimientos</b> .....	vi
<b>Resumen</b> .....	vii
<b>Abstract</b> .....	viii
<b>Introducción</b> .....	8
<b>Revisión de la literatura</b> .....	14
<b>1. Desarrollo infantil en bebés prematuros</b> .....	14
<b>1.1. Desarrollo infantil desde un enfoque ecológico</b> .....	18
<b>2. Sentido de Competencia Parental en familias de bebés prematuros</b> .....	20
<b>3. Prácticas centradas en la familia y atención temprana</b> .....	24
<b>4. Modelo de Intervención Basada en Rutinas</b> .....	27
<b>Descripción general de la intervención</b> .....	31
<b>Objetivo general y objetivos específicos de la investigación</b> .....	34
<b>Objetivo general</b> .....	34
<b>Objetivos específicos</b> .....	34
<b>Preguntas e hipótesis de investigación</b> .....	34
<b>Diseño y Metodología de la investigación</b> .....	35
<b>4.1. Muestra</b> .....	35
<b>4.2. Principios éticos</b> .....	37
<b>4.3. Instrumentos de recogida de datos</b> .....	38
<b>4.4. Análisis y categorización de datos</b> .....	40
<b>Resultados y análisis de datos</b> .....	42
<b>Caso Tatiana</b> .....	58
<b>Conclusiones</b> .....	65
<b>Discusión</b> .....	66
<b>Recomendaciones</b> .....	69
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	70
<b>Anexos</b> .....	76

<b>Anexo 1 Consentimiento informado .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo 2 Información Familiar .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo 3 Escala de Sentimiento de Competencia Parental .....</b>	<b>84</b>
<b>Anexo 4 Entrevista Basada en Rutinas .....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo 5 Guía de entrevista del cierre del proceso .....</b>	<b>90</b>

## Índice de tablas

Tabla 1 Resumen de casos de estudio.....	36
Tabla 2 Cuadro de categorías.....	41
Tabla 3 Resultados promediados de la Escala de Sentido de Competencia Parental por familia .....	43
Tabla 4 Promedios por factor de la Escala de Sentido de Competencia Parental.....	45

## **Glosario de abreviaturas y símbolos**

AT: Atención Temprana

CDC: Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

EBR: Entrevista Basada en Rutinas

GPC: Guía de Práctica Clínica Recién Nacido Prematuro

IBR: Intervención Basada en Rutinas

MSP: Ministerio de Salud Pública

PAP-TNP: Programa para la Prevención del Alumbramiento Precoz y Tratamiento de Niños Prematuros

PCF: Prácticas Centradas en la Familia

SPC: Sentimiento de Competencia Parental

## **Agradecimientos**

A Eduardo, Marcela, Lisa y Claudia, quienes me han contagiado de su pasión por la investigación, mi eterna gratitud por cada jornada de trabajo.

A Marianita Hi Fong, por su apoyo incondicional en mi formación académica.

A las familias que aceptaron formar parte de esta investigación, mi eterna gratitud.

A mis padres, por ser el ejemplo de vida que me motiva a superar mis metas.

A Katherine, por su compañía y paciencia en estos años de vida.

A Amelia y Emilia, mis hijas, mis pequeñas princesas.

A la vida, por enseñarme que las utopías sirven para caminar.

## **Resumen**

Este estudio presenta los resultados de una investigación sobre el Sentido de Competencia Parental en Madres de Bebés Prematuros nacidos en maternidades públicas de las ciudades de Guayaquil y Durán. El Sentido de Competencia Parental es la capacidad de los padres y madres para cuidar a los hijos y dar respuestas a sus necesidades. Los nacimientos de niños prematuros afectan el Sentido de Competencia Parental, pues altera la percepción de competencia que influye en las prácticas de crianza. Una Intervención Basada en Rutinas influye en el desarrollo del Sentido de Competencia Parental. Este estudio de diseño metodológico de enfoque mixto con diseño cuasiexperimental, evidencia en los resultados, cómo una Intervención Basada en Rutinas desde un modelo centrado en la familia influye en el Sentido de Competencia Parental de las madres de bebés prematuros, lo que nos hace replantear los modelos de Atención Temprana en nuestro país.

**Palabras clave:** bebés prematuros, familia, intervención basada en rutinas, sentido de competencia parental.

## **Abstract**

This study presents the results of a study about the Parental Sense of Competence in Mothers of Premature Babies born in public hospitals in the cities of Guayaquil and Durán. The Parental Sense of Competence is the ability of parents to care for their children and respond to their needs. Births of premature children affect the Parental Sense of Competence, as it alters the perception of competence of parents and influences on parenting practices. Routine-Based Intervention influences the development of the Parental Sense of Competence. Results from a quasi-experimental mixed methods research design study show that a Routine-Based Intervention from a family-centered model significantly influences the Parental Sense of Competence of premature babies mothers. These findings make us rethink the models of Early Care in our country Ecuador.

**Keywords:** premature babies, family, routine-based intervention, sense of parental competence.





## **Introducción**

El presente estudio indaga el Sentido de Competencia Parental [SCP] que desarrollan madres de bebés prematuros participantes en una Intervención Basada en Rutinas [IBR] (McWilliam, 2016). Esta investigación se inscribe dentro del proceso de titulación de la Maestría de Desarrollo Humano Temprano y Educación Infantil de la Universidad Casa Grande y forma parte de una investigación principal interesada en conocer los efectos de una Intervención Basada en Rutinas [IBR] en familias de prematuros y en el desarrollo de los bebés. En la investigación han participado 5 estudiantes en proceso de titulación y cada uno analizó un aspecto específico de la intervención. La investigación ha sido guiada por un equipo de investigadores de la Universidad de Utah, Universidad Católica de Valencia y de la Universidad Casa Grande.

El estudio inició con 20 familias de bebés prematuros de las ciudades de Guayaquil y Durán, 11 familias culminaron el proceso. Todas las familias fueron usuarios del "Programa para la Prevención de Alumbramiento Precoz y Tratamiento de Niños Prematuros" (PAP-TNP) que ejecuta la Fundación Kinderzentrum. El proyecto que desarrolla esta organización tiene como objetivo brindar durante dos años, apoyo y seguimiento multidisciplinario a 50 madres con niños prematuros nacidos en un hospital público de la ciudad de Guayaquil. Para ejecutar el proyecto, la Fundación Kinderzentrum ha recibido financiamiento del Club Rotario Internacional. Entre las acciones que ejecuta este proyecto está la sensibilización y formación sobre temas de prematurez a enfermeras y otro personal de salud de un hospital maternidad público de la ciudad de Guayaquil que atiende a población vulnerable.

El objetivo del proyecto que lleva a cabo Kinderzentrum es elevar la salud evolutiva (salud, aprendizaje y comportamiento) de las madres y sus niños prematuros participantes y al mismo tiempo, reducir las secuelas en el desarrollo infantil asociadas con el alumbramiento precoz. El equipo de investigadores de la Universidad Casa Grande ha complementado el trabajo de la Fundación Kinderzentrum y su proyecto PAP-TNP, con el seguimiento y atención domiciliaria a 11 de las 50 familias de niños prematuros beneficiarios. El propósito de este trabajo en específico, fue aplicar una IBR con el objetivo de favorecer el desarrollo del Sentido de Competencia Parental en las madres de bebés prematuros participantes en este proyecto.

El bebé prematuro se define como el recién nacido de edad gestacional inferior a 37 semanas y peso inferior a 2500 g (Rodríguez, Aguilar, Hernández, Garcell, Vega y Aguilar, 2015). La prematurez es una condición compleja en la cual interactúan factores genéticos y ambientales que influyen en las condiciones de salud del bebé y su madre (Mendoza, Claros, Mendoza, Arias y Peñaranda, 2016). Las familias de bebés prematuros se enfrentan a situaciones de crianza que afectan el vínculo paterno filial y pueden influir en la calidad del cuidado del bebé prematuro (Rojas y López, 2018).

En los últimos años, gracias a los avances médico-tecnológicos para brindar asistencia neonatal, se ha mejorado la supervivencia de los niños prematuros (García, Duarte y Mejías, 2014). Sin embargo, en estudios realizados en poblaciones que nacieron con prematuridad y bajo peso se señala que presentan riesgos de dificultades evolutivas durante la infancia (González, 2010). Las familias de niños prematuros empiezan la crianza de sus hijos con más miedos e inseguridades que los padres de un niño nacido a término (Rojas y López, 2018). Los padres de

niños prematuros por las condiciones de nacimiento del bebé y el poco conocimiento sobre las consecuencias del nacimiento prematuro son susceptibles de presentar estrés ante la dificultad de ejercer el rol de padres, provocando impotencia, angustia, ansiedad y depresión debido a la imposibilidad de desplegar comportamientos esperados (García, Duarte y Mejías, 2014).

La condición del prematuro implica un sistema de apoyo especializado y costoso para los sistemas de salud. Según Cruz (2008) “es evidente que un pretérmino significa elevados gastos en materia de hospitalización, cuidados especiales y la terapéutica que requiere, independientemente del sistema de salud existente” (p.21).

En relación a la prevalencia de la prematuridad, para Mendoza et al. (2016):

Para el año 2005, se estimó que 9,6% (cerca de 12,9 millones) de todos los nacimientos fueron prematuros. Aproximadamente 85% de esta carga se concentró en África y Asia, donde 10,9 millones de nacimientos fueron prematuros. Alrededor de 0,5 millones se dieron en Europa y el mismo número en América del Norte, mientras que 0,9 millones se produjeron en América Latina y El Caribe. (p.331)

En relación a Estados Unidos, en estudios realizados por el *Center for Disease Control and Prevention* [CDC, (2018)] del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en 2016 el parto prematuro afectó aproximadamente 1 de cada 10 nacidos en los Estados Unidos, existiendo en el año 2016 un aumento en las tasas de nacimiento en relación a los nacimientos prematuros entre 2007 a 2014.

A nivel de América Latina, el Ecuador es el segundo país con la menor tasa de nacimientos prematuros. Para Cabezas (2018), según reportes del Ministerio de Salud Pública [MSP] se afirma que al año 2015 el número de nacidos vivos cada año en el país es de 300.000. Y el índice de nacimientos prematuros es de 5,1 niños por cada 100. En estas últimas dos décadas, las intervenciones en el país en los primeros meses de vida de los prematuros se brindan principalmente en los hospitales en el área de atención de neonatología (Tisalema, 2013).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador desde el 2015 difundió la Guía de Práctica Clínica [GPC] denominada Recién Nacido Prematuro, la cual es una guía para los profesionales involucrados en la atención directa al bebé prematuro y orienta la toma de decisiones de los especialistas en neonatología en el cuidado y las prácticas de salud en los primeros años de vida (MSP, 2015). En el país no existen servicios de Atención Temprana [AT] considerados como programas articulados que trabajen en la prevención y apoyo de las familias de niños prematuros. En esta investigación se considera que un modelo de Atención Temprana puede constituirse en un modelo de intervención oportuno que incorpore al contexto familiar, lo cual contribuirá al mejoramiento de la calidad y rumbo del desarrollo que pueden tener estos niños (Mustard, 2006). Frente a esta realidad surge la necesidad de brindar servicios a corto, mediano y largo plazo que permitan mejorar la calidad de vida de los niños prematuros y sus familias.

En Colombia, en el año 2016, se estudiaron las intervenciones aplicadas a 9 padres de bebés prematuros hospitalizados, y se evidenció que en las intervenciones en familias de bebés prematuros que se orientan a fortalecer la educación y los apoyos emocionales a los padres presentan disminución del nivel de estrés percibidos por los padres (Villamizar-Carvajal, Vargas-

Porras y Gómez-Ortega, 2016). Puesto que la adquisición de competencias parentales es una tarea compleja, pero fundamental para el desarrollo de la vida humana, la promoción de competencias parentales sanas es prioridad de las intervenciones familiares y sociales que buscan asegurar el bienestar infantil (Sallés y Ger, 2011; Rodrigo, Máiques y Martín, 2011) y en nuestro caso especialmente de niños prematuros y sus familias.

Esta investigación considera que, a partir de una intervención especializada, en este caso con una Intervención Basada en Rutinas [IBR] las madres de bebés prematuros pueden desarrollar el Sentido de Competencia Parental que les ayudará a cumplir sus funciones parentales de mejor manera. La IBR es un tipo de intervención que incide en las interacciones que se dan en el entorno natural del niño en favor del desarrollo infantil (McWilliam, 2016). El trabajo en entornos naturales permite mejorar los aprendizajes, pues los cuidadores ofrecen muchas horas de oportunidades de aprendizaje de manera natural para los niños (Cañadas, 2012). La IBR es una propuesta metodológica que brinda un servicio individualizado orientado a la familia globalmente y evalúa necesidades funcionales para las competencias cotidianas y la vida familiar con el fin de proveerles apoyo (McWilliam, 2016). Por lo cual interesa a esta investigación determinar si una IBR desarrolla o mejora el Sentido de Competencia Parental de las madres de bebés prematuros.

El diseño de la investigación plantea un enfoque mixto, cuasiexperimental por cuanto se realizó una intervención con las familias de niños prematuros durante 16 semanas, tiempo considerado desde los criterios de la propuesta del proyecto de investigación de los docentes investigadores, en razón al tiempo de diseño de la tesis y a un tiempo de intervención mínima

que alcance a lograr efectos. Durante la intervención se tomaron pruebas de inicio y final de la intervención para evaluar su efectividad. El alcance del estudio es descriptivo con un solo grupo al cual se le aplicó pruebas previas a la intervención, después se realizó la IBR durante 12 semanas y finalmente se le aplicaron las pruebas posteriores a la intervención para evaluar la efectividad (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). El equipo de investigadores en el proceso de intervención aplicaron los siguientes instrumentos: Formulario de Consentimiento Informado, Cuestionario de Información Familiar, Ecomapa, Escala de Calidad de Vida de las Familias en Atención Temprana, Escala de Sentido de Competencia Parental PSOC, Parenting Stress Index PSI-4, Escala de Depresión CES-D, Ages & Stages Questionnaires ASQ-3, Entrevista Basada en Rutinas, Cuestionario promedio de la madre durante las visitas domiciliarias y Entrevista de Cierre; de estos instrumentos mencionados para responder los objetivos de este estudio se analizaron los datos de la Escala de Sentido de Competencia Parental PSOC y la Entrevista de Cierre. Esta investigación es relevante, por cuanto da cuenta de los esfuerzos de implementar un modelo integral de Atención Temprana a través de la denominada Intervención Basada en Rutinas (McWilliams, 2016) a madres de bebés prematuros en las ciudades de Guayaquil y Durán.

Esta investigación aporta a la comprensión de la efectividad de la Intervención Basada en Rutinas en la atención a bebés prematuros y en el Sentido de Competencia Parental de sus familias. Además, desarrolla experticia en los estudiantes de Maestría de la Universidad Casa Grande en temas relacionados a bebés prematuros, contribuye al servicio que brinda la Fundación Kinderzentrum a estas 11 familias beneficiarias de las ciudades de Guayaquil y

Durán, favorece al desarrollo infantil y la calidad de vida de las familias, y fortalece un modelo de atención que evidencia efectividad.

## **Revisión de la literatura**

### **1. Desarrollo infantil en bebés prematuros**

El nacimiento prematuro es un problema mundial, con mayor prevalencia en los países con ingresos bajos. Varias disciplinas se han interesado en generar conocimiento sobre la prematurez, pues el nacimiento prematuro es un factor que tiene gran influencia en el desarrollo infantil (Ríos y Cano, 2016; Román, 2016).

En la primera infancia los niños prematuros y sus familias deben acceder a servicios y apoyos especializados (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016), debido a que la prematuridad representa una ruptura a las expectativas familiares, su bienestar se encuentra vinculado con la calidad de las relaciones primarias con sus cuidadores. Generalmente un nacimiento prematuro implica separación física del recién nacido con su madre, lo que se convierte en estrés para la familia y el neonato, pues lo expone a alta producción de cortisol que influye en el sistema neuronal (Habersaat, Pierrehumbert, Forcada-Guex y Nessi, 2014).

Los niños con antecedentes de prematurez y bajo peso al nacer debido a los riesgos de problemas de salud física en sus primeros años de vida, pueden presentar repercusiones en la edad escolar, adolescencia o adultez. Diversos estudios evidencian la presencia de alteraciones



en las pruebas de neuroimagen morfológica, observándose disminución del peso y tamaño cerebral (UNICEF, 2010). Por lo cual, en relación a los aprendizajes formales de los niños prematuros, se ha demostrado que existe una relación entre prematuridad y un bajo rendimiento cognitivo y escolar de la niñez (Ríos y Cano, 2016).

El desarrollo infantil en bebés prematuros se caracteriza por un desarrollo inmaduro para la vida extrauterina. Los bebés prematuros muestran un amplio rango de anomalías neuromotoras que influyen posteriormente en su desarrollo. Se conoce que los nacidos prematuramente, pueden experimentar alteraciones en el crecimiento esperado en los primeros meses, principalmente durante los primeros años de vida y, en algunos casos, hasta la adolescencia (Rodríguez et al., 2015).

En el área de desarrollo sensorial, que es base del desarrollo cognitivo motor, en los primeros meses de vida los procesos sensoriales son capacidades que nos permiten interactuar con el entorno. En el bebé prematuro el desarrollo sensorial puede presentar carencia de estímulos a nivel socioemocional (por hospitalizaciones o urgencias relacionadas a la condición de prematuridad) o debido a una enfermedad neurológica, lo cual puede afectar el desarrollo infantil (Medina, Caro, Muñoz, Leyva, Moreno y Vega, 2015).

En las Unidades de Cuidados Intensivos o Unidades Neonatales los padres de bebés prematuros perciben la limitación de su participación en las actividades de desarrollo de sus hijos, y no se conciben a sí mismos como sujetos con posibilidades de emancipación y participación activa en el cuidado y decisiones concernientes a sus hijos internados (Gallegos-

Martínez, Reyes-Hernández y Silvan, 2013). Después del alta médica se debe acompañar a la familia en este nuevo momento del desarrollo del prematuro. Dejar la Unidad Neonatal crea en la familia ansiedad y despierta emociones contradictorias. Deben volver a la normalidad de casa, pero los esquemas y rutinas diarios deberán enfrentar una normalidad completamente diferente, la familia debe ajustarse, descubrir y adaptarse a un nuevo modo de vida, con nuevas exigencias a sus formas de crianza (Mosso, 2016).

En casa el bebé prematuro debe adaptarse para su nuevo contexto, requiriendo apoyo y acompañamiento a largo plazo. Los programas o intervenciones sobre el entorno familiar facilitan el alta y capacitan a los padres para responder de manera adecuada al desarrollo del niño (González, 2010). En la actualidad existe una gran diversidad de modelos familiares existentes, las diferencias culturales y de género incrementan la tarea de ser padres, por lo que brindar apoyo al cuidado de los niños contribuye a mejorar la situación de riesgo del niño y su familia (Rodrigo, Máiques y Martín, 2010b).

Es casi imposible preparar a los padres para el primer encuentro con el niño prematuro (Gallegos-Martínez, et al., 2013). Los primeros contactos del bebé prematuro con sus padres evidencian que “esa primera imagen del bebé no es la esperada, está muy lejos de aquella imagen que sus fantasías habían creado. El bebé impresiona como muy pequeño, su piel es extremadamente delicada, está casi inmóvil, sin respuestas, rodeado de cables y tubos dentro de una cajita de plástico (la incubadora)” (Mosso, 2016, p.42). Por lo que el nacimiento de un prematuro trae consigo una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y producen estrés en la familia. Frente a esta situación para que la familia constituya un apoyo al desarrollo infantil en

el prematuro, es necesario que los padres se sientan integrados a la toma de decisiones sobre el cuidado y tratamiento de sus hijos. La oportunidad de que la familia tenga contacto con su hijo durante la hospitalización, le ayuda a elaborar los sentimientos de pérdida y facilitar el acercamiento al niño. Es así que se debe reconocer las capacidades de la familia para el cuidado infantil (Díaz y Sevillano, 2016). La familia permite comprender la dinámica del desarrollo humano, y a pesar, de las grandes transformaciones de las comunidades actuales, las familias mantienen regularidades relacionales dentro de las mismas. La familia es importante como contexto de desarrollo y aporta condiciones básicas para la crianza y educación de niños, niñas y adolescentes (Muñoz, 2005).

La familia cumple una función de apoyo básico para el desarrollo humano, puede potenciar factores protectores y estabilizadores en la adaptación del individuo en el entorno social. Las relaciones afectivas y los estilos de socialización familiar establecen desde temprano relaciones interpersonales profundas y estables que favorecen el vínculo de apego del niño con su sistema familiar, cuya función es adaptativa tanto para padres y la familia (Muñoz, 2005). Por esta razón, el grupo familiar juega un papel preponderante en la socialización del individuo en general; y se constituye en un medio transmisor de pautas culturales, así como un medio de desarrollo para cualquiera de sus miembros (García, 2002). En el caso de bebés prematuros, cuando el bebé llega a casa, la familia enfrenta la compleja tarea de acompañar al niño en su desarrollo por la condición de prematurez.

Las necesidades de Atención Temprana de estas familias requieren de un apoyo profesional especializado. Los programas de atención deben promover el desarrollo del niño y el

bienestar desde la familia. En los servicios de atención se debe incluir a los niños en entornos de aprendizaje estimulantes donde participe la familia, pues estos entornos aumentan las conductas positivas y la interacción social en comparación con los niños de entornos segregados (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016). En general, atender a los niños en los primeros años de vida, implica importantes beneficios a largo plazo para el desarrollo infantil, más aún en niños con condición de riesgo como los niños prematuros en situaciones de vulnerabilidad (García, 2002).

### **1.1. Desarrollo infantil desde un enfoque ecológico**

Las tendencias actuales sobre el desarrollo infantil nos confirman que desde el nacimiento e incluso desde la etapa prenatal, las primeras experiencias del niño tienen efectos persistentes, duraderos y significativos en el desarrollo del niño (Banco Interamericano de Desarrollo, 2015). El enfoque sistémico reconoce que los niños se desarrollan de mejor manera en medio de un complejo sistema de relaciones que ejercen impacto en su desarrollo y aprendizaje (Banco Interamericano de Desarrollo, 2016).

Para “Bronfenbrenner” en su modelo ecológico el contexto está compuesto por una serie de estructuras interdependientes donde una se contiene en la siguiente (Muñoz, 2005). Para este autor es importante estudiar los ambientes en los que nos desenvolvemos, pues el desarrollo es un cambio perdurable en función de la percepción que la persona tiene del ambiente y el modo de relacionarse con el mismo (García, 2001).

El modelo ecológico propone que el desarrollo humano supone la acomodación entre un

ser humano activo y el entorno cambiante donde vive. Esta acomodación se afecta por las relaciones que se establecen entre los entornos y la persona (García, 2001). La familia es parte de este sistema complejo, en constante interacción con otros sistemas, por lo que se constituye un entorno necesario para el desarrollo humano (Muñoz, 2005).

El desarrollo de los niños es influenciado por el aumento de interacciones sociales que se dan en los diversos contextos (Muñoz, 2005). La interacción es crucial para el desarrollo, y cuando las relaciones están imbuidas de afecto permiten la formación de una relación que va a perdurar a lo largo de vida; por eso es fundamental que el niño establezca relaciones en los diversos contextos sociales en que se desenvuelve (Martins y Ramallo, 2015).

La familia juega un papel crucial en el desarrollo infantil, pues se puede decir que es el contexto de desarrollo por excelencia por su función socializadora a lo largo del desarrollo y crecimiento. La familia es la influencia primera y más persistente del desarrollo, se caracteriza por sus relaciones a nivel de intensidad afectiva y capacidad configuradora sobre relaciones posteriores fuera de la misma (Muñoz, 2005).

La familia al ser el principal contexto de desarrollo durante los primeros años de vida, además de cumplir funciones de alimento, cuidado, protección y apoyo; debe encargarse de organizar aspectos estructurales y materiales del hogar que promuevan el desarrollo infantil (Muñoz, 2005). Se debe desarrollar en la familia la capacidad de influir en los entornos en los que se desenvuelve el niño, para lograr coordinar los recursos con los que se cuenta para

posibilitar actuaciones que contribuyan y favorezcan el desarrollo del niño desde su círculo familiar más cercano (García, 2001).

El desarrollo infantil tiene relación no solo con la genética, sino también con el ambiente de estimulación y afectividad que rodea al niño en su vida cotidiana, pues el entorno del niño es el lugar de existencia de una variedad de factores que influyen decisivamente en la mayor producción de sinapsis neuronales, lo cual implica a su vez en la mayor integración de las funciones cerebrales que favorecen el desarrollo humano (Medina, et al. 2015). Por lo que es necesario reconocer la trascendencia del entorno natural como es la familia en el desarrollo infantil, pues la familia se vuelve determinante en las decisiones sobre las prioridades de desarrollo de los niños con condiciones de riesgo (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016).

El desarrollo infantil se acelera y se desacelera en diferentes edades y etapas de la vida. Este proceso es acumulativo y los momentos del desarrollo ocurren durante períodos predecibles. Si no existen condiciones de desarrollo, la falta de posibilidades de desarrollo puede tener consecuencias permanentes y afectar el bienestar de un individuo a lo largo de toda su vida (Banco Interamericano de Desarrollo, 2015).

## **2. Sentido de Competencia Parental en familias de bebés prematuros**

Las competencias parentales son el resultado de un ajuste entre las condiciones psicosociales de vida de la familia, el apoyo profesional y el escenario educativo que los padres o cuidadores construyen para realizar su tarea vital a favor del desarrollo del niño (Martín,

Cabrera, León y Rodrigo, 2013). La educación parental es un determinante en el desarrollo infantil, pues el desarrollo temprano debe ser apoyado por las interacciones con los adultos (Roggman, Boyce, Cook, Christiansen y Jones, 2004). Es necesario contribuir a favorecer el desarrollo de competencias parentales en relación al cuidado de niños, pues existen apoyos parentales que disminuyen las secuelas derivadas de la prematuridad (Mendoza. et al., 2016).

La Atención Temprana a través de visitas domiciliarias a las familias poco después de que sus bebés prematuros llegan a casa, promueven el desarrollo de una relación entre padres e hijos fundada en el apego seguro, lo cual se constituye en un factor predictivo de desarrollo de habilidades sociales y cognitivas en favor del desarrollo (Boyce, et al., 2008). En estudios realizados en bebés prematuros los resultados confirman que la sensibilidad de las madres al comportamiento del bebé mejora cuando la madre coopera en el desarrollo del niño a medida que los bebés crecen (Boyce, Cook, Simonsmeier y Hendershot, 2015). Esta sensibilidad se asocia con el Sentido de Competencia Parental que actúa como factor protector ante el estrés de las madres y cuidadores, pues influye de forma directa en las prácticas parentales que se dan en los contextos de crianza (Pérez y Menéndez, 2014).

En el Sentido de Competencia Parental se identifican tres elementos que constituyen el sentido: la eficacia percibida como progenitor, la satisfacción con el rol parental y la percepción de control ante la tarea educativa. Menéndez, Jiménez e Hidalgo (2011) ratifican:

La visión más integradora de este Sentido de Competencia Parental abarca tres dimensiones centrales: dimensión cognitiva, como la percepción de autoeficacia en la

forma de criar, nivel de conocimiento que posee sobre los hijos, y las atribuciones y expectativas que realizan los padres respecto a los comportamientos y problemas de sus hijos; dimensión afectiva, que incluye tanto el grado de satisfacción como los sentimientos de autoconfianza en el rol parental; y dimensión conductual, entre las que se destacan las destrezas para el manejo conductual de sus hijos y las habilidades de comunicación e interacción que posibilitan el desarrollo infantil. (p.111)

En la población de bebés prematuros, los padres y madres desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de sus bebés, ya que ellos deben ser los principales encargados de atender y cuidar a su hijo con apoyo de profesionales durante los distintos momentos del desarrollo (Dulguerían, 2012). Los profesionales que brindan apoyo a las familias de niños con condiciones especiales son quienes deben promover experiencias y oportunidades que empoderen a las familias en recursos que favorezcan al desarrollo infantil (Espe-Sherwindt, 2008).

En estudios previos sobre la parentalidad, Jiménez e Hidalgo (2016) refieren que son pertinentes los programas para apoyar a madres y padres en el ejercicio de su rol parental, pues la evidencia científica demuestra que una adecuada parentalidad redundante positivamente en el desarrollo infantil. Para Boyce, et al. (2015), las interacciones entre padres e hijos durante los primeros años de vida son críticos para el desarrollo positivo a nivel cognitivo, lingüístico y social del niño. En esto radica la importancia de que los padres desarrollen el Sentido de Competencia Parental, pues este sentido favorece a que las intervenciones de las madres y otros cuidadores, influyan en el desarrollo de sus niños a través de acciones pertinentes que



contribuyan al desarrollo integral del prematuro.

Menéndez, et al. (2011) en investigaciones realizadas con progenitores de familias en situación de riesgo, identifican que en relación al Sentido de Competencia Parental:

es frecuente tanto una percepción negativa de la propia capacidad como progenitor como una visión distorsionada del rol parental, que se sustentan en el particular procesamiento cognitivo que tienden a realizar estos progenitores, descrito como no consciente, autocentrado y simple, de manera que el bajo nivel de reflexión y conciencia sobre el proceso educativo puede favorecer una percepción distorsionada de la dificultad de la tarea, prácticas educativas impulsivas y rígidas, así como percepciones de baja controlabilidad y sentimientos de indefensión, que favorecen una percepción distorsionada y excesivamente positiva de la propia competencia. (p.450)

El Sentido de Competencia Parental se relaciona con la parentalidad, pues “la educación parental busca promover procesos de cambios cognitivos, afectivos y de comportamiento en los padres y madres” (Rodrigo, Máiques y Martín, 2010a, p. 11). Las ideas y las creencias saludables de padres y madres permiten mejorar la percepción de parentalidad positiva. “Se trata de que los padres puedan repensar su rol y aprendan a tomar decisiones flexibles teniendo en cuenta las circunstancias y las características de sus hijos e hijas” (Rodrigo, Máiques y Martín, 2010a, p.12). Al integrar a la familia de bebés prematuros en los cuidados que estos requieren se promueve la interacción madre-hijo, esta experiencia se puede usar para guiar las prácticas de otros cuidadores (Boyce, et al., 2015). Ya que para desarrollar el Sentido de Competencia

Parental de los cuidadores es necesario atender al bebé prematuro y su familia durante los primeros años de vida, lo cual nos exige reconceptualizar los modelos de atención tradicionales enfocados en la temprana infancia.

### **3. Prácticas centradas en la familia y atención temprana**

Las Prácticas Centradas en la Familia [PCF] son una forma sistemática de crear un vínculo con las familias en un marco de dignidad y respeto a sus valores y opciones, proporcionando apoyos que fortalezcan y mejoren el funcionamiento familiar, aportando mayor bienestar psicológico y satisfacción para con los servicios recibidos por la familia (Dalmau, Balcells-Balcells, Giné, Cañadas, Casas, Salat, Farré y Calaf, 2017). En desarrollo infantil, las PCF favorecen a la Atención Temprana en beneficio del desarrollo, pues estas prácticas en las familias aumentan el tiempo de oportunidades de desarrollo del niño, en comparación de otros tipos de tratamientos o intervenciones (García-Sánchez, Escorcía y Sánchez-López, Orcajada y Hernández, 2014).

Para García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada y Hernández (2014), las PCF se caracterizan: a) por ser prácticas en las que las familias y los profesionales comparten responsabilidades y trabajan en colaboración, desarrollando relaciones positivas que favorecen a la toma de decisiones informadas por parte de la familia, b) las PCF son prácticas que fortalecen el funcionamiento familiar, pues proporcionan apoyo a la familia generando en los padres confianza y sensación de competencia, c) son prácticas individualizadas y flexibles, pues se trabajan en el entorno natural y no en espacios especializados, ajustándose a las necesidades y

prioridades de la familia, considerando que el niño aprende en cada momento del día y no sólo durante las terapias tradicionales, y d) son prácticas basadas en las fortalezas y recursos del niño y su familia, pues se trabaja con el adulto a través de estrategias de andragogía que permiten capacitar al adulto para que pueda fortalecer sus puntos fuertes, mejorar su entorno y las oportunidades de aprendizaje de su niño.

Lo importante del enfoque centrado en la familia no es en sí la práctica o prácticas concretas, sino lo importante es asumir este enfoque en la práctica en el servicio de Atención Temprana (García-Sánchez, et al., 2014). Por la Atención Temprana podemos encontrar y potenciar los recursos y las competencias de la familia para generar un entorno competente que facilite el desarrollo del bebé (García-Sánchez et al., 2014), pues la Atención Temprana que acoge PCF empodera a las familias y mejora las condiciones de vida del niño (Rojas y López, 2018).

En este enfoque, la familia es la que debe tener los conocimientos y destrezas para educar a sus hijos a que alcancen los mayores niveles de funcionamiento y lograr la máxima calidad de vida (McWilliam, 2016). La Atención Temprana centrada en la familia no solo se debe limitar a los avances evolutivos de los niños, sino también se debe interesar por la satisfacción de la familia y la repercusión en su dinámica familiar (Cañadas, 2012). En este sentido, los modelos de intervención como Intervención Basada en Rutinas [IBR] se acogen de los principios del enfoque centrado en la familia, volviendo operativo este tipo de intervención (McWilliam, 2016).

En este paradigma de Atención Temprana se identifican dos componentes básicos que

sirven para construir relaciones efectivas entre el profesional y la familia, estas son las prácticas relacionales y las prácticas de ayuda participativa (Espe-Sherwindt, 2008). Estas dos prácticas se dan con base en las interacciones de apoyo mutuo que se orientan a identificar las necesidades de desarrollo del niño y su familia, las cuales se caracterizan por el compromiso, comunicación positiva, respeto y confianza entre la familia y el profesional durante las interacciones que se suscitan (Dalmau et al., 2017).

Las prácticas relacionales son comportamientos interpersonales como cordialidad, escucha activa, empatía, sinceridad y la visión de los padres desde una perspectiva positiva. Por otro lado, las prácticas participativas están más orientadas a promover la acción de la familia, y abarca el control y la forma de compartir en la relación. También se debe comprender que los componentes relacionales y participativos presentan distinciones específicas. Ya que no se puede confundir el ser cordial, atento y utilizar excelentes habilidades de comunicación con ser un profesional o programa que esté centrado en la familia (Espe-Sherwindt, 2008). Trabajar bajo este modelo en entornos naturales, permite al profesional generalizar los aprendizajes y favorecer que en el tiempo que los cuidadores habitualmente pasan con los niños, estos pueden ofrecer oportunidades para aprender, ayudando a que las familias sean más competentes, reduciendo al máximo la participación del profesional en beneficio de la participación de la familia (Cañadas, 2012).

Siendo necesario que las familias logren ser más competentes en el cuidado infantil, ya que las interacciones positivas podrían amortiguar los impactos negativos asociados con el nacimiento prematuro. La mejora de la interacción madre-niño ayuda a que las madres mejoren

en sus interacciones diarias con formas de respuesta más pertinentes a las continuas demandas de su familia y situación de vida (Boyce, et al., 2008).

#### **4. Modelo de Intervención Basada en Rutinas**

El modelo de Intervención Basada en Rutinas [IBR] acoge los principios de las Prácticas Centradas en la Familia [PCF] para desarrollar una propuesta de trabajo con familias con necesidad de Atención Temprana [AT]. Este tipo de intervención se utiliza en Estados Unidos y es un modelo de intervención integral que responde a cuatro problemas principales en la AT: a) los servicios a niños y familias que pasan de especialista a especialista, b) las familias de niños de edades tempranas con condiciones especiales que pasan muchas horas en diversidad de terapias aisladas unas de las otras, c) los objetivos de los especialistas no siempre responden a las necesidades y objetivos de las familias, y d) las intervenciones se dan en contextos artificiales que crea el especialista para el servicio que ofrece (McWilliam, 2016).

El enfoque de IBR tiene como premisa principal que los niños aprenden mejor en los contextos naturales, es decir, en sus rutinas diarias con contextos de aprendizaje proporcionados por los cuidadores y sus familias (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016). La IBR supone que la interacción de todos los actores que participan a favor del desarrollo infantil favorecen al desarrollo del niño, debido a que la intervención en las actividades diarias se vuelve significativa para el niño porque tienen lugar cada día en un entorno conocido, con materiales y personas significativas para él. Por lo que la IBR brinda a la familia un apoyo que incide en las interacciones diarias (McWilliam, 2016), favoreciendo el desarrollo infantil y generando bienestar en la familia.

Estas interacciones diarias y significativas se comprenden desde el concepto de rutinas, las cuales son actividades naturales que ocurren con cierto grado de regularidad. Las rutinas proporcionan un contexto adecuado para que los niños desarrollen habilidades, debido a que las rutinas son repetitivas, predecibles, funcionales y significativas. Por lo que, para implementar este enfoque es necesario comprender que las familias son fundamentales para la AT, pues son ellos quienes deben promover el desarrollo de sus hijos en las oportunidades de aprendizaje que ellos pueden dar en la vida diaria (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016).

En una IBR el rol del profesional es importante debido a que para aplicar este enfoque deben llevar a cabo algunas tareas que exige la intervención, de las cuales cuatro principales son: a) interactuar con las familias de manera amistosa, respetuosa, apoyando y respetando sus decisiones, b) proporcionar a las familias oportunidades para tomar decisiones significativas acerca de los servicios de AT que reciben, c) satisfacer las necesidades de las familias más allá del desarrollo y aprendizaje del niño, y d) aprovechar las oportunidades de aprendizaje que las familias proporcionan a sus hijos (Mc William, 2016).

Los profesionales que aplican la IBR solo tienen un horario limitado de contacto con el niño, se espera que sean los padres quienes tengan la oportunidad de mejorar el desarrollo de sus hijos. Ya que la participación del profesional está en trabajar con las familias capacitándolos para que sean ellos quienes propicien y desarrollen habilidades en sus hijos (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016).

El profesional que aplica una IBR, para la ejecución de las tareas debe considerar una

serie de principios que dirigen el trabajo en este tipo de intervención. Dentro de los principales están: a) las intervenciones con el niño se producen entre las visitas de los especialistas, b) los niños aprenden en un ambiente natural de la vida cotidiana, y c) los cuidadores deben poseer los mismos objetivos de intervención que el de los profesionales (Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir [UCV], 2000). En una IBR es necesario que los profesionales logren promover PCF desde un trabajo individualizado, buscando satisfacer las necesidades de los niños y sus familias (McWilliam, Casey y Sims, 2009).

En este modelo de intervención se requieren ejecutar dos grandes fases para su implementación, la primera fase que es la evaluación de necesidades y planificación de la intervención, la cual es una fase que consiste en comprender la ecología de la familia a partir de sus apoyos sociales, así también requiere determinar las necesidades funcionales de las familias para las competencias cotidianas, pues esto permitirá establecer metas funcionales para la AT (McWilliam, 2016). Ya que en esta colaboración entre profesionales y madres es donde se puede determinar las prioridades y necesidades de los niños y sus familias (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016)., permitiendo planificar la IBR.

En la primera fase de la IBR el profesional se apoya de una entrevista semiestructurada que se realiza a la familia en su hogar. El objetivo de la entrevista es obtener la mayor información sobre las rutinas cotidianas del niño y la familia (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016). Esta entrevista es un instrumento especialmente diseñado por McWilliam denominado Entrevista Basada en Rutinas [EBR], es una entrevista semiestructurada con algunos propósitos específicos: 1) desarrollar una lista de resultados funcionales, 2) evaluar el funcionamiento del niño y la familia, y 3) establecer una relación positiva con la familia (McWilliam et al., 2009).

En la EBR se realizan preguntas sobre lo que hace cada miembro de la familia durante las rutinas diarias; se interroga sobre la participación del niño en la rutina en términos de su participación, relaciones sociales e independencia, se pregunta sobre la satisfacción de la familia en relación a cada rutina; y además se interroga sobre las principales preocupaciones y necesidades de la familia en relación a los requerimientos de AT (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016). La EBR se aplica al inicio de la intervención junto a la técnica del Ecomapa, la cual es una técnica que permite conocer los recursos y redes formales e informales con los que cuenta la familia (McWilliam, 2016).

La siguiente fase de la IBR es el apoyo que se brinda a la familia, lo cual implica organizar quién proporcionará el apoyo, cómo, y a quién será dirigido (McWilliam, 2016). Una vez que el profesional y la familia identifican y priorizan sus necesidades, se evalúa al niño también, y se realiza la planificación de los objetivos funcionales. Las familias trabajan semanalmente con estos objetivos en la visita del profesional, analizando los avances de los objetivos planteados (Universidad Católica de Valencia San Vicente Martir, 2000). “Si los objetivos se alcanzan y las familias tienen beneficios inmediatos de la AT, a la larga esperamos que los niños funcionen bien y las familias tengan una buena calidad de vida” (McWilliam, 2016, p.145).

En general, una IBR requiere tener metas concretas que dirijan la acción profesional, así como la participación de la familia y otros cuidadores sobre cuándo, cómo y dónde realizar la intervención. Los principales criterios a cumplir son objetivos que permitan reflejar las prioridades, creencias y valores de la familia; abordar y potenciar habilidades que faciliten la



participación del niño y su familia en el entorno natural; los objetivos funcionales deben ser medibles y generalizables para poder reconocer el logro de una habilidad (McWilliam, 2010). Por esto, es necesario realizar investigaciones que permitan replicar hallazgos sobre la implementación de IBR en AT, y de esa manera determinar la efectividad de esta intervención ampliando la base de evidencia sobre su aporte al desarrollo infantil y sus familias (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016).

### **Descripción general de la intervención**

El presente trabajo forma parte de la investigación sobre la incidencia de una intervención centrada en la familia sobre las capacidades parentales y el desarrollo evolutivo de niños prematuros de la ciudad de Guayaquil. Este proyecto de investigación ha sido planteado por el Dr. Eduardo Ortiz, Ph.D., Lisa Boyce, Ph.D., Claudia Escorcía, Ph.D. y Marcela Frugone, Ms.Ed., docentes de la Utah State University, Universidad Católica de Valencia y Universidad Casa Grande, respectivamente. Se ha implementado como propuesta de tesis de titulación para maestrantes de la cohorte 2016-2018 de la Maestría de Desarrollo Humano y Educación Infantil. El proyecto se desarrolla en colaboración con la Organización No Gubernamental Kinderzentrum, dentro del "Programa para la Prevención de Alumbramiento Precoz y Tratamiento de Niños Prematuros" (PAP-TNP) que ejecuta Kinderzentrum en Guayaquil.

El presente estudio recoge la experiencia que la Universidad Casa Grande ha desarrollado en torno al trabajo con modelos de intervención centrados en la familia con niños prematuros. En el caso del presente estudio se logra una interacción entre actores diversos, de diferentes contextos: los niños prematuros del Programa y sus madres, incorporados desde el Hospital del

Guasmo, quienes son los actores centrales del proceso en el rol de coadyuvar al desarrollo del bebé prematuro y de mejorar las capacidades parentales. Los maestrantes de Desarrollo Temprano y Educación Infantil que cumplen el rol de investigadores y de profesionales intervinientes. Los investigadores y docentes de las universidades participantes que cumplen el rol de guías de la investigación y de la intervención. Y la Fundación Kinderzentrum en su rol de organización de la sociedad civil de servicio a esta población.

Para el estudio se constituyó un equipo interdisciplinario que enlaza actividades académicas y práctica profesional en vinculación con la comunidad e investigación. Se explora el Sentido de Competencia Parental durante la implementación de una Intervención Basada en la Rutina [IBR] en 11 familias con bebés prematuros menores de un año de edad de las ciudades de Guayaquil y Durán. Las familias beneficiarias fueron consideradas sin restricciones relacionadas con la composición familiar. Los estudiantes implementaron el modelo durante 16 semanas de visitas domiciliarias, con la accesibilidad y compromiso de realizar una intervención semanal. Toda la intervención se desarrolló bajo la supervisión de los docentes investigadores, y se recogen datos a partir del diseño propuesto por los investigadores.

Desde una base teórica, la investigación se fundamenta desde el concepto de Prácticas Centradas en la Familia [PCF], el enfoque sociocontextual del desarrollo humano, así como la propuesta de Intervención Basada en las Rutinas [IBR]. La investigación se orienta a la implementación y aprendizaje del Modelo Basado en Rutinas de McWilliam (2016). Y con esta intervención en familias de niños prematuros se investiga el Sentido de Competencia Parental [SCP] en Madres de Bebés Prematuros.

El modelo de intervención le pone énfasis a un diagnóstico inicial que se centra tanto en las necesidades de desarrollo del niño y su familia. Para la intervención se realizaron 16 visitas, una visita por semana de 45 a 60 minutos, las cuales incluyen los primeros contactos y las entrevistas, la intervención y los procesos de cierre. A las familias se les informó sobre el proceso de investigación, los compromisos que se asumían al aceptar ser parte de la misma. Las familias aceptaron participar dejando constancia de su voluntad con la firma de un acta de consentimiento informado.

En el inicio de la intervención, en las primeras dos sesiones se aplicaron los instrumentos de investigación definidos en la propuesta de titulación de los guías. Para la etapa de intervención, a partir de la tercera visita, siguiendo el modelo de IBR se aplicó la Entrevista Basada en las Rutinas (EBR), la cual es una entrevista semiestructurada que facilitó a las familias reconocer y comprender sus rutinas diarias, para posterior definir los objetivos funcionales que se constituirán en los aspectos centrales de la intervención desde el entorno natural (McWilliam, 2009). Estos objetivos funcionales permitieron planificar la IBR en función de las demandas de la familia y no centradas en el déficit del niño. Durante este trabajo con la familia un profesional único visitaba la familia, pero era parte de un equipo interdisciplinario que brindaba ayuda durante la intervención. Para el cierre del proceso, en las dos sesiones finales, se aplicaron una entrevista de cierre y los postests de los instrumentos de investigación aplicados al inicio, los cuales permitieron evaluar la eficacia de la intervención y conocer las regularidades de las categorías de estudio.

## **Objetivo general y objetivos específicos de la investigación**

### **Objetivo general**

- Describir los cambios relacionados al Sentido de Competencia Parental en madres de niños prematuros de las ciudades de Guayaquil y Durán a partir de una Intervención Basada en Rutinas realizada en el primer semestre del 2018.

### **Objetivos específicos**

- Estudiar y reportar los resultados de una Intervención Basada en Rutinas y su incidencia e influencia en cuanto al Sentido de Competencia Parental de las madres de niños prematuros.

### **Preguntas e hipótesis de investigación**

- ¿Se sienten las madres de niños prematuros más competentes en sus roles como madres después de participar en una Intervención Basada en Rutinas?
- ¿Existen aspectos de la Intervención Basada en Rutinas que influyen en el Sentido de Competencia Parental de las madres de niños prematuros?

## **Diseño y Metodología de la investigación**

Este estudio se desarrolló desde una investigación de enfoque mixto con diseño cuasiexperimental por cuanto se realizó una intervención con las familias de niños prematuros para evaluar su efectividad. Se consideraron los métodos mixtos porque nos permiten tener una perspectiva más amplia y profunda de fenómenos estudiados. Los datos que se producen son variados por la diversidad de fuentes y tipos de datos que se analizan con métodos de análisis cualitativo y/o cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El estudio se realizó a un solo grupo compuesto por 11 familias, y el diseño cuasiexperimental permitió observar los efectos y relaciones de las categorías durante la intervención, por lo que para medir este fenómeno se aplicó la misma batería de pruebas al inicio y al final de la intervención (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Al estudio le interesó determinar cómo una Intervención Basada en Rutinas [IBR] influye en el Sentido de Competencia Parental [SCP] de las madres de bebés prematuros.

### **4.1. Muestra**

La muestra es un grupo representativo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos de una investigación. Para el estudio se consideró una muestra no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Se inició la intervención con 20 familias con bebés prematuros que fueron usuarios de la Fundación Kinderzentrum. Las familias fueron asignadas a 5 tesis de la Universidad Casa Grande. Kinderzentrum seleccionó de forma aleatoria familias de bebés prematuros y/o bajo peso que consideró que necesitaban un apoyo complementario a la intervención realizada por esta institución. Algunas familias fueron informadas por la fundación y otras fueron informadas por los tesis. En el caso de los tesis estos establecieron contacto telefónico con las familias para establecer acuerdos y certificar la voluntad de las familias para ser parte del proceso de intervención. Inicialmente cada tesis tomó contacto con 4 familias asignadas, sin embargo, existieron familias que decidieron no ser parte de la investigación, o abandonaron el proceso en el tiempo de los contactos iniciales o en el transcurso de las entrevistas iniciales, quedando un número total de 11 familias que completaron el proceso de intervención de 16 semanas.

Las 11 familias se caracterizan por ser familias con bebés prematuros nacidos en hospital público de la ciudad de Guayaquil. El ingreso promedio mensual es de \$535 (rango = \$280 - \$1000). Todos los bebés prematuros de este estudio son cuidados por su madre. La edad promedio de las madres es de 26 años de edad. El 31% de las madres trabajan fuera del hogar, y el 50% de los bebés son varones. A continuación, se presenta el perfil de los casos estudiados:

*Tabla 1 Resumen de casos de estudio*

Código del caso	Edad de la madre	Ocupación madres	Ingreso familiar	Edad Gestacional Nacimiento	Edad cronológica inicio intervención	Edad corregida inicio Intervención
001	20	ama de casa	300	32 sem	8 m. 3 días	6 m 3 días.
002	18	ama de casa	700	26 sem	9 m. 7 d.	4 m 22 d.

003	17	ama de casa	nc	25 sem	8 m.1 d.	4 m 8 d.
004	32	ama de casa	300	33 sem	8 m. 11 d.	6 m. 19 d.
005	23	ama de casa	280	35 sem	11 m. 16 d.	10 m. 9 d.
006	20	ama de casa	364	29 sem	10 m. 7 d.	7 m. 14 d.
007	28	ama de casa	1000	31 sem	8 m. 7 d.	6 m.
008	30	cajera	680	36 sem	9 m. 14 d.	8 m. 14 d.
009	47	ama de casa	400	31 sem	10 m. 11d.	8 m.
010	42	secretaria	800	29 sem	11 m. 15 d.	8 m. 22 d.
011	38	analista de impuesto	800	28 sema	13 m. 14 d.	10 m. 14 d.

---

*Elaborado por Daniel Quinde*

## **4.2. Principios éticos**

Los estudiantes de la maestría participaron de forma voluntaria en esta investigación, para lo cual previo al inicio de la intervención fueron entrenados en el modelo aplicado y tuvieron seguimiento permanente durante todo el proceso por parte de los investigadores de la Universidad de Utah, Universidad Católica de Valencia y de la Universidad Casa Grande.

El entrenamiento de los estudiantes se desarrolló en dos momentos: antes de la intervención, donde se realizaron 4 sesiones de entrenamientos presenciales con la investigadora radicada en Ecuador, 2 sesiones de entrenamientos virtuales con todo el equipo de investigadores que incluye los investigadores radicados en Estados Unidos y España. En un segundo momento del entrenamiento, durante la intervención los estudiantes mantuvieron semanalmente una tutoría

de seguimiento a la intervención. Estos entrenamientos fueron reuniones de trabajo grupales y en algunos casos individuales, lo cual permitió que los estudiantes dominen el modelo de Intervención Basado en Rutinas.

En relación a las familias, la participación de cada una de las familias fue voluntaria. Al establecer los primeros contactos con cada familia se les socializó la propuesta de investigación, el tiempo y tipo de intervención que se aplicaría en el desarrollo de la misma. Además, se acordó con las familias el día de la semana en que se establecían las visitas, se les aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos y se les explicó la finalidad del análisis de los datos, intervención que busca aportar al mejoramiento de las intervenciones en Atención Temprana [AT] en bebés prematuros y sus familias. Al final se les explicó los resultados de los datos producidos en la investigación, así como la importancia de la publicación de los hallazgos del estudio.

#### **4.3. Instrumentos de recogida de datos**

Esta investigación es parte de una investigación principal interesada en conocer los efectos de una Intervención Basada en Rutinas en familias de prematuros y en el desarrollo de los bebés. A la vez, es parte de un proceso de titulación de 5 estudiantes de maestría, por lo que requirió de la aplicación de varios instrumentos de investigación. Para efectos de este trabajo solamente se presentan datos pertinentes y relevantes al Sentido de Competencia Parental en Madres de Bebés Prematuros. La demás información recogida no se aplica a esta tesis, por lo que se reconoce que existen datos adicionales que no son analizados en este trabajo, estos datos son



presentados en los otros trabajos de titulación según el aspecto estudiado por cada tesista. Todas las familias participantes fueron informadas de las investigaciones de titulación derivadas de la investigación principal, lo cual se describe en el consentimiento informado. Los instrumentos de investigación fueron aplicados de acuerdo a los entrenamientos en la intervención y con la finalidad de que los datos sirvan para cada trabajo de titulación de los tesistas.

Para responder a las preguntas de investigación de esta tesis se han utilizado instrumentos con preguntas cuantitativas y cualitativas, por lo cual para la recolección de datos se aplicaron los siguientes instrumentos:

- a. Escala de Sentido de Competencia Parental. - es un instrumento de 16 afirmaciones con escala de Likert que se valoran entre 1 a 6, y permite evaluar la percepción de los progenitores sobre la eficacia de sus habilidades parentales y el grado de satisfacción con el rol parental (Anexo 1). Este instrumento es ampliamente utilizado en las investigaciones sobre el Sentido de Competencia Parental, pues existen muchos trabajos que avalan las propiedades de la escala y sus ventajas como herramienta de evaluación (Menéndez, et. al., 2011). En esta investigación la escala se aplicó al inicio y al final de la intervención permitiéndonos medir cómo la Intervención Basada en Rutinas influyó en el Sentido de Competencia Parental de las madres de niños prematuros.
  
- b. Entrevista de cierre. - la entrevista de cierre es una entrevista abierta que utiliza un guión de preguntas diseñadas por los docentes investigadores de la Universidad Casa Grande (Anexo 2). La entrevista de cierre es un instrumento cualitativo parte de la sesión final

del proceso, recaba las opiniones de las madres de familia y su valoración sobre lo conseguido tanto en el niño como en su familia y en sus competencias parentales a lo largo de este período de intervención en los hogares de las familias estudiadas.

La entrevista recoge las opiniones de los padres de familia sobre su experiencia en el proceso de atención, plantea una revisión con los padres de los objetivos propuestos y los avances obtenidos, así como de los temas que se debe continuar trabajando. Esta entrevista permite reflexionar sobre las percepciones de las madres sobre el proceso de la IBR, permitiendo registrar las vivencias relacionadas al SCP que se suscitaban en distintos momentos de la intervención. Por principios éticos para evitar alteraciones en la transcripción de los testistas, esta entrevista fue transcrita literalmente y revisada por el equipo de investigadores para guardar fidelidad de los datos recogidos.

#### **4.4. Análisis y categorización de datos**

Para el análisis de los datos se utilizaron dos softwares de análisis de datos, uno de corte cualitativo y otro de corte cuantitativo. El software de análisis cualitativo fue el ATLAS.ti, el mismo que es una herramienta informática que facilita el análisis de volúmenes de datos textuales a partir de la segmentación y codificación del texto en pasajes o citas. Mientras que el software de análisis cuantitativo fue el SPSS, el cual es un programa estadístico informático que se usa en las ciencias sociales y aplicadas permitiéndonos trabajar con datos cuantitativos a partir de análisis estadístico.

Todas las categorías analizadas en esta investigación fueron procesadas en los softwares mencionados, posterior al análisis de los programas, las categorías fueron discutidas por los investigadores principales del proyecto.

Las categorías se presentan en la siguiente tabla:

*Tabla 2 Cuadro de categorías*

CATEGORÍA	CONCEPTUALIZACIÓN	SUBCATEGORÍA	DEFINICIÓN
<b>Sentido de Competencia Parental</b>	Modo en que padres y madres perciben y viven su rol como progenitores (Menéndez, et al., 2011).	Desconocimiento sobre la prematurez y el desarrollo infantil	Falta de control frente a la tarea educativa. Percepción negativa de propia capacidad en el rol parental
		Falta de satisfacción frente al rol parental	Percepción de poco control en las prácticas contextuales
		Falta de toma de decisiones frente al desarrollo infantil	Percepción de control ante la tarea educativa
		Conocimiento sobre la prematurez y el desarrollo infantil	Eficacia percibida como progenitor. Toma de decisiones significativas
		Satisfacción frente al rol parental	
<b>Intervención Basada en Rutinas</b>	La Intervención Basada en Rutinas supone la interacción de todos los actores que interactúan a favor del desarrollo infantil. En esta intervención las actividades diarias son	Rol del profesional en una IBR	Satisfacer necesidades de la familia y del desarrollo del niño.

significativas para el niño porque tienen lugar cada día, en un entorno conocido para él, con sus materiales y con personas significativas. La IBR brinda a la familia un apoyo que incide en las interacciones diarias (McWilliam, 2016).

Interacción de adultos y coetáneos	Interacciones de actores a favor del desarrollo infantil
Trabajo con familias	Familias se sienten escuchadas y se sienten beneficiadas por las visitas
Familia potencia oportunidades de aprendizaje en entorno natural (rutinas)	Aprovecha oportunidades de aprendizaje y desarrollo que se dan en el hogar. Mayor participación familiar a partir de objetivos funcionales

---

*Elaborado por Daniel Quinde*

### **Resultados y análisis de datos**

Los resultados de esta investigación se presentan a partir de las respuestas a las dos preguntas de investigación, así como el relato de 1 de los 11 casos atendidos, caso que nos permite ejemplificar la intervención. En el análisis cuantitativo se presenta un análisis general de la Escala de Sentido de Competencia Parental, acompañado por un análisis por ítems que permitió comprender las subcategorías de las categorías estudiadas, permitiendo describir cómo

las madres de niños prematuros se sienten más competentes en sus roles como madres después de participar en una IBR.

Para el análisis cualitativo se categorizaron los datos, siendo codificadas las declaraciones significativas, para luego ser separadas en categorías y posterior análisis. A partir de las codificaciones del Atlas.Ti se logró responder a las dos preguntas de investigación, permitiendo describir la influencia y aspectos de la IBR que influyeron en el SCP de las madres de niños prematuros. Dentro de la presentación de resultados cualitativos se presenta la descripción de un caso de estudio, utilizando citas que permiten respaldar las interpretaciones para cumplir con los criterios de credibilidad de los métodos cualitativos.

Respondiendo a la primera pregunta de investigación: **¿Las madres de niños prematuros se sienten más competentes en sus roles como madres después de participar en una Intervención Basada en Rutinas?**, se obtuvieron los siguientes resultados promediando por familia las respuestas de los ítems de la Escala de Sentido de Competencia Parental, se presenta en la siguiente tabla resumen:

*Tabla 3 Resultados promediados de la Escala de Sentido de Competencia Parental por familia*

CODIGO FAMILIA	PRETEST	POSTEST	DIFERENCIA
MAD1	3,63	3,79	0,16
MAD2	3,44	3,53	0,09
MAD3	4,06	3,94	-0,12
MAD4	5,38	5,34	-0,04
MAD5	4,31	4,33	0,02
MAD6	4,50	4,41	-0,09

MAD7	2,56	2,54	-0,02
MAD8	3,19	3,14	-0,05
MAD9	2,88	2,74	-0,14
MAD10	3,56	3,54	-0,02
MAD11	4,69	4,73	0,04

*Elaborado por Daniel Quinde*

Previo a la elaboración de la Tabla 3 se ha considerado que la Escala de Sentido de Competencia Parental fue diseñada con 16 ítems de Likert, de los cuáles 7 ítems (1, 6, 7, 10, 11, 13, 15) expresan categorías positivas y 9 ítems (2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14, 16) expresan categorías negativas. Para el diseño de la Tabla 3 se consideró la puntuación reversa de los ítems negativos, es decir, para los datos por familia de esta tabla se promediaron los 16 ítems en positivo de la escala aplicada a cada madre.

En un análisis descriptivo general, 4 de las 11 madres de niños prematuros presentaron un aumento en la medición de la Escala del Sentido de Competencia Parental. Sin embargo, la diferencia entre postest y pretest es menor a 2 décimas. En este análisis general 7 de las 11 familias marcan diferencia negativa entre los dos momentos de aplicación de la escala, la diferencia negativa en todos los casos es menor a 2 décimas. Considerando que la Escala de Sentido de Competencia Parental cuenta con 6 ítems de Likert con puntuación de 1 punto cada ítem. Los resultados no son determinantes en la medición del progreso del Sentido de Competencia Parental de las madres de bebés prematuros. Existen categorías por ítems que pueden explicar con mayor contexto como la Intervención Basada en Rutinas influye en el Sentido de Competencia Parental, análisis que se presentará detalladamente por ítem de la escala.

Luego de los resultados globales sobre la medición del Sentido de Competencia Parental antes y después de la Intervención Basada en Rutinas, se detallan los promedios generales de este Sentido de Competencia por respuestas en cada factor, medido en la Escala de Sentido de Competencia Parental:

*Tabla 4 Promedios por factor de la Escala de Sentido de Competencia Parental*

INDICADOR	PRETEST	POSTEST	DIFERENCIA
1.Es difícil, pero yo ya he aprendido cómo influir en mis hijos.	4,09	5,27	1,18
2.Con la edad que mi hijo tiene, ser madre no es agradable.	1,91	1,45	-0,46
3. En las cosas que tienen que ver con mis hijos, me acuesto igual que me levanto, con la sensación de no haber terminado nada.	2,91	2,91	0
4.No sé por qué, pero, aunque como madre creo que controlo la situación, a veces siento como si la situación me controlara a mí.	4,18	3,45	-0,73
5.Mi madre estaba mejor preparada que yo para ser buena madre.	2,91	2,73	-0,18
6.Yo sería capaz de decirle a una madre primeriza qué es exactamente lo que tiene que hacer para ser buena madre.	3,45	4	0,55
7. Ser madre es algo llevadero, y cualquier problema se revuelve fácilmente.	3,27	4,09	0,82
8.Una de las cosas más difíciles de ser madre es saber si lo está haciendo bien o no.	5,18	5,18	0
9.Como madre, a veces siento que no doy abasto.	4,64	3,91	-0,73
10.He conseguido ser tan buena madre como quería.	4	4,91	0,91
11.Si hay alguien que sabe lo que pasa a mi hijo cuando está raro, esa soy yo.	5,55	5,09	-0,46
12.Se me da mejor y disfruto más haciendo	2,27	2,09	-0,18

---

otras cosas diferentes a ser madre.

13.Teniendo en cuenta el tiempo que llevo siendo madre, me manejo muy bien con estas cosas.	3,73	4,91	1,18
14.Si ser madre fuera más interesante, lo haría con más ganas.	2,64	1,73	-0,91
15.Creo que soy capaz de hacer todas las cosas que hacen falta para ser buena madre.	5	5,27	0,27
16. Ser madre me pone nerviosa y ansiosa.	4,09	3,45	-0,64

---

*Elaborado por Daniel Quinde*

En un análisis general por ítems de la Escala de Sentido de Competencia Parental se pudo determinar que en el 81% de los ítems de la escala se evidencia que posterior a la Intervención Basada en Rutinas se desarrolló positivamente el Sentido de Competencia Parental en las madres de niños prematuros. A continuación, se detalla un análisis descriptivo detallado de los resultados de la escala:

Existieron dos ítems mejores puntuados, los ítems 1 y 13: “Es difícil, pero yo ya he aprendido cómo influir en mis hijos” y “Teniendo en cuenta el tiempo que llevo siendo madre, me manejo muy bien con estas cosas”. Los resultados obtenidos permitieron evidenciar un aumento de 1,8 puntos después que las madres y sus familias fueron parte de una Intervención Basada en Rutinas. Estos resultados evidencian que en el postest existió una concentración de resultados en las opciones “En parte de acuerdo” y “De acuerdo”, mejorando la puntuación de respuestas del pretest que se concentraba en “En parte desacuerdo”.

Además de estos 2 ítems mejores puntuados, existieron otros ítems que mostraron aumento en los resultados de los promedios. El ítem 6: “Yo sería capaz de decirle a una madre



primeriza qué es exactamente lo que tiene que hacer para ser una buena madre” muestra una diferencia de 0,55 entre postest y pretest, el aumento valida que las madres mejoraron su Sentido de Competencia Parental porque se sienten más seguras de compartir su experiencia de madre a otras madres primerizas. En este ítem la concentración de respuesta cambia de “En parte desacuerdo” (pretest) a “En parte de acuerdo” (postest).

En el ítem 7: “Ser madre es algo llevadero y, cualquier problema se resuelve fácilmente” se presentó un aumento de 0,82 puntos en la segunda medición del estudio. Los resultados demuestran que posterior a una Intervención Basada en Rutinas las madres mejoran su percepción sobre lo llevadero de ser madre, pues existe una variación de la tendencia de respuesta del pretest que se concentraba en la opción “En parte desacuerdo” a la concentración de respuesta en el postest que las respuestas tendían a la opción “En parte de acuerdo”.

Otro resultado significativo de la escala es el ítem 10: “He conseguido ser tan buena madre como quería”, este ítem muestra un aumento de puntuación de 0,91 puntos en el postest. Los resultados de este ítem evidencian cómo las madres consideran que perciben que logran ser buenas madres después de la Intervención Basada en Rutinas, pues existe un cambio en la tendencia de las respuestas, en el pretest la opción que concentraba resultados era “En parte de acuerdo”, y en postest cambia la tendencia de selección a “De acuerdo”.

El último ítem que muestra aumento de los promedios en el postest es el ítem 15: “Creo que soy capaz de hacer todas las cosas que hacen falta para ser buenas madres”. En este resultado el aumento es de 0,27 puntos, no es muy alto en relación a las tendencias de respuestas de las

madres, pues en este ítem tanto en el pretest como en el postest la tendencia se mantiene en “De acuerdo”. Sin embargo, esta variación estadística evidencia un cambio positivo en su Sentido de Competencia Parental.

De los 16 ítems de respuesta de la escala, existieron 8 ítems que presentaron puntuaciones que mostraron bajas en relación a las dos mediciones aplicadas, un ítem fue el 2: “Con la edad que mi hijo tiene, ser madre no es agradable”, presentó una baja de 0,46 puntos, este resultado permite determinar que en las madres mejoró el sentido de agrado por ser madre, concentrándose los resultados en las opciones “En desacuerdo” con promedio de 1,91 a un promedio de 1,45 tendiente a la opción de “No, totalmente en desacuerdo”.

El segundo ítem con baja en los promedios fue el 4: “No sé por qué, pero, aunque como madre creo que controlo la situación, a veces siento como si la situación me controlara a mí”, presentó una baja de 0,73 puntos, el resultado permite evidenciar que las madres consideran que tienen mejor control sobre las situaciones a las que se enfrentan como madre. Los resultados en el pretest se concentraron en las opciones “En parte de acuerdo”, mostrando en el postest una mejora de su percepción de control debido a que los resultados se concentraron en la opción de “En parte desacuerdo”.

El tercer ítem con baja en los promedios fue el 5: “Mi madre estaba mejor preparada que yo para ser buena madre”, se evidenció una baja de 0,18 puntos, lo que ha permitido determinar que no existe una variación significativa en la concentración de los promedios de los resultados, pues mantiene la tendencia de respuesta en la opción “En parte desacuerdo”. Sin embargo, esta

variación del promedio evidencia un mejor Sentido de Competencia Parental posterior a la intervención.

El ítem 9, es el cuarto ítem que muestra una baja en los promedios, mostrando una diferencia de 0,73 entre pretest y postest. Este ítem fue: “Como madre, a veces siento que no doy abasto”, los resultados permiten calificar que posterior a una Intervención Basada en Rutinas existe una mejor percepción de abasto a sus tareas como madre, ya que evidencia un cambio de tendencia del pretest donde se concentran las respuestas entre “En parte de acuerdo” y “De acuerdo” al postest que evidencia concentración en la opción entre “En parte desacuerdo” y “En parte de acuerdo”.

El ítem 11: “Si hay alguien que sabe lo que pasa a mi hijo cuando está raro, esa soy yo”, es el quinto ítem que presenta baja en los promedios de las dos mediciones, la diferencia marca 0,46 en baja en el postest. El resultado ha permitido determinar que las madres no muestran una mejora en este sentido sobre el conocimiento de situaciones no comunes de sus hijos, pues la tendencia de respuesta del pretest “Si, totalmente de acuerdo”, baja a una tendencia a la respuesta “De acuerdo”. Este ítem se constituye en el único ítem que presenta un cambio negativo en el Sentido de Competencia Parental, pues en esta única afirmación el postest evidencia que las madres disminuyen su percepción de competencia.

El sexto ítem que presenta baja en las puntuaciones es el 12: “Se me da mejor y disfruto más haciendo otras cosas diferentes a ser madre”. Los resultados evidencian una baja de 0,18 puntos que es poco significativa en la concentración de respuestas, pues no existe un cambio

significativo entre la medición de inicio y final de la intervención. En ambas mediciones la tendencia promedio de respuesta fue “En desacuerdo” en relación a este ítem. Sin embargo, esa variación en la diferencia entre las mediciones de pretest y posttest, evidencian un aumento en el Sentido de Competencia Parental de las madres de estos bebés prematuros.

El séptimo ítem que baja la puntuación en la medición posttest en relación al pretest fue el ítem 14: “Si ser madre fuera más interesante, lo haría con más ganas” (las madres no solicitaron ejemplos aclaratorios), la medición determina que existe una diferencia de 0,91 entre las mediciones de inicio y final de la intervención. La concentración de respuesta varía entre pretest y posttest, pues en la primera medición la tendencia de respuesta fue en la opción “En parte desacuerdo”, y en la segunda medición las respuestas se concentran en la opción “En desacuerdo”, marcando la variación de aproximadamente 1 punto en la escala, lo que evidencia una mejora del Sentido de Competencia Parental.

El último ítem que muestra una baja en los promedios de la escala es el ítem 16: “Ser madre me pone nerviosa y ansiosa”. Este ítem baja 0,64 puntos en la segunda medición. Estos resultados dan evidencia de que en las madres se disminuyó el nerviosismo y ansiedad de ser madre posterior a una Intervención Basada en Rutinas, lo cual contribuye a desarrollar un mejor Sentido de Competencia Parental. Pues por las mediciones aplicadas se logra identificar un cambio en la concentración de respuestas de “En parte de acuerdo” (primera medición) a “En parte desacuerdo” (segunda medición).

Una vez presentados las mediciones que aumentaron y disminuyeron en las pruebas de pretest y postest, es necesario indicar que en 2 ítems no se presentan cambios en la medición del Sentido de Competencia Parental. En el ítem 3: “En las cosas que tienen que ver con mis hijos, me acuerdo igual que me levanto, con la sensación de no haber terminado nada” se presenta el promedio de 2,91 puntos en ambas mediciones, lo cual constituye a una respuesta de “En parte desacuerdo” en las dos mediciones. Así como el ítem 8: “Una de las cosas más difíciles de ser madre es saber si lo está haciendo bien o no” que, con un promedio de respuesta de 5,18 puntos, que corresponde a una opción de respuesta “De acuerdo”. Por lo que en ambas mediciones no se evidencia un cambio significativo posterior a la intervención.

El análisis de la Escala de Sentido de Competencia Parental nos ha permitido identificar los cambios presentados en las madres posterior a la intervención. Sin embargo, es necesario considerar que existen otros múltiples factores no controlados durante la intervención, factores que no han podido ser objeto de análisis debido al período de tiempo para desarrollar la investigación para titulación. Por lo cual, existen variables adicionales que podrían impactar el Sentido de Competencia Parental y un estudio posterior puede explorar aspectos adicionales no incluidos en este estudio.

Además del análisis cuantitativo para responder a la primera pregunta de investigación también se analizaron datos cualitativos producidos en la intervención. En el análisis de estos resultados se observa que las madres reconocen un desarrollo en su Sentimiento de Competencia Parental. Uno de los factores por lo que se evidencia esta mejora es debido a que las madres

posteriores a la Intervención Basada en Rutinas consideran tener mayor conocimiento sobre el desarrollo infantil.

Al inicio de la intervención las madres referían desconocimiento sobre el desarrollo infantil de sus hijos prematuros, la mamá de Tatiana refiere: *“Cuando iniciaron las visitas no sabía qué iban a hacer, me sentía que no sabía que debía hacer ni qué iba a pasar con mi hija, pues el doctor dijo que tenía bajo peso y un retraso en el desarrollo físico”*. En relación a este aspecto, la madre de Paula y Yazmín, dos bebés prematuras y que han desarrollado retinopatía también demostraba desconocimiento al iniciar la intervención: *“Al iniciar estábamos preocupados, con miedos. Trataba de relajarme, tratando de entender, (in)formarme para poder hacer lo que ellas necesitaban por su retinopatía”*.

Posterior a la Intervención Basada en Rutinas se evidencia que las madres tienen mayor conocimiento sobre el desarrollo infantil. En relación a esto la mamá de Tatiana refiere: *“He aprendido a saber más del significado de los prematuros, que esto no significa que no es un niño normal; sino que él es un niño normal pero que su desarrollo es un poquito más lento porque están adaptados a su edad corregida”*. En su diálogo se evidencia que la mamá logra observar y describir logros de Tatiana, así como la proyección esperada sobre el desarrollo: *“En lo motriz ha mejorado, falta que se ponga más rígida, de pie. En lo verbal se debe esperar que empiece a decir palabras, ahora ya balbucea. Pero lo va logrando, tal vez es esto de la edad corregida, debe madurar lo que no terminó de madurar en el vientre y ahora ya va creciendo”*.

Posterior a la intervención, la madre de Paula y Yazmín refieren mayor habilidad para observar el desarrollo de sus hijas: *“A Paula la veo como un niño normal y a Yazmín la veo algo más retrasada. Yazmín se mantiene de pie, pero como que le da miedo caminar. Paula como que no tiene miedo si se pega o si se cae. Yazmín como que, sí le da miedo, se mantiene ahí, pero no se suelta, no quiere avanzar. Yazmín se sienta y se mantiene, así un buen rato por si sola y ella hace sonidos, si habla. Lo único que no hace es caminar como lo hace Paulette. Lo único que le veo es como miedo”*. Además, esta madre logra identificar condiciones necesarias para que sus hijas logren desarrollo en el área motriz: *“Le hace falta estimular el gateo y que tengan más fuerza en las piernas para que puedan caminar”*.

La mamá de Ana reconoce que al principio de la intervención no tenía conocimientos sobre el desarrollo infantil: *“Al principio nosotros pensamos que Ana iba a necesitar toda la ayuda posible, porque nosotros al principio pensábamos que Alejandra iba a ser una niña con muchos problemas y que de pronto íbamos a tener que enfrentarnos a muchas cosas más adelante”*. Pero posterior a la intervención reconoce un mayor conocimiento sobre el desarrollo: *“Ahora conozco más sobre mi hija, ahora considero que mi hija tiene 1 año 4 meses de edad cronológica, pero en sí, en edad corregida recién tiene 1 año dos meses con apenas unos días. Entonces yo creo que también ha sido como que esperar, tener más paciencia, de lo que ya he tenido hasta ahora”*. Este reconocimiento debe tener relación con la información sobre el desarrollo infantil que se brindó durante la intervención.

Posterior a la intervención, otra subcategoría que permite reconocer el desarrollo del Sentido de Competencia parental es la satisfacción de las madres frente al rol parental. La mamá

de Tatiana reconoce que: *“Ha cambiado mi forma de vida, no es lo mismo tener un niño normal a un niño prematuro... He podido hacer las cosas que yo quería que haga, ya las ha podido hacer. También ha cambiado un poco el estrés, aunque el estrés siempre va a estar”*. La madre de Naomi refiere: *“No me veo como madre de niña prematura, me veo como madre de mi primera hija. Con ella he aprendido todo lo que tiene que saber una madre, es más difícil por el cuidado y las cosas que he tenido que pasar con ella desde su nacimiento, pero es lo más maravilloso del mundo tener a mi hija conmigo”*. La mamá de Yareth indica: *“le cuento que me siento más tranquila, con más ánimo y disfruto más de todo, hasta de las travesuras que empieza hacer mi hijo, con él me distraigo y me río todo el día con él”*. Lo cual evidencia mayor satisfacción en su rol de madre.

Otra subcategoría del Sentido de Competencia Parental es la capacidad de toma de decisiones sobre el desarrollo infantil. En el análisis cualitativo se evidenció que posterior a la Intervención Basada en Rutinas las madres pudieron tomar decisiones significativas sobre el desarrollo de sus hijos. La mamá de Yareth indica: *“He aprendido a interactuar más con mi hijo, a dejarlo a su espacio, a que ande solo en su andador o carrito, pero supervisándolo y no cargarlo solo cogido por miedo a que se caiga o que le pase algo por el mismo hecho de ser prematuro”*. En relación a estas subcategorías la madre de Yazmín y Paula señala: *“Para que mis hijas crezcan ahora les doy más soltura y trato de quitarme de la cabeza que lo de ser cieguitas es un problema grave. Creo que van creciendo distinto a las otras niñas, pero no es tanta la diferencia”*. En general, por los datos cualitativos analizados se evidencia que al final de la intervención existieron varios indicadores y respuestas que certifican una mejora en el Sentido de Competencia Parental debido a la influencia de la Intervención Basada en Rutinas.



En cuanto a la segunda pregunta de investigación: **¿Existen aspectos de la Intervención Basada en Rutinas que influyen en el Sentido de Competencia Parental de las madres de niños prematuros?**, es destacable señalar que en el análisis de datos cualitativos se identifican unos componentes de la Intervención Basada en Rutinas que guardan relación con el desarrollo del Sentido de Competencia Parental de madres de niños prematuros.

Un primer factor de la Intervención Basada en Rutinas [IBR] que favoreció al desarrollo del Sentido de Competencia Parental es la importancia del rol del profesional en la IBR. Dentro de los diálogos con las madres se identificó que tienen impresiones positivas sobre el rol del profesional en la intervención, lo cual evidencia que la IBR desarrolla prácticas relacionales y de ayuda participativa durante la intervención. La madre de Janeth refiere que: *“Como profesional usted nos trataba amablemente, conversaba con nosotros, es muy buena persona, más que todo paciente, nos guía, nos enseña, porque cuando algo no entendíamos nos explicaba, aprendimos mucho de usted”*. La madre de Yareth considera que se ha sentido escuchada: *“A medida que usted ha estado viniendo me he desahogado. Me ha ayudado a levantar el ánimo”*.

En este proceso las familias no solo han sentido apoyo para sus niños, sino también para los demás miembros de la familia, la madre de Naomi refiere: *“Me han ayudado mucho sus visitas, jajaja, porque como ve somos las dos, nadie nos visita, siento que he podido hablar de muchas cosas no solo de mi hija y su desarrollo. Usted ha sabido escucharme, sino ha sabido responderme ciertas cosas que yo preguntaba. Gracias por todo el apoyo que nos brindó a mí y a mi hija”*. En este primer factor se evidencia cómo por una Intervención Basada en Rutinas las

familias se sienten escuchadas, sienten satisfechas las necesidades del desarrollo del niño y de la familia; siendo el apoyo del profesional un apoyo para las decisiones significativas de la familia.

Un segundo factor de la Intervención Basada en Rutinas que influyó en el Sentido de Competencia Parental de las madres es la diversidad de interacciones que se provocan entre los miembros de la familia y el niño con necesidad de desarrollo. Las madres reconocen que posterior a la intervención existe mayor interacción y relaciones de apoyo con otros miembros de la familia, la madre de Tatiana refiere: *“Ahora todos en casa contribuimos a que en ciertos momentos podamos ayudarla a desarrollar, que cuando come, juega o haga lo que sea ella tiene oportunidad para lograr algo. Por ejemplo, mi mamá por las tardes me apoya más en cuidarla, pero ahora no solo la ve, sino que interactúa con ella, así mismo mis hermanas interactúan más. Creo que esto le ha ayudado mucho a Tatiana”*.

La madre de Janeth considera que por la intervención han mejorado las relaciones con otros niños, en su caso con su otro hijo, pues refiere: *“Hemos mejorado en la relación familiar, también con mi hijo mayor mejoramos nuestra comunicación, nos poníamos a conversar con él, dialogábamos más con él, le contábamos cuentos, nos interesábamos más por él, para que el no piense que solo queríamos a la ñañita (hermana) y no a él”*. La madre de Yareth considera que también ha mejorado el apoyo de su pareja, pues indica: *“Mi esposo también ha sido mi gran apoyo incondicional y me siento mejor, después de una visita él se fue a jugar con mi hijo y enseñarle a cómo debía de ir sosteniendo y apoyando su cuerpito, le canta y enseña a repetir palabras básicas de todo bebe”*. Así también la madre de Yazmín y Paula consideran que la

intervención ha favorecido en el bienestar de los adultos, describe: *“Los adultos, estamos más tranquilos. Nos hemos unido por la condición de ellas”*.

Este aumento de interacciones en la familia se debe a que la Intervención Basada en Rutinas trabaja con las familias, lo cual se constituye un tercer factor positivo que influyó en el Sentido de Competencia Parental de las madres de los bebés prematuros. La madre de Ana reflexiona que antes de la intervención sentía que la mamá le generaba inseguridad sobre su rol de madre y valora el aporte de la intervención a esta relación con la madre: *“Era cuestión de que alguien me ayudara, porque realmente estaba sola en ese momento y claro que estaba con mi mamá, pero realmente ella quizás inconscientemente me hacía sentir inseguridad de lo que yo hacía con ella y me hacía pensar que estaba haciendo algo mal”*. En este diálogo reconoce que posterior a la intervención mejoró en esta inseguridad, así como mejoró la relación con su madre: *“Si, ósea al principio yo le decía algo y ella se disgustaba bastante, no me hablaba, peor que vivíamos en la misma casa, o sea no me hablaba y la situación era un poco tensa, más que todo por Noé (hermano de Ana), ahora ya si me comenta algo, me lo comenta y dice; bueno tu sabrás que hacer, o sea ya me deja a mí.*

En relación al beneficio de la intervención al trabajo con las familias, la madre de Yareth afirma: *“Todos en casa tratamos de realizar algo para mejorar su desenvolvimiento y esto me ayuda a mí, a sentirme mejor porque veo que todos están ayudándome al cuidado del bebé, mi hija mayor me visita todas las tardes y juega un momento con su hermano, mi otro hijo lo carga, juega y pasea varias veces al día con él. Ya no soy solo yo que tiene que estar permanente con el niño y esto me ha ayudado a sentirme que tengo un pequeño espacio para mí”*. De igual forma

la madre de Yazmín y Paula afirman que: *“Todas las personas que la rodean las estimulan: el papá, el tío, la tía, todos. Ellos le hacen juego, siempre las cogen”*. Estos relatos afirman la importancia de la Intervención Basada en Rutinas en el trabajo con familias.

Otro factor de la intervención que favoreció al Sentido de Competencia Parental de las madres fue el papel de las rutinas, pues posterior a la Intervención Basada en Rutinas la familia logró aprovechar oportunidades de aprendizaje y desarrollo que se dan en el hogar, existiendo mayor participación de la familia en los objetivos funcionales de esta frente al desarrollo del niño. En relación a las rutinas implementadas por la madre de Tatiana, esta madre relata decisiones significativas sobre las rutinas con la niña: *“Le he hecho sentir diversas texturas, y más que todo cuando la solté en el piso, la saqué de la cuna y le di más libertad. En lo verbal también nos propusimos trabajar, antes no decía nada. Aprendí a cantarle, hablarle más cada vez que estamos juntas”*. Así también la madre de Janeth refiere una diversidad en sus rutinas: *“Me fue muy bien con lo de las rutinas, yo así la cogía a mi hija en las horas de la mañana, la tarde y en la noche, me ponía con ella a jugar, me la ponía en las piernas como burrito, tiraba un colchón y me ponía a jugar, le hablaba que la iba a bañar, que la iba a vestir y ella todo eso comprendía. Me he sentido bien porque yo mismo me he puesto facilidades para estar con ella”*.

### **Caso Tatiana**

Tatiana es una niña de 37 semanas, nacida a las 26 semanas de edad gestacional, siendo un bebé con condición de prematuridad y bajo peso. En cuanto al contexto familiar, proviene de una familia nuclear constituida por su madre adolescente de 18 años de edad, ama de casa sin

ocupación remunerada y estudiante de nivel técnico y el padre de 23 años, quien trabaja como agricultor. Esta familia reside en un área urbana del cantón Durán. Tatiana y su madre cohabitan durante el día en casa de sus abuelos y tías maternas. Con ello esta familia se ayuda en su alimentación, pero esta situación también genera estrés a la madre en cuanto a problemas de interacción familiar con su familia de origen.

Tatiana es primera hija, no planificada según indicó su madre durante la entrevista. El parto de la niña se da por cesárea a las 26 semanas de gestación debido a preeclampsia materna. La talla al nacer fue de 18 cm y 700g. de peso. Durante los 3 primeros meses permaneció en incubadora, de los cuales 2 meses 15 días fue asistida con oxígeno por cuanto requería apoyo artificial para respirar. La madre refiere que en los primeros meses mantuvo control prenatal por medio del servicio público de salud por un diagnóstico de retraso en el crecimiento. Por lo que en el hospital que recibe atención médica fue referida a la Fundación Kinderzentrum. En febrero del año 2018 acude por primera ocasión a Kinderzentrum y simultáneamente se inicia la intervención de visitas domiciliarias de este proyecto de investigación. Las visitas se realizaron en casa de los abuelos maternos.

Al momento de la llegada de Tatiana a casa de sus padres, su familia se mostró preocupada por sus condiciones de nacimiento, puesto que fue necesario la permanencia de la neonata en la casa de salud, para la madre de la menor fueron momentos críticos, debido a los cuidados que implicaba su prematurez. El acompañamiento profesional en un inicio se centró en la recuperación del estado de salud físico de la menor, luego al ser referida a Kinderzentrum se iniciaron actividades centradas en la estimulación para el desarrollo de Tatiana, en aspectos

motrices, durante sesiones realizadas en el centro al cual acuden niños y niñas de edad contemporánea en situaciones similares.

Al iniciar las visitas domiciliarias, en los primeros acompañamientos profesionales en relación al cuidado de la familia se pudo identificar que en relación a los cuidados en casa estos eran realizados principalmente por la madre y bajo la guía de la abuela materna, en cuanto a la alimentación esta se daba en biberón con fórmula, ya que desde su nacimiento fue alimentada de esta manera. Con el pasar de los meses se fueron implementando alimentos en su dieta, su madre le daba de comer en una cuchara muy pequeña. Los baños se daban dependiendo del estado de salud de Tatiana y el clima del día, por ejemplo, en días lluviosos era aseada con baños en seco, y de esta manera se cuidaba de su higiene y se buscaba prevenir problemas respiratorios. La interacción con los miembros de familia era mayormente con la mamá y abuela y en menores ocasiones con la tía materna. Sus momentos de recreación eran en el corral donde pasaba su tiempo si no estaba siendo bañada o alimentada.

En la Entrevista Basada en Rutinas se identificó que las principales rutinas se relacionaban con el aseo, alimentación, juego y sueño. En relación a las rutinas de aseo, alimentación y sueño, la madre de Tatiana es quien principalmente participa de estas rutinas. En las rutinas de juego participan la madre de Tatiana, tía adolescente y abuela materna. En estas rutinas se identifica que la madre de Tatiana está satisfecha con las rutinas diarias durante la interacción con la niña. Sus principales insatisfacciones radican en que por necesidad de apoyo familiar debe involucrarse en otras rutinas que no corresponden al cuidado de la niña, sino a actividades de vida cotidiana de su familia de origen. Es así que la madre de Tatiana considera

que en las mañanas que comparte con su familia es cuando está más estresada, y quisiera que esto cambie; pero por necesidad del apoyo económico debe colaborar con las actividades domésticas de su familia.

Por la Entrevista Basada en Rutinas se identifica que las principales preocupaciones en relación a Tatiana radican en el retraso de crecimiento valorado por un médico pediatra, el cual indica que la talla y el peso de la niña está por debajo de la media en estas edades. Es reiterada la preocupación sobre el desarrollo y crecimiento de Tatiana, pues la madre refiere: “me preocupa su columna, no se pone dura”, “no se apoya en sus manos cuando se trata de sentarla”, “no se puede mantener de pie, se vence”, “aún no gatea”, “no hace burrito”, “aún no se da la vuelta”. Lo cual evidencia que la madre cuenta con limitada información sobre el desarrollo infantil de niños prematuros; y con frecuencia realiza comparaciones con niños de edad cronológica promedio a la edad de Tatiana, lo que le genera estrés.

Por lo antes descrito, a pesar de que la madre de Tatiana está satisfecha con sus rutinas, reconoce que en sus actividades diarias no estimula las áreas de desarrollo que desearía mejorar en la niña. De esta forma, con apoyo del instrumento ASQ-3 aplicado antes de la Entrevista Basada en Rutinas, según la edad corregida de Tatiana, la madre de Tatiana reconoce que desea intervenir en las áreas de motricidad gruesa y comunicación de la niña, por lo que se plantearon los siguientes objetivos funcionales:

- Brindar información sobre el desarrollo infantil en niños prematuros.

- Tatiana cuando esté despierta y en los momentos de juego se acostará en la cama o en el piso en una colchoneta (petate o su correspondiente), mientras está acostada la cuidadora le llamará por su nombre, motivando a que levante la cabeza por 5 segundos para buscar a la cuidadora. Tatiana lo logrará cuando mantenga levantada la cabeza por más de 10 segundos.
- Tatiana alcanzará con sus manos un juguete/objeto ubicado encima/delante de ella a 30 cms de distancia; en los momentos de juego luego del cambio de ropa, será acostada en postura boca abajo y su cuidador llamará su atención hablándole y mostrándole juguetes sonoros de colores. Tatiana se apoyará sobre su estómago sostenida de sus brazos y alzará su dorso para buscar el juguete y tomarlo, esta acción se realizará 4 veces por un lapso máximo de 10 minutos. Sabremos que lo logró cuando Tatiana se sostenga en postura boca abajo apoyada sobre sus brazos y el cuello sostenido durante 20 segundos al menos 3 veces durante el tiempo de la actividad.
- Tatiana se empujará del regazo de su cuidadora, en los momentos después de la rutina de alimentación y el tiempo de reposo, mientras la cuidadora la sienta frente a ella en una almohada encima de sus piernas, le hablará a Tatiana y estimulará a que con sus piernas se empuje de su estómago. Esta acción la realizará 5 veces en un tiempo de 5 minutos durante 5 veces a la semana. Sabremos que lo logró, cuando Tatiana se empuje con fuerza durante 25 segundos seguidos, al menos unas 3 veces del tiempo de la actividad
- Tatiana tomará un juguete a su alcance a través de deslizamiento de arrastre, en los momentos de descanso después de la rutina de baño, iniciando en posición boca abajo impulsándose con sus piernas y afirmándose sobre sus brazos, balanceándose de atrás hacia delante (en dirección al juguete), el cuidador acomodará su brazo para que Tatiana



impulse con sus pies y así pueda avanzar y alcanzar el juguete, además la alentará con voz suave, lo hará por un lapso máximo de 10 minutos, esto lo hará 4 veces por semana durante 1 semana. Sabremos que lo logró cuando Tatiana, se desplace en posición de arrastre al menos 3 veces durante el tiempo de la actividad.

- Tatiana durante la rutina del juego tomará un chinesco en sus manos y lo agitará, el cuidador apoyará a que Tatiana mantenga el chinesco en su mano y después lo agarre con la otra mano y lo agite. Sabremos que Tatiana lo logrará cuando mantenga el chinesco en sus manos por más de 1 minuto.
- Tatiana emitirá balbuceos como ma, pa, ba, ta en el momento de la rutina del baño incentivada por su cuidador, quien le hablará a 45 cms de su rostro con voz suave y pronunciando las sílabas de forma alargada y haciendo muecas al pronunciar, además repetirá los balbuceos que haga Tatiana y respondiendo sonriente, lo hará por un lapso máximo de 10 minutos, esto lo hará 4 veces por semana durante 1 semana. Sabremos que Tatiana lo logró cuando emita y repita balbuceos al menos 3 veces en el tiempo de la actividad.

Tatiana y su familia participaron de 16 visitas domiciliarias, de las cuales 12 visitas se concentraron en aplicar la Intervención Basada en Rutinas [IBR], por lo cual la madre de Tatiana reconoce una influencia de esta intervención en su Sentido de Competencia Parental [SCP]. La madre refiere que al iniciar la intervención presentaban temor sobre el desarrollo infantil de su hija prematura: *“Al iniciar la intervención éramos con miedo y limitaciones para explorar con ella”*. Sin embargo, con el transcurso de la intervención ha mejorado su percepción de eficacia frente a su rol como madre, indica: *“He aprendido más sobre mi hija, aprendí a tenerle más*

*paciencia, a quitarme el miedo de porque es chiquita, que porque es prematura no la puedo poner en el suelo, que no puede topar nada que tenga polvo, que esté sucio. Aprendí que tiene que ser libre”. Frente a los objetivos funcionales trabajados reconocen que tienen objetivos pendientes que deben trabajar, pues describe: “Le hace falta seguir trabajando lo verbal y motriz grueso”.*

Al finalizar la intervención reconoce logros de su hija y los relaciona a sus decisiones en el proceso y la riqueza de sus rutinas, señala: *“Todo me emociona, cuando se puso en cuatro (sonríe), se tardó mucho en hacerlo. Pensé que demoraría más, pero se le hizo vicio... En realidad, he disfrutado darle libertad, es emocionante para mí hasta cuando la baño y sonrío mientras le estoy aseando. La madre de Tatiana cierra la intervención con una reflexión de lo logrado en la intervención, señala: “Ha cambiado mi forma de vida, no es lo mismo tener un niño normal a un niño prematuro. Un niño normal lo va a hacer al mismo que tiempo que todos, un niño prematuro hay que tenerle más paciencia y se va a demorar en hacerlo. Pero lo va logrando. He podido hacer las cosas que yo quería que haga, ya las ha podido hacer. También ha cambiado un poco el estrés, y el estrés siempre va a estar”.*

En relación a los aspectos de la Intervención Basada en Rutinas que influyeron en el Sentido de Competencia Parental de las madres de niños prematuros, se puede determinar que existe una impresión positiva de las familias sobre los profesionales visitantes que aplicaron la intervención, pues el rol del profesional permitió que las familias se sientan escuchadas y logren tomar decisiones significativas. Así también, el involucramiento familiar mejoró el Sentido de Competencia Parental, pues las familias reconocen una mejora de calidad de interacciones dentro

de la familia, pues la intervención al trabajar con las familias, mejoran la calidad de las rutinas que permitieron aprovechar oportunidades de aprendizaje y desarrollo desde el contexto natural.

## **Conclusiones**

En esta investigación, posterior a la discusión del análisis de resultados se concluye que:

1. Las madres de niños prematuros mejoraron su Sentido de Competencia Parental posterior a una Intervención Basada en Rutinas a través de visitas domiciliarias.
2. El estudio permite evidenciar que las familias de niños prematuros, especialmente de bajos recursos económicos como las de esta investigación, necesitan apoyo oportuno, flexible, sensible, pertinente frente a las necesidades de desarrollo de sus hijos, pues les hace falta apoyos que le faciliten información y les ayuden a desarrollar competencia en favor del desarrollo infantil.
3. En este estudio, la Intervención Basada en Rutinas a través del rol del profesional en el trabajo con familias, mejora las interacciones en estas, aumentado la participación familiar y potenciando las oportunidades de aprendizaje y desarrollo desde el contexto natural.
4. Posterior a una Intervención Basada en Rutinas las familias lograron tomar decisiones significativas que benefician al desarrollo de su hijo y de su familia.
5. Al finalizar la intervención por lo menos un miembro más de la familia es beneficiado por la Intervención Basada en Rutinas.

6. Las visitas semanales a las familias se realizaron con regularidad debido a la comunicación continua con los profesionales por medio de las visitas domiciliarias y el apoyo de la comunicación por redes sociales, pues el contacto frecuente preparaba y sostenía la planificación de la visita.
7. El conocimiento, la satisfacción y las decisiones de la familia en relación a su competencia parental son evidencia de cómo la Intervención Basada en Rutinas influyen en el Sentido de Competencia Parental de las madres.
8. En relación a los aspectos de la Intervención Basada en Rutinas que influyeron en el Sentido de Competencia Parental se identifican que el modelo de IBR frente a las necesidades de apoyo de la familia desarrollan prácticas relacionales y de ayuda participativa durante la intervención.
9. El contacto directo y frecuente del profesional con la familia en su contexto natural contribuyó a que las visitas domiciliarias se constituyan en otro aspecto de la intervención que favoreció al desarrollo del Sentido de Competencia Parental.

## **Discusión**

Esta investigación aporta a: describir como una Intervención Basada [IBR] en Rutinas mejora el Sentido de Competencia Parental [SCP] de las madres de niños prematuros y permite describir los aspectos de una Intervención Basada en Rutinas que influyen en el Sentido de Competencia Parental.

En lo que respecta a la influencia de la IBR en el SCP, el modelo IBR al interactuar con las familias les proporciona oportunidades de aprendizaje que le ayudan a tomar decisiones significativas acerca del desarrollo en la temprana infancia, pues les permite satisfacer las necesidades de las familias en relación al desarrollo del niño y las prioridades de la familia (McWilliam, 2016). Al satisfacer estas necesidades la IBR mejora las competencias parentales de las madres, lo cual, para Martín, et al. (2013), permite ajustar las condiciones psicosociales de vida, el apoyo profesional y el escenario educativo que los padres construyen para realizar el acompañamiento al desarrollo infantil. Mejorando la eficacia percibida como progenitor, la satisfacción con el rol parental y la percepción de control ante la tarea educativa que constituyen el SCP (Menéndez, et al., 2011).

Al trabajar en Atención Temprana [AT] bajo un enfoque de Prácticas Centradas en la Familia [PCF] se favorece a que las madres desarrollen una percepción positiva de su propia capacidad como progenitor, mejorando sus prácticas educativas frente al desarrollo de los niños, así como una mejor percepción de mayor controlabilidad frente a su competencia como madre (Menéndez, et al., 2011). Lo que en este estudio queda demostrado que una IBR influye de manera sustancial en el SCP de las madres de niños prematuros.

El modelo IBR reconoce la importancia de cómo el desarrollo infantil se puede dar de mejor manera desde los contextos naturales desde la interacción de los cuidadores principales (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016). En esta intervención las familias participantes lograron evidenciar mejoras en el desarrollo infantil y en las percepciones y sentimientos de los cuidadores. En el transcurso de las visitas domiciliarias, las familias se involucraron en la

intervención, para lo cual los profesionales son fundamentales para cumplir las tareas de una IBR, pues el modelo sostiene que los niños aprenden entre las visitas de los especialistas (McWilliam, 2016).

Los padres al sentirse empoderados en el proceso, fueron cambiando sus hábitos para lograr el desarrollo de sus niños (Cañadas, 2012). Estos hábitos cambiaron las rutinas de la familia, y las rutinas son las que proporcionaron un contexto adecuado para el desarrollo (Hugh-Scholes y Gavidia-Payde, 2016), pues es en la cotidianidad de las familias donde estas se sienten escuchadas y pueden recibir información que les contribuyan a una toma de decisiones significativas frente al desarrollo (McWilliam, 2016).

En este proceso de intervención se pudo identificar que las familias esperaban las visitas de los profesionales, ya que el apoyo de la comunicación por redes sociales preparaba y sostenía la planificación de la visita.

Así mismo, los factores de las IBR que influyeron en el SCP permitieron concluir que las familias al finalizar la intervención recibieron la información necesaria, aprendieron qué hacer y a disfrutar de la maternidad a partir de los beneficios de la intervención. Por lo que el conocimiento, la satisfacción y las decisiones de la familia en relación a su competencia parental son evidencia de como las IBR influyeron en el SCP de las madres.

En general, para el estudio fue importante la reflexión sobre la práctica en los investigadores, facilitó cuestionar modelos, enfoques y paradigmas de intervención en AT, lo

cual influyó en la eficacia de la IBR. Finalmente, la práctica desde la reflexión de la acción profesional ayudó al profesional y a la familia a reconocer como un modelo de IBR desde un enfoque de Prácticas Centradas en la Familia [PCF] es un modelo que exige ser estudiado y puesto en práctica para las necesidades de AT de niño con condiciones especiales, pues evidencia alta eficacia y beneficios no limitados al desarrollo infantil sino al bienestar y calidad de vida de todos los miembros de la familia, pues la adaptabilidad de la IBR a la diversidad de familias y situaciones, da un nivel de flexibilidad en el proceso de intervención que se personaliza para cada caso dependiendo de sus propias prioridades, conocimiento, y objetivos a desarrollar.

Estudios posteriores podrán explorar el impacto de las Prácticas Centradas en la Familia y la Intervención Basada en Rutinas en el desarrollo de los niños y otras variables adicionales relacionados a múltiples factores (individual, familiar, intervención, salud, entre otros) que no fueron parte de esta investigación. Así como también, estudios posteriores podrían replicarse en otras poblaciones.

### **Recomendaciones**

1. Se recomienda que, en futuros estudios relacionados a la Intervención Basada en Rutinas, se consideren realizar investigaciones con grupos de control que permitan establecer relaciones y comparaciones entre grupos en relación a la eficacia de la intervención.
2. Se recomienda que futuros estudios se dirijan a un número mayor de familias beneficiarias y se consideren otras variables no controladas en esta investigación.

3. Se recomienda que, a partir de la base de datos de la investigación principal planteada por los docentes investigadores, se realicen discusiones entre investigadores para poder determinar otros posibles hallazgos que no correspondan a los estudios de las titulaciones de los tesisistas de la Maestría en Desarrollo Temprano y Educación Infantil.
4. Se recomienda que, en investigaciones futuras se estudien los cambios que se dan en las habilidades y competencias de los profesionales posterior a desarrollar una Intervención Basada en Rutinas.
5. Se recomienda que, se realice un seguimiento a los participantes de la investigación principal, lo cual a futuro pueda motivar un estudio longitudinal y comparativo en las edades preescolares y escolares de los niños prematuros beneficiarios ya que se podría determinar impactos no solo de corto sino también de mediano y largo alcance.

### **Referencias Bibliográficas**

- Banco Interamericano de Desarrollo (2015). *Los primeros años, el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas*. Recuperado de [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los\\_primeros\\_a%C3%B1os\\_El\\_bienestar\\_infantil\\_y\\_el\\_papel\\_de\\_las\\_pol%C3%ADticas\\_p%C3%ABlicas.pdf](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7259/Los_primeros_a%C3%B1os_El_bienestar_infantil_y_el_papel_de_las_pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas.pdf)
- Banco Interamericano de Desarrollo (2016). *Una mirada del desarrollo infantil en América Latina y el Caribe desde la teoría y el pensamiento sistémico*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7696/Una-mirada-al-desarrollo-infantil-en-America-Latina-y-el-Caribe-desde-la-teoria-y-el-pensamiento-sistemico.pdf?sequence=1>



- Boyce, L., Boyce, G., King, J., Cook, G., D'zatko, K., & Akers, A. (2008). Developing relationships between very low birthweight infants and their mothers: A look at timing of intervention in relation to infant and maternal characteristics. *Early Childhood Services: An Interdisciplinary Journal of Effectiveness*, 2(3), 173-193.
- Boyce, L., Cook, G., Simonsmeier, V., y Hendershot, S. (2015). Academic outcomes of very low birth weight infants: the influence of mother-child relationships. *Infant Mental Health Journal*, 36(1), 1-10.
- Cabezas, K. (2018). *Estudio diferencial del desarrollo psicomotor de niños/as prematuros de entre 6 a 18 meses de edad con y sin otros factores de riesgo* (tesis de pregrado). Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Cañadas, M. (2012). La familia, principal protagonista de los centros de desarrollo infantil y atención temprana. *Edetania* (41), 129-141
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). Parto prematuro. Estados Unidos. Recuperado de <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>
- Cruz, G. (2008). *Test para la profilaxis de la prematuridad* (tesis doctoral). Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba, Holguín, Cuba.
- Dalmau, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., Farré, V. y Calaf, N. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en la intervención temprana. *Anales de Psicología* 33(3), 641-651
- Díaz, L. y Sevillano, Y. (2016). *Funcionamiento familiar y afrontamiento de madres con hijos prematuros del departamento de neonatología. Hospital Belén de Trujillo*. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

- Dulguérian, M. (2012). Prematuridad: experiencia emocional de los padres de niños nacidos prematuros y aspectos psicológicos. *Pediatría* 47 (3), 1-6 [doi:10.1016/S1245-1789(12)62751-6].
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning* 23(3), 136-143.
- Gallegos-Martínes, J., Reyes-Hernández, J., y Silvan, C. (2013). El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 21(6), 1360-1366.
- García, F. (2001). Modelo Ecológico/Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana. *Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana*. XI Reunión Interdisciplinaria sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Madrid, España.
- García, F. (2002). Atención temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. *Bordón*, 54(1), 39-52.
- García, S., Duarte, L. y Mejías, M. (2014). Afrontamiento de la familia ante el nacimiento de un hijo prematuro. *Nure Investigación* 69, 1-11.
- García-Sánchez, F., Escorcía, C., Sánchez-López, M., Orcajada, N., y Hernández, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Revista Siglo Cero*, 45(3) (251), 6-27
- González, F. (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos. Atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 49, 133-152.

Habersaat, S., Pierrehumbert, B., Forcada-Guex, M., y Nessi, J. (2014). Early Stress Exposure and Later Cortisol Regulation: Impact of Early Intervention on Mother–Infant Relationship.

*Psychological Trauma Theory*, 6(5), 457-464.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación.

Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Hugh-Scholes, C., Gavidia-Payde, S. (2016). Development of a Routines-Based Early Childhood Intervention model. *Educar em Revista*, no. 59 p.141-154

Jiménez, L. e Hidalgo, M. (2016). La incorporación de prácticas basadas en evidencias en el trabajo con familias: los programas de promoción de parentalidad positiva. *Apuntes de Psicología*. 34 (2-3), p. 91-100.

Martin, J., Cabrera, E., León, J. y Rodrigo, M. (2013). La Escala de Competencia y Resiliencia Parental para madres y padres en contextos de riesgo psicosocial. *Anales de Psicología* 29 (3), 886-896.

Martíns, J. y Ramallo, M. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 23(6), 1097-1104

McWilliam, R., Casey, A. y Sims, J. (2009). The Routines-Based Interview A Method for Gathering Information and Assessing Needs. *Infants & Young Children* 22(3), 224-233.

McWilliam, R.A. (2010). Working with Families of Young Children with Special Needs. New York: The Guilford Press

McWilliam, R. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153.

Medina, M.P, Caro, I., Muñoz, P., Leyva, J., Moreno, J. y Vega S. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Scielo*, 32(3). Disponible desde [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000300022&lng=en&tlng=en#?](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300022&lng=en&tlng=en#?)

Menéndez, S., Jiménez, L., y Hidalgo, M. (2011). Estructura factorial de la escala PSOC (Parental Sense of Competence) en una muestra de madres usuarias de servicios de preservación familiar. *RIDEP* 2(32), 187-204.

Mendoza, L., Claros, D., Mendoza, L., Arias, M. y Peñaranda, O. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol* 81(4):330-342 Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262016000400012](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400012)

Ministerio de Salud Pública (2015). Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>

Mosso, M. (2016). *Programa de abordaje psicológico del recién nacido prematuro, su familia y el equipo de salud* (tesis de pregrado). Universidad Empresarial Siglo 21, Córdoba, Argentina.

Muñoz, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia* (2), 147-163.

Mustard, J. (Febrero de 2006). Desarrollo de la primera infancia y del cerebro basado en la Experiencia - Bases científicas de la importancia del desarrollo de la primera infancia en un mundo globalizado. *Una prioridad para el crecimiento económico sostenido y equitativo del Banco Mundial*. Simposio Internacional sobre desarrollo de la primera infancia, Washington, D.C., Estados Unidos.

Pérez, J. & Menéndez, S. (2014). Un análisis tipológico del estrés parental en familias en riesgo psicosocial. *Salud Mental*, 37(1), 27-34.

Ríos, J. y Cano, I. (2016). Influencia del nacimiento prematuro en el desarrollo neurológico infantil. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas Psicoespacios*, 10(16), 201-238

Rodrigo, M., Maiqués, M. y Martín, J. (2010a). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/eduParentalRecEducativo.pdf>

Rodrigo, M., Maiqués, M. y Martín, J. (2010b). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/folletoParentalidad.pdf>

Rodrigo, M., Maiqués, M. y Martín, J. (2011). *Buenas prácticas profesionales para el apoyo de la parentalidad positiva*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/BuenasPractParentalidadPositiva.pdf>

Rodríguez, R., Aguilar, L., Hernández, H., Garcell, J., Vega, G. y Aguilar, K. (2015). Influencia de la prematuridad sobre el sistema nervioso en la niñez y en la adultez. *Rev Cubana Neurol Neurocir*. 5(1):00-00 Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/200>

Roggman, L. A., Boyce, L. K., Cook, G. A., Christiansen, K., & Jones, D. (2004). Playing with Daddy: Social Toy Play, Early Head Start, and Developmental Outcomes. *Fathering*, 2, 83-108.

Rojas, J. y López, E. (2018). La atención temprana: una segunda oportunidad para los niños prematuros. *Revista Científico Profesional de la Pedagogía y la Psicopedagogía Crónica*, 3, 43-54.

Román, A. (2016). *La prematuridad como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos del neurodesarrollo en niños ecuatorianos entre 1.5 y 5 años* (tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

Sallés, C. y Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. *Educación Social*, 49, 25-47

Tisalema, P. (2013). *El gateo y su incidencia en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas prematuros que asisten al área de estimulación temprana del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Ambato en el período marzo – agosto 2013* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.

UNICEF (2010). *Aprendizaje y escolaridad del niño prematuro. Desafíos para los niños, desafíos para nuestras escuelas*. Recuperado de [https://www.neurologianeonatal.org/wp-content/uploads/2018/08/APRENDIZAJE\\_Y\\_ESCOLARIDAD\\_NINO\\_PREMATURO\\_UNICEF.pdf](https://www.neurologianeonatal.org/wp-content/uploads/2018/08/APRENDIZAJE_Y_ESCOLARIDAD_NINO_PREMATURO_UNICEF.pdf)

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir. (2000). *Documentos del modelo de Atención Temprano Centrada en la Familia*. Recuperado de [https://webs.um.es/fags/docs\\_miaat/14\\_docs-lalqueria.pdf](https://webs.um.es/fags/docs_miaat/14_docs-lalqueria.pdf)

Villamizar-Carvajal B, Vargas-Porras C, Gómez-Ortega OR. (2016) Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. *Aquichan*. 2016; 16(3):276-295. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.3.2

## Anexos

### Anexo 1 Consentimiento informado



## UNIVERSIDAD CASA GRANDE – DIRECCIÓN DE POSGRADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a padres de familia de niños prematuros que acceden a colaborar en un proyecto de investigación que incluye intervención en estimulación temprana con su hijo/a y su familia, a realizarse en el entorno familiar por un equipo de investigadores de la Universidad Casa Grande que incluye la participación de estudiantes en proceso de tesis de la maestría de Desarrollo Humano Temprano y Educación Infantil.

### PARTE I: INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta intervención forma parte de un proceso de investigación–acción en el que participa la docente de la UCG: Marcela Frugone, Ms.Ed.

Los resultados de esta intervención deben ayudarnos comprender cómo incide un programa de apoyo a la familia en el desarrollo de niños prematuros.

Los objetivos de la investigación son:

1. Reconocer los efectos que tiene una intervención basada en las rutinas y en el entorno natural en familias de niños prematuros.

Los beneficios que su familia puede esperar del proyecto son:

1. Comprender con mayor claridad la condición de su hijo/a.
2. Descubrir recursos que permitan favorecer el desarrollo del niño.
3. Desarrollar mayores competencias de los padres y cuidadores para la atención del niño y de las propias necesidades de la familia.
4. Favorecer procesos de interacción familiar en torno al desarrollo de su hijo.

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

### Selección de participantes y modalidad de participación.

Se lo invita a participar por tres motivos: (a) tiene un niño(a) entre 0 y 2 años que ha nacido antes de término, (b) tiene la disponibilidad e interés de recibir atención personalizada para su familia e hijo en su hogar, (c) participa en el proyecto liderado por la organización Kinderzentrum.

Su participación es voluntaria y gratuita.

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

Usted puede retirarse en cualquier momento del proceso, sin embargo, se pide su compromiso para que se mantenga en el proceso.

Si usted se retira del proceso, no tendrá consecuencias en su relación con Kinderzentrum.

### Procedimiento de participación:

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

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

**Duración:**

Este proceso se desarrollará entre el mes de febrero y junio del año 2018.

Se plantea la realización de 16 visitas en este período.

**Confidencialidad de datos:**

Las estudiantes recogerán la información y la documentarán, guardando el anonimato. La información que se recoja no incluirá datos de identificación de la familia.

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

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

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

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

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

Estos fines son académicos y no comerciales.

**INVESTIGADOR DE CONTACTO:**

Daniel Quinde Ch., estudiante de la Maestría en Desarrollo Temprano Educación Infantil

correo electrónico: [daniel.quinde@casagrande.edu.ec](mailto:daniel.quinde@casagrande.edu.ec)

Número celular: 0985246985



## **INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO**

Marcela Frugone J., docente de la Universidad Casa Grande

correo electrónico: [mfrugone@casagrande.edu.ec](mailto:mfrugone@casagrande.edu.ec)

Número de celular: 0992187748

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO:**

Yo, \_\_\_\_\_ he sido invitado a participar en la Investigación sobre Modelo de Trabajo Centrado en las Rutinas y Contextos Naturales con Niños Prematuros. Entiendo que mi hijo/a y mi familia recibirán atención domiciliaria desde el mes de febrero a junio del 2018, en horarios a convenir, una vez a la semana. La atención que se brinde a mi hijo/a y mi familia se orienta a promover el desarrollo integral de mi hijo/a y ayudarme con información y capacidad para su trato.

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

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

Los beneficios que mi familia puede esperar del proyecto son:

- Comprender con mayor claridad la condición de mi hijo/a.
- Descubrir recursos que permitan favorecer el desarrollo del niño y del entorno.
- Desarrollar mayores competencias de los padres y cuidadores para la atención del niño y de las propias necesidades de la familia.
- Favorecer procesos de interacción familiar en torno al desarrollo de mi hijo.

Los potenciales riesgos de la intervención:

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

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

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

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

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante.

**Nombre del Participante** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

**Nombre del hijo y edad con meses:**

**Fecha** \_\_\_\_\_

## Anexo 2 Información Familiar

### INFORMACIÓN FAMILIAR

1. Fecha: \_\_\_\_\_ 2. Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
3. Apellido del niño(a): \_\_\_\_\_ 4. Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_  
5. Sexo del niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
7. Evaluación Conducida por \_\_\_\_\_

SOMOS DE la *Universidad CasaGrande*. ESTAMOS TRABAJANDO EN UNA ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/AS, FAMILIAS Y HOGARES. ME GUSTARÍA CONVERSAR CON USTED ACERCA DE ESTOS TEMAS. LA ENTREVISTA DURARÁ APROXIMADAMENTE 120 MINUTOS. TODA LA INFORMACIÓN QUE OBTENGAMOS SE MANTENDRÁ BAJO ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD Y DE FORMA ANÓNIMA. ¿PUEDE COMENZAR AHORA?

- Si, se concede el permiso* ⇨ *Comience con la entrevista.*  
 *No, no se concede permiso* ⇨ *Agradezca y termine la entrevista.*

#### Información de la madre

Nombre: \_\_\_\_\_

8. Vive con el niño(a) actualmente:

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

9. Relación con el niño(a):

1. Madre Biológica  
2. Madre en Custodia  
3. Madre Adoptiva  
4. Madrastra  
5. Otro (especifique): \_\_\_\_\_

#### 10. Estado Civil

1. Casada / vive con alguien  
2. Separada  
3. Divorciada  
4. Cónyuge Difunto  
5. Soltera

11. Quien es la cuidadora primaria del niño/a?

Relación: \_\_\_\_\_

12. Número Telefónico de su casa: \_\_\_\_\_

13. Número Telefonico celular: \_\_\_\_\_

14. ¿Trabaja la mamá? Sí ( ) No ( )

14a. Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántas horas semanales? \_\_\_\_\_

14b. ¿Cuál es la ocupación de la mamá? \_\_\_\_\_

15. ¿Trabaja el papá? Sí ( ) No ( )

14a. Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuántas horas semanales? \_\_\_\_\_

14b. ¿Cuál es la ocupación del papá? \_\_\_\_\_

16. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de la familia? Esto incluye ingresos del padre, madre, y otro(s) miembro(s) del hogar \$ \_\_\_\_\_

17. ¿Cuántas habitaciones hay en su casa? \_\_\_\_\_  
(Count all rooms with a distinct entrance (i.e. bedroom, laundry room, kitchen, etc.) Do Not include closets or garages.)



			0	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18+
			0	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18+
			0	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18+

27. ¿Cuántas horas pasa el niño/a diariamente junto con su mamá? \_\_\_\_\_

28. En la semana anterior recibió usted apoyo de algún miembro de su familia en el cuidado y crianza de su hijo/a?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa ¿quiénes brindaron ese apoyo y por qué tiempo cada uno en toda la semana?

Parentesco/relación  
con quien contesta el cuestionario

Número de horas en toda la semana anterior

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. Si el niño/a va a un centro preescolar, ¿Cuántas horas pasa el niño/a semanalmente en el centro escolar? \_\_\_\_\_

### Anexo 3 Escala de Sentimiento de Competencia Parental

**Escala de Sentimiento de Competencia Parental**  
**Parental Sense of Competence (PSOC)**  
*Johnson & Mash, 1989*

**Nombre:**

**Fecha de hoy:**

**Nombre del menor:**

<p><i>A <u>continuación</u> aparecen 16 frases que se refieren a tus sentimientos sobre ser padre/madre. Por favor, lee atentamente cada frase y señala en qué medida crees que te reflejan a ti, eligiendo entre las siguientes opciones:</i></p>	<p>No, totalmente en desacuerdo</p>	<p>En desacuerdo</p>	<p>En parte desacuerdo</p>	<p>En parte de acuerdo</p>	<p>De acuerdo</p>	<p>Si, totalmente de acuerdo</p>
1. Es difícil, pero yo ya he aprendido como influir en mis hijos						
2. Con la edad que tiene mi hijo ser madre no es agradable.						
3. En las cosas que tienen que ver con mis hijos, me acuesto igual que me levanto, con la sensación de no haber terminado nada						
4. No sé por qué pero, aunque como madre creo que controlo la situación, a veces siento como si la situación me controlara a mí						
5. Mi madre estaba mejor preparada que yo para ser buena madre						
6. Yo sería capaz de decirle a una madre primeriza qué es exactamente lo que tiene que hacer para ser buena madre						
7. Ser madre es algo llevadero, y cualquier problema se resuelve fácilmente						
8. Una de las cosas más difíciles de ser madre es saber si lo está haciendo bien o no						
9. Como madre, a veces siento que no doy abasto						
10. He conseguido ser tan buena madre como quería						
11. Si hay alguien que sabe lo que pasa a mi hijo cuando está raro, esa soy yo						
12. Se me da mejor y disfruto más haciendo otras cosas diferentes a ser madre						
13. Teniendo en cuenta el tiempo que llevo siendo madre, me manejo muy bien con estas cosas						
14. Si ser madre fuera más interesante, lo haría con más ganas						
15. Creo que soy capaz de hacer todas las cosas que hacen falta para ser buena madre						
16. Ser madre me pone nerviosa y ansiosa						

**Anexo 4 Entrevista Basada en Rutinas**

**ENTREVISTA BASADA EN RUTINAS  
R.A. McWilliam**

**Fecha de la entrevista**

<b>Nombre del padre/madre</b>
<b>Nombre del niño</b>
<b>Edad del niño</b>
<b>Lugar de la entrevista</b>
<b>Entrevistador principal</b>
<b>Entrevistador secundario</b>

**1. “Déjeme empezar preguntando quién vive en la casa con el niño”**

<b>Quien vive en la casa</b>	<b>Edades de los niños</b>

**a) “¿Por qué acude su hijo al servicio de atención temprana?”**

Razón:

**2. “Antes de empezar en el día a día, ¿podría decirme cuáles son sus necesidades en relación a su familia y a su hijo?”**

Preocupaciones:

**a) (Muestre interés y escriba pero someramente)**

- b) En cualquier momento de la entrevista, si los padres mencionan un problema, un deseo, una esperanza, márkelo para luego no perderlo de vista (con un asterisco, por ejemplo)
- c) **“Ahora preguntaré por esas cosas que hacemos a lo largo del día”**

### **Entrando en las rutinas**

- 3. **“¿Cómo empiezan el día?”** (Asegúrese de que le contestan cómo empiezan el día los padres, no el niño) Empiece a anotar en las páginas de rutinas.
- 4. **“¿Qué hace cada uno? Si el niño está levantado, que describan lo que hace.”** De una escala del uno al cinco, ¿cómo valora su inicio del día?
- 5. **“¿Qué ocurre luego?”** Esta es la pregunta de transición de la entrevista. Los padres pueden describir su día a su manera o ser guiados por el entrevistador.
- 6. **“Ahora vamos a retroceder hasta la hora en la que su hijo se levanta”**  
Normalmente los padres no saben el nivel de detalle que se necesita, ni cuánta información da cada una de las rutinas. Ayúdenles en este tema.
- 7. **“Asumiendo que esta es la primera rutina del niño, ¿Qué está haciendo en ese momento cada uno de los miembros de la familia?”**
- 8. **“¿Qué está haciendo su hijo en ese momento?”**
  - a) Permita una respuesta abierta y, si es necesario, haga más preguntas.
  - b) **“¿En qué medida participa su hijo en esta actividad?”**
  - c) **“¿Cuántas cosas hace por sí mismo?”**
  - d) **“¿Cómo interactúa su hijo con los demás en ese momento?”**
- 10. **“En una escala de 1 al 5, ¿cómo se siente en ese momento del día?”**
- 11. Repita las cuestiones 5 a 10 para cada rutina.
- 12. (Si es necesario) **“Permítanme que saltemos al momento de la preparación de la comida”** (Con algunas familias es necesario saltar de un momento del día a otro)



## Rutinas

Preocupación		Clasificación de rutinas

- ¿Qué les parece esto? ¿Dónde están cada uno?
- ¿Cómo participa el niño?
- El niño, ¿es independiente? ¿en qué medida?
- ¿Cómo le gusta comunicar al niño?
- ¿Cómo se comunica con los otros?
- ¿Algo más?
- Opcional: ¿qué otra cosa podría hacer el niño?
- 1-5 (terrible-fantástico)

13. (Después de la última rutina) “**¿hay otra rutina diaria o actividad que debemos discutir?**” (si hay tiempo, pregunte por los fines de semana)

14. “**Cuando se despierta por la noche, ¿Cuáles son sus preocupaciones?**”

Preocupación:

15. **“Si pudiera cambiar algo en su vida, ¿qué sería?”**

Cambiaría:

16. **“Ahora voy a enumerar las cosas que Usted mencionó en cada momento del día”**

- a. Revise la lista de los ítems marcados para que los padres puedan verlos. También pueden revisar las notas del entrevistador.
- b. A veces los padres quieren algo muy elaborado, pero esto no se recomienda en esta etapa.
- c. No escriba una lista de preocupaciones prioritarias.

Selección de resultados

17. **“Ahora, dígame según la lista de cosas que hemos hecho, por cuál les gustaría comenzar”**

- a. Escriba abajo la elección de los padres. Si es necesario, recuerde a los padres los ítems anotados.
- b. Si los padres comentan una habilidad que no ha sido mencionada (por ejemplo “yo sólo quiero que mi hijo sea capaz de hablar”), pregunte en qué momentos del día sería útil esa habilidad.
- c. Si los padres mencionan un servicio que no está anotado (por ejemplo, “yo únicamente quiero para mi hijo fisioterapia”), pregunte qué habilidad le gustaría que su hijo desarrollara y cuánto tiempo al día le gustaría que se le ayudara.
- d. Remita a los ítems prioritarios si la familia no recuerda las cosas más importantes, especialmente si parece que los padres piensan algunas cosas como que el nivel de necesidades de los padres no debería estar en el Plan.

18. Una vez han sido listadas de 6 a 10 prioridades, es momento de ordenarlas por importancia. “**¿Cuál es la más importante para Usted? Esta será la número uno**”. Y así...con todas.

**Cosas a trabajar**

<b>Por orden de prioridad</b>	<b>Objetivo</b>

19. “Esta es una gran lista de cosas a trabajar. Consultaré con el resto del equipo y la próxima vez que nos veamos escribiremos sus ideas y las vuestras para comenzar a definir las estrategias a seguir. Entonces decidiremos qué servicios necesitamos para alcanzar los objetivos propuestos”

## **Anexo 5 Guía de entrevista del cierre del proceso**

### **Guía de entrevista de cierre del proceso**

#### **Indicaciones**

Esta guía orienta la entrevista de cierre del proceso de atención que se ha seguido a lo largo de este período de intervención, en general 12 sesiones de trabajo en los hogares de las familias seleccionadas. La guía da una estructura a la sesión final del proceso para poder recabar las opiniones de los padres de familia y su valoración sobre lo conseguido tanto en el niño como en su vida familiar y en sus competencias parentales.

La guía recoge las opiniones de los padres de familia sobre su experiencia en el proceso de atención, plantea una revisión con los padres de los objetivos propuestos y los avances obtenidos, así como de los temas que se debe continuar trabajando.

El equipo debe señalar a la familia que esta entrevista cierra el proceso. Para la entrevista las profesionales deben:

- A.- Las evaluaciones de los niños organizadas para que se puedan ver inicio y final de la intervención.
- B.- Escala de Calidad de Vida Familiar organizada para ver inicio y final de la intervención.
- C.- Las planificaciones funcionales que elaboraron con las familias. Cada objetivo debe estar señalado de manera explícita en un texto, de manera que la familia lo pueda leer.

Se debe señalar a la familia que van a grabar la entrevista y el uso que se dará de esta información, recordando que firmaron el consentimiento informado. Los datos que dan los padres sirven para comprender el proceso de atención y no para evaluar a la familia, eso se debe recordar a la familia, para no presionar las respuestas.

## Guía General

- 1.- Comience la entrevista señalando quiénes están presentes en la entrevista final.
- 2.- Recuerde que están cerrando la intervención, recuérdale el proceso, señale el número de sesiones que han tenido, que se hicieron las evaluaciones de inicio y final.
- 3.- Pregunte a los cuidadores presentes: ¿Qué expectativas tenía la familia al inicio de la intervención? (¿Con respecto al niño y con respecto a ellos?)
- 4.- Comente con la familia los resultados de las evaluaciones del niño. Compare la escala de inicio y la escala final (probablemente no se nota gran desarrollo entre la una y la otra). Consulte sobre lo que cree como cuidador principal considerado que ha pasado con su niño en este proceso. ¿En qué área ha mejorado? ¿Qué área del desarrollo le toca seguir trabajando? ¿Cuáles han sido las dificultades en aquellos que no hubo mayores logros?
- 5.- Objetivos alcanzados por orden de prioridad. Recuerde ahora los objetivos en que han trabajado.  
¿Qué han logrado en cada objetivo? (Se presenta uno a uno)  
¿Cómo lo lograron? ¿Cuál ha sido la participación de la familia para lograrlo? ¿Cómo se ha incorporado el objetivo a la rutina familiar? ¿Qué queda por trabajar en ese objetivo?
- 6.- Además de los objetivos logrados con el niño, ¿qué otro miembro de la familia ha obtenido beneficios de esta intervención? (Permita que la familia identifique a los diferentes miembros que han participado de alguna manera en la intervención y pídale que detallen de qué manera ha influido la intervención en ellos)
- 6.- ¿Qué competencias como familia/padre/madre han adquirido? Analicen la escala de la Calidad de Vida Familiar del inicio y la de ahora. ¿Cómo se sienten ellos ahora?

7.- Durante la intervención les hemos pedido que registren con fotografías el proceso. Seleccione 4 o 5 fotografías que nos permitan comprender cómo ha sido el proceso y/o lo que su familia y su niño han logrado en el mismo.

Se pide que explique cada fotografía. ¿Qué representa? ¿Por qué considera que puede representar el proceso que hemos vivido? (siempre es más que la imagen que vemos)

8.- Agradezca el tiempo y recuerde a la familia que ellos ahora deben continuar con el apoyo al niño, teniendo más información sobre el desarrollo de su niño y comprendiendo el apoyo familiar. Reforzar a los padres el hecho de que ellos han demostrado ser capaces de llevar a sus hijos durante todo este tiempo y que tienen muchas habilidades y fortalezas que deben aprovechar en beneficio de los mismos.

9. También es importante tener a la mano una guía de recursos (digitales) que ustedes pueden dejar a los padres para que se orienten con información referida a las dificultades específicas de sus hijos.

Al final la entrevista la familia debe haber podido responder lo siguiente:

- 1.- Estos somos nosotros al inicio de la intervención
- 2.- Los desafíos familiares
- 3.- Nosotros como familia
- 4.- Ahora podemos hacer...
- 5.- Finalmente hemos conseguido estos logros