

# Inteligencia emocional y prácticas participativas con la familia en atención temprana

*Emotional intelligence and participatory practices with the family in early intervention*

Marco-Arenas, M. , García-Sánchez, F.A. , & Sánchez-López, M.C. 

Universidad de Murcia (España)

## Abstract

A current concern in the discipline of Early Intervention is to improve intervention and collaboration with the family, based on appropriate participatory practices. Our objective was to verify if certain emotional intelligence skills, in professionals, can be linked to a greater or lesser exercise of participatory practices with the family. Participated 420 professionals, 25 men and 387 women, from 13 Autonomous Communities of Spain. They completed two instruments: Trait Meta-MoodScale (TMMS-24) from the Salovey and Mayer research group, translated by Fernández-Berrocal and Extremera (2006); Inventory on Professional Practice in Early Intervention (IPPAT), created for this purpose. The results show that Early Care professionals perform participatory practices in their interventions and have high levels of emotional skills. However, we found significant differences in these participatory practices based on their scores on emotional intelligence traits. The results are also discussed in terms of their implications for the training of future professionals in Early Intervention.

**Keywords:** Early Intervention; Emotional Intelligence; Professional Development; Participatory Practices.

## Resumen

Una preocupación actual en la disciplina de Atención Temprana es conseguir mejorar la intervención y colaboración con la familia, a partir de unas adecuadas prácticas participativas. El objetivo fue comprobar si determinadas habilidades de inteligencia emocional, en los profesionales, pueden estar vinculadas con un mayor o menor ejercicio de prácticas participativas con la familia. En esta investigación participaron 420 profesionales, 25 hombres y 387 mujeres, de 13 Comunidades Autónomas de España. Cumplimentaron dos instrumentos el Trait Meta-MoodScale (TMMS-24) del grupo de investigación de Salovey y Mayer, traducido por Fernández-Berrocal y Extremera (2006); Inventario sobre Práctica profesional en Atención Temprana (IPPAT), creado ad hoc. Los resultados demuestran que los profesionales de Atención Temprana realizan prácticas participativas en sus intervenciones y poseen altos niveles de habilidad emocional. Con todo encontramos diferencias significativas en estas prácticas participativas en función de sus puntuaciones en las habilidades emocionales. Los resultados se discuten también en términos de sus implicaciones de cara a la formación de futuros profesionales en Atención Temprana.

**Palabras clave:** atención temprana; inteligencia emocional; desarrollo profesional; prácticas participativas.

**Received/Recibido** 2019 October 13

**Approved /Aprobado** 2020 February 12

**Published/Publicado** 2020 February 25

Son ya muchos los profesionales y centros de Atención Temprana que, en España, apuestan por un cambio de paradigma en la intervención, pasando de acciones ambulatorias a prácticas de intervención centradas en la familia. Cuando llevamos a cabo prácticas centradas en la familia, como profesionales nos planteamos como meta fortalecer las competencias familiares que pueden contribuir al desarrollo del niño (McWilliam, 2016).

Hablar de Atención Temprana es referirnos a las actuaciones que el profesional lleva a cabo con la población infantil de 0-6 años, con la familia y con el entorno. Su objetivo principal es dar una respuesta global a aquellas necesidades, transitorias o permanentes, que presentan los niños y sus familias (GAT, 2000, 2005). Hasta ahora, el trabajo se ha venido realizando liderado por un profesional experto que intervenía directamente con el niño, en las horas acordadas, y orientaba a la familia en

actuaciones que se recomendaban realizar en casa. En la actualidad, familias y profesionales demandan más implicación familiar, conocer realmente el entorno del niño, mayor aprovechamiento de las oportunidades de aprendizaje contextualizado que oferta el entorno natural del niño... Para ello, es necesario un cambio de mentalidad en la forma de ejecutar la intervención. Recopilando información de cómo se lleva a cabo la Atención Temprana en otras partes del mundo, encontramos que en Estados Unidos, Portugal, Australia, Canadá y parte de Europa se va imponiendo un paradigma de intervención integral y coordinado, basado en la filosofía de la familia como componente activo a lo largo de toda la intervención (Cañadas, 2013; Martínez Moreno & Calet, 2015) y, sobre todo, dando a la familia una retroalimentación de sus logros (Sawyer & Campbell, 2012).

Este paradigma de trabajo se caracteriza en fortalecer y apoyar el funcionamiento familiar, especialmente aprovechando o generando oportunidades de aprendizaje para el niño en su contexto natural, pero cuidando siempre que las familias no reproduzcan en casa modelos de intervención terapéutica (García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada, & Hernández, 2014). La intervención, bajo este paradigma centrado en la familia, se lleva a cabo por implementación de dos tipos de prácticas que el profesional ejecuta cuidadosamente con la familia a lo largo del proceso de intervención. Por un lado, prácticas relacionales, que tienen que ver con las habilidades emocionales o competencias de saber escuchar, de respeto o de empatía... Y por otro lado, prácticas participativas, que, como su propio nombre indica, se refieren a fomentar capacidades del saber hacer, como la flexibilidad en la intervención, la personalización del trabajo y la sensibilidad a las preocupaciones que manifiestan los familiares (Dunst, 2002; Espe-Sherwint, 2008).

Centrándonos en las prácticas participativas, objeto principal de esta investigación, debemos resaltar que dichas prácticas se consideran la clave en el paradigma de intervención centrada en la familia (Dunst, 2002). Para llevar a cabo unas prácticas

centradas en la familia el profesional deberá desarrollar las habilidades o capacidades necesarias para empoderar a la familia en su desarrollo como padres, que no como profesionales. Para ello, facilitará, a todos sus miembros, la información que necesiten para tomar decisiones documentadas e informadas. Pero, además, el profesional debe conseguir involucrar activamente a las familias, haciéndolas competentes, a la vez que se atienden sus preocupaciones y prioridades y se es flexible a las demandas familiares. De esta manera, podemos decir que en esta metodología de trabajo el profesional asumirá el rol de “coach” en el equipo que ha de formarse entre profesional y cuidador o cuidadores principales de la familia del niño. Un equipo en el que todos han de considerarse como colaboradores necesarios e imprescindibles.

Dunst (2000, 2005) establece que, dentro de las prácticas participativas, podemos encontrar diez dimensiones que delimitan el ejercicio que hace el profesional. Estas dimensiones son apoyadas por diferentes autores, los cuales hablan de colaboración con la familia (Turnbull, Turnbull & Kyzar, 2009), participación de la familia en la planificación de los objetivos (Rapport, Furze, Martin, Schreiber, Dannemiller, Diblasio & Moerchen, 2014), desarrollo fortalezas familiares (Shelden & Rush, 2013), búsqueda de recursos y oportunidad de participación (Mahoney & Perales, 2012), ayudar a la familia a la toma de decisiones (Fordham, Gibson & Bowes, 2012), trabajo individual y flexible, atender las necesidades y prioridades de la familia (McWilliam, 2016) o hacer un trabajo positivo con la familia (Hallet, 2013).

Las evidencias acumuladas por estos y otros autores, nos hacen ver la necesidad de plantearnos un cambio en la forma de entender la práctica que hemos venido haciendo en Atención Temprana. El profesional ya no es quien marca, con su solo criterio, los objetivos, los tiempos, las necesidades y las prioridades... sino que este profesional debe escuchar a la familia, quién expone sus preocupaciones y debe ser la que reflexione y busque sus soluciones con ayuda del profesional. Ello responde, también, al

movimiento político y social imperante, actualmente, en la atención a personas con discapacidad, que promueve la desinstitucionalización de la atención que se les presta. De forma que, estas personas deben ser valoradas y consultadas y deben ser atendidas en entornos naturales, que se adapten a sus necesidades y preferencias, y que son alternativos a los grandes equipamientos de tipo institucional. De esta manera, podemos decir que el profesional se enfrenta a nuevos retos de interacción y estrecha colaboración con las familias (Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson & Beegle, 2004; Dalmau, Balcells, Giné, Cañadas, Casas, Salat et al., 2017; García-Sánchez et al., 2014), por lo que necesita de una mayor preparación, a nivel de habilidades de inteligencia emocional, que le capacite para reconocer los sentimientos de las familias y reconducir las situaciones de conflicto que surjan, tanto a nivel individual como profesional (Enson & Imberger, 2017; García-Sánchez, Rubio-Gómez, Orcajada, Escorcia & Cañadas, 2018; Marco-Arenas, Sánchez-López & García-Sánchez, 2018).

El tema de Inteligencia Emocional adquiere cada vez más importancia en la actualidad. Son muchos los estudios que constatan que a mayor Inteligencia Emocional mayor rendimiento laboral (Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Las habilidades de inteligencia emocional permiten favorecer lazos de confianza, responsabilidad y relaciones favorables entre los miembros de un mismo equipo. Durante muchos años se creyó que el mejor predictor de la excelencia y la eficacia era el cociente intelectual, pero en la actualidad se sabe que dicho cociente intelectual no lo es todo. López-Zafra, Pulido y Augusto (2013) en su libro *Inteligencia Emocional en el trabajo*, encontraron datos que confirman que la habilidad cognitiva está relacionada o es importante para que exista una comprensión de los sentimientos, que el tesón está relacionado con la percepción y que la estabilidad emocional es la clave para que exista regulación emocional.

Goleman (1996) anunció que la inteligencia emocional puede reflejar como las personas interactúan con el mundo, como perciben sus sentimientos y como entienden los

sentimientos de los demás. Además de tener capacidad de adaptación, empatía, control de los impulsos, autoconciencia, autoconcepto, motivación, entusiasmo y perseverancia. Es así que, cada vez más, muchas empresas buscan en los profesionales, no sólo que tengan competencias académicas, sino que también tengan destrezas o habilidades emocionales, esenciales para la autogestión personal y el trabajo con otros (Côté, 2014; Côté & Hideg, 2011; Goleman 1996; Lopes, 2016). Desde el campo social, sanitario y educativo se busca que los profesionales destaquen en cuatro habilidades básicas: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional (Cabello, Ruiz-Aranda & Fernández-Berrocal, 2010).

Desde la disciplina de Atención Temprana son aún escasas las investigaciones referidas a la competencia emocional de los profesionales y su práctica (Marco-Arenas et al., 2018). Aunque si se encuentran autores que predicen que los profesionales que se dedican a trabajar con familias y niños deben poseer diversas características interpersonales como empatía, autoconocimiento, habilidades comunicativas... (Blue-Banning et al., 2004; Côté, 2014; Côté & Hideg, 2011; Enson & Imberger, 2017; Fernández-Zúñiga, 2008). Como dijimos al principio, en el desarrollo de unas prácticas de intervención centradas en la familia, el profesional asume el rol de coach y colaborador para el desarrollo de un niño y su familia en un entorno específico. Y para ello, deben saber despertar entusiasmo y alentar lo mejor de la otra persona, algo que no siempre se consigue solo con planificación y previsión, siendo más fácil que lo consigan personas que manejan perfectamente sus emociones (Goleman, Boyatzis & Mckee, 2002).

El presente estudio plantea el objetivo general de comprobar si podemos vincular determinadas habilidades de inteligencia emocional, de los profesionales de Atención Temprana, con un mayor o menor ejercicio de prácticas participativas en sus interacciones con la familia. Para ello, primero analizaremos el volumen de prácticas participativas que desarrollan los profesionales, a partir de su auto-valoración ante los ítems presentados. En

segundo lugar, analizaremos si la mayor o menor presencia, en los profesionales, de las tres habilidades de inteligencia emocional medidas (atención, claridad y reparación emocional), influye en la identificación de un mayor o menor volumen de prácticas participativas. En tercer lugar, analizaremos si esa influencia se da en mayor o en menor medida en alguna de las dimensiones planteadas en torno a las prácticas participativas identificadas. Por último, analizaremos si otras variables, como la edad del profesional, su formación y su experiencia o veteranía en Atención Temprana, influyen también en la valoración que los profesionales hacen de las prácticas participativas desarrolladas con las familias con las que intervienen en Atención Temprana.

## Método

### *Participantes*

La población objeto de la investigación fue seleccionada, a través de un muestro no probabilístico intencional, entre profesionales de Atención Temprana. Es la misma descrita en el trabajo previo Marco-Arenas et al. (2018). Se contactó con 250 Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) de toda España, consiguiéndose una participación voluntaria de 420 profesionales, pertenecientes a 91 centros distribuidos en 13 Comunidades Autónomas. Entre los perfiles profesionales de los participantes encontramos Fisioterapia (78), Logopedia (97), Trabajo Social (36), Psicología (104), Pedagogía (55), Maestro de Educación Especial (19), Maestro de Educación Infantil (9) y Neuropediatría (2). La muestra registró un amplio rango de edades (21 a 62 años), si bien el 77,7% presentó edades que oscilaban entre 21 y 41 años, siendo la media de la edad de 36 años. Se observa un predominio del género femenino (387 mujeres frente a 25 hombres, 8 profesionales no indicaron género). De los profesionales participantes, el 26,2% tiene máster en Atención Temprana. En cuanto a los años trabajados en Atención Temprana, el 65% lleva entre cinco y diez años trabajando en este campo.

### *Instrumento*

Para conocer la implementación de prácticas relacionales y participativas por parte del profesional, se utilizó el Inventario sobre Práctica Profesional en Atención Temprana (IPPAT). Esta herramienta fue creada para la investigación, tal y como se describe en Marco-Arenas et al. (2018), a través de un proceso sistemático de identificación de ítems y dimensiones, a partir del análisis de la bibliografía pertinente. Se consultaron trabajos clásicos, definitorios de los componentes relacionales y participativos en las prácticas de Atención Temprana (Dunst, 2002; Dunst y Trivette, 1996); junto con trabajos que delimitaban ítems para identificar algunas de estas prácticas (Escorcía, García-Sánchez, Sánchez-López & Hernández-Pérez, 2016). El conjunto de ítems inicialmente previsto fue sometido a un procedimentado juicio de experto, con participación de 8 profesionales: 3 de ellos profesores de universidad del área de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación y 5 profesionales de Atención Temprana con una media de más de 20 años de experiencia laboral. En dicho juicio de experto se valoraron, en una escala de 4 puntos, la adecuación de aspectos generales del instrumento, como su presentación y delimitación de características del encuestado; así como, fundamentalmente, la idoneidad del contenido de los ítems, su grado de claridad y representatividad, atendiendo a los constructos que quiere valorar. El instrumento final incluye un total de 45 ítems: 15 de ellos referidos a prácticas relacionales (cuyos resultados se presentaron en el trabajo previo de Marco-Arenas et al., 2018), 26 ítems para prácticas participativas y 4 ítems referidos al trabajo ambulatorio, presentándose dichos ítems de forma aleatoria. La escala de valoración de cada ítem, en referencia a la práctica habitual del profesional, es de 5 puntos que corresponden a las etiquetas verbales de Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Casi siempre y Siempre. La fiabilidad alcanzada en estos ítems sobre prácticas participativas fue de un alfa de Cronbach de .897, siendo .911 el valor alcanzado para el instrumento en su conjunto.

En los ítems dedicados a las prácticas participativas del profesional, cuyos resultados

son los que se presentan en este estudio, se repartieron en 10 dimensiones teóricas, que pueden inferirse de la literatura consultada (Dunst, 2002; Dunst y Trivette, 1996; Escorcía et al., 2016): *colaboración con la familia* (2 ítems), *inclusión de la familia en la planificación de objetivos* (2 ítems), *promoción de la participación familiar* (2 ítems), *búsqueda de fortalezas familiares* (5 ítem), *búsqueda de recursos y oportunidades*

*de participación* (5 ítems), *ayuda a la familia a considerar soluciones para los objetivos propuestos* (2 ítems), *apoyo a las decisiones de la familia* (3 ítems), *trabajo flexible e individualizado* (2 ítems), *atención a las necesidades y prioridades de la familia* (2 ítems) y *enfoque de trabajo positivo* (1 ítem). La redacción específica de los ítems queda recogida, a continuación, en la Tabla 1.

Tabla 1. Ítems de cada dimensión de prácticas participativas

<i>Dimensión</i>	<i>Ítems</i>
<b>Colaboración con la familia</b>	Considero las dificultades culturales, económicas y sociales del entorno del niño al planificar la intervención. Analizo con la familia las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los demás.
<b>Inclusión de la familia en la planificación de objetivos</b>	Planifico los objetivos de la intervención con la familia. Acepto el orden de prioridad de los objetivos que la familia estima oportuno
<b>Promoción de la participación familiar</b>	Facilito a la familia material de apoyo al aprendizaje (vídeos, documentos, ejemplos de actuaciones). Animo a la familia a relacionarse con otras personas que tienen la misma o similar problemática.
<b>Búsqueda de fortalezas familiares</b>	Ayudo a mejorar los comportamientos de la familia que obstaculizan el desarrollo del niño. Oriento a la familia en la mejora de sus capacidades para apoyar el desarrollo del niño. Refuerzo el esfuerzo de la familia por colaborar en la consecución de objetivos. Ayudo a la familia a asumir su responsabilidad en el proceso de intervención. Refuerzo el empeño del cuidador principal por conocer cada día los progresos del niño.
<b>Búsqueda de recursos y oportunidades de participación</b>	Me intereso por conocer el entorno del niño para sugerir nuevas actuaciones que mejoren su aprendizaje. Facilito a la familia estrategias para conseguir los objetivos dentro de prácticas contextualizadas. Ayudo a la familia a identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje incidental para lograr objetivos. Analizo con la familia la autonomía del niño en sus actividades diarias. Promuevo la participación de todas las personas que tienen relación con el niño.
<b>Ayuda a la familia a considerar soluciones para los objetivos propuestos</b>	Informo a la familia sobre ayudas sociales y económicas existentes. Oriento a la familia en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
<b>Apoyo a las decisiones de la familia</b>	Ofrezco información a la familia para que tomen decisiones informadas. En la intervención, incluyo a la familia en la toma de decisiones que afectan al niño. Al hacer el seguimiento de los objetivos, acepto las decisiones de la familia.
<b>Trabajo flexible e individualizado</b>	Elaboro programas de actuación individual en función de las necesidades familiares. Analizo las rutinas de la familia para incorporar en ellas actuaciones que fomenten el desarrollo del niño.
<b>Atención a las necesidades y prioridades de la familia</b>	Parto de los intereses y las expectativas de la familia para comenzar la intervención. Tengo en cuenta las prioridades de la familia en el transcurso de la intervención.
<b>Enfoque de trabajo positivo</b>	Comparto con la familia los logros que se van consiguiendo

Para la evaluación de la Inteligencia Emocional se utilizó la escala Trait Meta-

Mood Scale (TMMS-24), adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos

(2004). Este instrumento ha sido utilizado en diferentes investigaciones de ámbito educativo y sanitario (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Espinoza, Sanhueza, Ramirez & Saez, 2015; Extremera, Fernández-Berrocal & Durán, 2003). Evalúa el meta-conocimiento de los estados emocionales a través de 24 ítems distribuidos en tres habilidades de 8 ítems cada una: *Atención emocional* (capacidad de sentir y expresar sentimientos), *Claridad emocional* (capacidad para reconocer nuestros estados emocionales) y *Reparación emocional* (capacidad de afrontar y canalizar nuestros estados emocionales). El instrumento se cumplimenta en función del grado de acuerdo para cada ítem, a modo de escala Likert con puntuaciones desde 1= Nada de acuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= Bastante de acuerdo, 4= Muy de acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo. La escala ofrece los siguientes valores para su corrección e interpretación: Poca Atención (<24 en mujeres; < 21 en hombres), adecuada atención (25-35 en mujeres; 22-32 en hombres) y demasiada atención (>36 en mujeres; >33 en hombres). Para las dimensiones *Claridad* y *Reparación* hay menos diferencias entre géneros y se pueden considerar los siguientes valores: debe mejorar (<23), adecuada (24-35) y excelente (>36). Esta escala tiene una rápida y fácil administración. Además, cuenta con una excelente fiabilidad en estudios previos (Espinoza et al., 2015; Extremera & Fernández-Berrocal, 2004). Con nuestra muestra, la fiabilidad alcanzada por las tres subescalas fue de .86 para Atención Emocional, .89 para Claridad Emocional y .87 para Reparación Emocional.

### Procedimiento

Durante el curso 2016-2017, tras llamada telefónica a la dirección de cada CDIAT, se enviaron los dos instrumentos a cumplimentar. La dirección del centro o la figura responsable delimitaba por el CDIAT se encargaba de recopilar los cuestionarios cumplimentados y devolverlos al correo electrónico de origen. Algunos centros prefirieron imprimir los inventarios y remitirlos posteriormente por correo postal.

### Análisis de los datos

Los datos se analizaron tanto de forma descriptiva, a través del análisis de medias y desviaciones típicas, como inferencial. Para el análisis de diferencias entre medias se utilizó la prueba t-Student para muestras independientes, calculándose el estadístico *d* de Cohen para determinar el tamaño del efecto. El programa SPSS, en su versión 19.0, fue utilizado para el análisis estadístico de los datos.

### Resultados

En respuesta al primer objetivo del estudio, en conjunto, los ítems planteados sobre prácticas participativas alcanzan una media de 4.14 puntos (*dt*= .44), lo que equivale a una etiqueta verbal de Casi Siempre en las respuestas de los profesionales.

En la Tabla 2, se muestran los resultados de las prácticas participativas valoradas atendiendo a las tres dimensiones de Inteligencia Emocional del TMMS-24. Permiten dar respuesta al segundo objetivo del estudio.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos, *t* de Student y *d* de Cohen para las puntuaciones directas de los profesionales en prácticas participativas, una vez seleccionados los dos cuartiles extremos de puntuación en las habilidades emocionales medidas

		Niveles	n	M/DT	t	gl	p	d
Atención Emocional	Q1	≤21	118	105.25 (10.62)	-3.48	242	.001	-0.44
	Q3	≥28	126	110.26 (11.78)				
Claridad Emocional	Q1	≤27	125	104.83 (11.28)	-2.57	226	.011	-0.34
	Q3	≥34	103	108.82 (12.07)				
Reparación Emocional	Q1	≤27	128	103.53 (12.35)	-4.01	252	.000	-0.50
	Q3	≥34	126	109.53 (11.44)				

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 2, una vez que los profesionales fueron divididos en dos grupos, en función de que presenten las puntuaciones medias más altas (tercer cuartil) y más bajas (primer cuartil) en las tres habilidades de inteligencia emocional del TMMS-24 medidas (*Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional*), los profesionales con mayor puntuación en las dimensiones emocionales (Q3) obtienen mayor puntuación también en la ejecución de prácticas participativas. Estas diferencias son estadísticamente significativas en las tres dimensiones de habilidad emocional

contempladas. Con todo, los resultados alcanzados por la prueba de estimación del tamaño del efecto nos indican que estos tamaños tienen una magnitud de mediana a baja.

Las características de los profesionales de los dos grupos de puntuaciones más altas (Q3) y bajas (Q1) en las habilidades de inteligencia emocional se presentan en la Tabla 3. Se observa que presentan valores equiparables en las distintas variables sociodemográficas consideradas.

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las características de los profesionales integrados en los cuartiles extremos de puntuación en las tres habilidades emocionales medidas.

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

En las Tablas 4, 5 y 6, se muestran los resultados atendiendo a las tres habilidades de Inteligencia emocional valoradas con el TMMS-24. Permiten dar respuesta al tercer objetivo del estudio, detallando la posible influencia de las habilidades de *Atención Emocional*, *Claridad Emocional* y *Reparación Emocional* en las dimensiones de prácticas participativas planteadas.

En la Tabla 4 se muestran, atendiendo a los resultados en *Atención Emocional*, las medias

y las desviaciones típicas de las respuestas de los profesionales en las diez dimensiones de prácticas participativas. Se consideraron las respuestas los 128 profesionales con puntuaciones  $\leq 21$  en la habilidad de *Atención Emocional* (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 28$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba t de Student para el contraste de las medias y el estadístico d de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen en las dimensiones de prácticas participativas atendiendo a la habilidad de Atención Emocional de los profesionales

Dimensión	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Colaboración con la familia	Q1	4.22 (.69)	-2.07	242	.039	-0.26
	Q3	4.40 (.66)				
Inclusión de la familia en la planificación de objetivos	Q1	3.48 (.64)	-3.82	242	<.000	-0.49
	Q3	3.82 (.72)				
Promoción de la participación familiar	Q1	3.60 (.75)	-2.25	242	.025	-0.28
	Q3	3.83 (.86)				
Búsqueda de fortalezas familiares	Q1	4.38 (.44)	-1.72	242	.086	-0.21
	Q3	4.48 (.49)				
Búsqueda de recursos y oportunidades de participación	Q1	4.16 (.53)	-1.55	242	.123	-0.20
	Q3	4.27 (.56)				
Ayuda a la familia a considerar soluciones para los objetivos propuestos	Q1	3.86 (.86)	-1.57	242	.118	-0.20
	Q3	4.03 (.84)				
Apoyo las decisiones de la familia	Q1	4.17 (.56)	-1.83	242	.068	-0.24
	Q3	4.31 (.60)				
Trabajo flexible e individualizado	Q1	3.86 (.90)	-3.51	242	.001	-0.44
	Q3	4.24 (.80)				
Atención a las necesidades y prioridades de la familia	Q1	3.76 (.68)	-4.50	242	<.000	-0.58
	Q3	4.17 (.71)				
Enfoque de trabajo positivo	Q1	4.85 (.40)	-.54	242	.591	-0.05
	Q3	4.87 (.33)				

Los profesionales situados en el tercer cuartil en la habilidad de *Atención Emocional*, puntúan más alto que sus compañeros del cuartil uno. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en cinco de las diez dimensiones que se contemplan en las prácticas participativas, lo que supone el 50% de las dimensiones planteadas. Estas dimensiones son: colaboración con la familia ( $p=.039$ ), inclusión de la familia en la planificación de objetivos ( $p=.000$ ), promoción de la participación familiar ( $p=.025$ ), trabajo flexible e individualizado ( $p=.001$ ) y atención de las necesidades y prioridades de la familia ( $p=.000$ ). Los resultados de la prueba d de Cohen indican que el tamaño del efecto es, mayoritariamente

pequeño, alcanzando un tamaño moderado en la dimensión de atención a las necesidades y prioridades de la familia ( $d=-0.58$ ).

En la Tabla 5, se muestran los resultados de la valoración de las prácticas participativas de los profesionales atendiendo a la habilidad emocional *Claridad Emocional* del TMMS-24. Se consideraron las respuestas los 125 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en la habilidad *Claridad Emocional* (Q1) y los 103 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba t de Student para el contraste de las medias y el estadístico d de Cohen para valorar el tamaño del efecto.



Tabla 5. Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen de prácticas participativas atendiendo a la Claridad Emocional de los profesionales.

Dimensión	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Colaboración con la familia	Q1	4.19 (.67)	-2.91	226	.004	-0.40
	Q3	4.45 (.63)				
Inclusión de la familia en la planificación de objetivos	Q1	3.56 (.62)	-.45	226	.652	-0.06
	Q3	3.60 (.72)				
Promoción de la participación familiar	Q1	3.55 (.78)	-1.60	226	.111	-0.21
	Q3	3.72 (.84)				
Búsqueda de fortalezas familiares	Q1	4.26 (.51)	-4.04	226	<.001	-0.55
	Q3	4.53 (.47)				
Búsqueda de recursos y oportunidades de participación	Q1	4.12 (.54)	-2.33	226	.021	-0.30
	Q3	4.29 (.60)				
Ayuda a la familia a considerar soluciones para los objetivos propuestos	Q1	3.78 (.88)	-3.28	226	.001	-0.44
	Q3	4.15 (.78)				
Apoyo las decisiones de la familia	Q1	4.13 (.59)	-1.83	226	.069	-0.25
	Q3	4.28 (.61)				
Trabajo flexible e individualizado	Q1	3.94 (.86)	-.51	226	.608	-0.07
	Q3	4.00 (.92)				
Atención a las necesidades y prioridades de la familia	Q1	3.92 (.60)	1.03	226	.304	-0.13
	Q3	3.83 (.82)				
Enfoque de trabajo positivo	Q1	4.77 (.49)	-2.04	226	.042	-0.26
	Q3	4.88 (.32)				

Los profesionales con mayor puntuación en *Claridad Emocional* (Q3) puntúan también más alto en la valoración que hacen de sus prácticas participativas que sus compañeros con menor puntuación en esa habilidad de inteligencia emocional (Q1). De nuevo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en cinco de las diez dimensiones que se contemplan en las prácticas participativas, lo que supone el 50% de las dimensiones planteadas. Estas dimensiones son: colaboración con la familia ( $p = .004$ ), búsqueda de fortalezas familiares ( $p = .001$ ), búsqueda de recursos y oportunidades de participación ( $p = .021$ ), ayuda a la familia a considerar soluciones a los objetivos propuestos ( $p = .001$ ) y enfoque de trabajo positivo ( $p = .042$ ). Los resultados de la prueba

d de Cohen indican que el tamaño del efecto es, mayoritariamente pequeño, alcanzando un tamaño moderado en la dimensión de búsqueda de fortalezas familiares ( $p = -0.55$ ).

En la Tabla 6, se muestran los resultados de la valoración de las prácticas participativas de los profesionales atendiendo a su habilidad de *Reparación Emocional* del TMMS-24. Se consideraron las respuestas los 128 profesionales con puntuaciones  $\leq 27$  en la habilidad *Reparación Emocional* (Q1) y los 126 profesionales con puntuaciones  $\geq 34$  en dicha habilidad (Q3). Además, se presentan los resultados de la prueba t de Student para el contraste de las medias y el estadístico d de Cohen para valorar el tamaño del efecto.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos, t de Student y d de Cohen para prácticas participativas atendiendo a la Reparación Emocional de los profesionales.

Dimensión	Q	Media (dt)	t	gl	p	d
Colaboración con la familia	Q1	4.12 (.75)	-3.46	252	.001	-0.44
	Q3	4.42 (.61)				
Inclusión de la familia en la planificación de objetivos	Q1	3.51 (.70)	-1.60	252	.111	-0.20
	Q3	3.65 (.72)				
Promoción de la participación familiar	Q1	3.49 (.84)	-3.750	252	<.001	-0.47
	Q3	3.87 (.77)				
Búsqueda de fortalezas familiares	Q1	4.22 (.52)	-5.63	252	<.001	-0.72
	Q3	4.56 (.41)				
Búsqueda de recursos y oportunidades de participación	Q1	4.04 (.59)	-4.14	252	<.001	-0.52
	Q3	4.33 (.52)				
Ayuda a la familia a considerar soluciones para los objetivos propuestos	Q1	3.76 (.93)	-3.89	252	<.001	-0.49
	Q3	4.19 (.81)				
Apoyo las decisiones de la familia	Q1	4.16 (.59)	-1.56	252	.119	-0.20
	Q3	4.28 (.59)				
Trabajo flexible e individualizado	Q1	3.81 (.98)	-2.68	251	.008	-0.33
	Q3	4.12 (.86)				
Atención a las necesidades y prioridades de la familia	Q1	3.87 (.73)	-.23	252	.818	-0.03
	Q3	3.89 (.77)				
Enfoque de trabajo positivo	Q1	4.73 (.46)	-3.55	252	<.001	-0.43
	Q3	4.90 (.32)				

En la dimensión *Reparación Emocional*, también los profesionales situados en el tercer cuartil puntúan más alto que sus compañeros del cuartil uno en la valoración que hacen de sus prácticas participativas con las familias. En esta ocasión, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en siete de las diez dimensiones que se contemplan en las prácticas participativas, lo que supone el 70% de estas dimensiones. En concreto, estas dimensiones son: colaboración con la familia ( $p = .001$ ), promoción de la participación familiar ( $p = .001$ ), búsqueda de fortalezas familiares ( $p = .001$ ), búsqueda de recursos y oportunidades de participación ( $p = .001$ ), ayuda a la familia a considerar soluciones a los objetivos propuestos ( $p \leq .000$ ), trabajo flexible e individualizado ( $p = .008$ ) y enfoque de trabajo positivo ( $p = .001$ ). Los resultados de la prueba d de Cohen indican que el tamaño del efecto es mayoritariamente moderado,

alcanzando un tamaño del efecto grande en la dimensión de búsqueda de fortalezas familiares (-0.72).

Por último, se quiso constatar el efecto de otras posibles variables en la valoración que los profesionales hacen de las prácticas participativas desarrolladas con las familias con las que intervienen en Atención Temprana. Se analizó, a partir de los datos sociodemográficos recogidos en el IPPAT, posibles diferencias debidas a la edad del profesional, su formación y su experiencia o veteranía en Atención Temprana. No se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias en prácticas relacionales de los profesionales de una edad de  $\leq 30$  años frente a profesionales de  $\geq 42$  años ( $t_{(209)} = -.90$ ,  $p = .370$ ). Tampoco según la disciplina profesional del trabajador, agrupando disciplinas de ciencias sociales frente a ciencias sanitarias ( $t_{(397)} = -1.47$ ,  $p = .144$ ). De

la misma forma, no se encontraron diferencias significativas en la valoración de las prácticas relacionales entre profesionales de  $\leq 3$  años de experiencia laboral frente a profesionales veteranos de  $\geq 14$  años en la disciplina ( $t_{(189)} = -.97$ ,  $p = .336$ ).

## Discusión

La investigación ha contado con una muestra de profesionales de Atención Temprana suficientemente amplia y representativa para el objetivo del estudio. Estos profesionales contaban con amplia veteranía en el trabajo de Atención Temprana, formación en dicho campo y se incluyen en la muestra los diferentes perfiles profesionales habituales que podemos encontrar en esta disciplina.

En cuanto al volumen de prácticas participativas que desarrollan los profesionales encuestados, podemos concluir que, en promedio, los profesionales valoran que realizan prácticas participativas entre Algunas Veces y Casi Siempre. Este resultado queda por debajo del encontrado para la valoración de prácticas relacionales realizadas por el mismo grupo de profesionales (Marco-Arenas et al., 2018), el cual quedaba entre las etiquetas verbales de Casi Siempre y Siempre. Podemos entender que este resultado era esperable ya que las prácticas participativas se consideran clave en el paradigma de intervención centrada en la familia (Dunst, 2002). Por ello, precisamente su menor desarrollo es un indicador de una menor implementación del paradigma de intervención centrado en la familia (Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014) y, como sabemos, dicho paradigma aún no tiene una amplia implementación en el territorio español (Dalmau-Montala et al., 2017; García-Sánchez et al., 2014; Giné, Gràcia, Vilaseca & Balcells, 2008). Por el contrario, las prácticas relacionales con la familia están mucho más arraigadas en nuestra tradición de Atención Temprana (Castellanos, García-Sánchez, Mendieta, Gómez & Rico., 2003; Dalmau-Montala et al., 2017; GAT, 2000, 2005; Giné et al., 2008; Mendieta, 2005; Perpiñan, 2009).

Por otro lado, dado que los datos con los que hemos trabajado consisten en una valoración subjetiva que el profesional hace de su propio quehacer, cabe la posibilidad de que incluso haya habido cierta sobrevaloración de algunos ítems. Esto puede haber ocurrido, especialmente, en aquellos profesionales que todavía no conocen en profundidad la filosofía de las prácticas centradas en la familia y las implicaciones de unas verdaderas prácticas participativas. Sawyer y Campbell (2009), encontraron que la percepción de los profesionales sobre sus propias prácticas parece no coincidir con la realidad de los servicios de Atención Temprana. En este sentido, Escorcía, García-Sánchez, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez (2018) encuentran discrepancias entre la valoración que hacen de las prácticas realizadas los profesionales que las realizan y las familias que las reciben. Igualmente, Cañadas (2013) concluía que la participación de la familia no es la práctica más habitual, al menos en los CDIAT de la comunidad valenciana que formaron parte de su muestra. Por su parte, García-Sánchez et al. (2018) encontraron que los profesionales españoles demandan más formación en prácticas participativas (herramientas y estrategias para hacer participar a las familias), que en prácticas relacionales (estrategias y habilidades para fomentar la calidad y calidez de las interacciones con la familia). Esta mayor dificultad o menor generalización de las prácticas participativas en el quehacer profesional ya se había señalado en trabajos previos (Espe-Sherwindt, 2008; García-Sánchez et al., 2014). Sin embargo, como apuntaba Dunst (2002), el trabajo del profesional de Atención Temprana debe estar enfocado a empoderar a la familia, tanto para capacitarle en la toma de decisiones sobre su hijo, como para ayudarle a adquirir y desarrollar las competencias necesarias para potenciar su desarrollo. Dentro de las tareas del profesional está fomentar la colaboración familiar y planificar los objetivos junto con la familia (Rapport et al., 2014). Pero, a partir de ahí, la clave estará en desarrollar, de forma efectiva, prácticas participativas que consigan

el desarrollo de las competencias propias y necesarias en los cuidadores principales del menor.

En cuanto a la mayor o menor presencia de las tres habilidades de inteligencia emocional medidas (atención, claridad y reparación emocional) en los profesionales encuestados y su posible influencia en la cuantificación de un mayor o menor volumen de prácticas participativas, podemos concluir dos cosas. En primer lugar, tal y como ya se apuntaba en Marco-Arenas et al. (2018), podemos concluir que los profesionales de Atención Temprana de nuestro estudio presentan buenos niveles de inteligencia emocional. No obstante, existe un pequeño grupo de profesionales que podrían mejorar, en concreto en la dimensión de Atención Emocional. Si atendemos a la propuesta de interpretación del propio manual de la prueba utilizada (TMMS-24, adaptada por Fernández-Berrocal et al., 2004), algunos profesionales quedaron con niveles de Atención Emocional que se consideran por debajo de lo recomendable en esa dimensión (véase Marco-Arenas et al., 2018 para una discusión en mayor detalle de este resultado). Fuera de ese detalle, la mayoría de los profesionales participantes presentan habilidades adecuadas e incluso excelentes de Atención, Claridad y Reparación Emocional. En segundo lugar, nuestros resultados han permitido constatar que las habilidades de inteligencia emocional del profesional efectivamente parecen estar influyendo en la valoración que hacen del volumen de prácticas participativas que llevan a cabo en su intervención. Recordemos que hemos encontrado diferencias significativas, a favor siempre de los profesionales con mayor inteligencia emocional, en un rango que va del 50% de las dimensiones sobre prácticas participativas planteadas, en las habilidades de Atención y Claridad Emocional, hasta el 70% de esas dimensiones en la habilidad de Reparación Emocional. Marco et al. (2018) constataron que estas habilidades también influían en las prácticas relacionales realizadas por los profesionales. No obstante, ni en unas ni en otras prácticas puede establecerse aún un

patrón claro de influencia diferencial entre las tres habilidades de inteligencia emocional analizadas. En ambos tipos de prácticas parece que la habilidad de Reparación Emocional es la que influye en más ítems. Dicha habilidad emocional se define como la capacidad de afrontar y canalizar nuestros propios estados emocionales. Es obvio que esa habilidad es necesaria para el desarrollo de unas prácticas de intervención centradas en la familia, para las que el profesional claramente requiere saber lidiar adecuadamente con sus propias emociones antes de poder ayudar a la familia en el manejo de las suyas.

Mirado desde la perspectiva de la dimensión de prácticas participativas que consideremos, solo en la dimensión que denominamos “colaboración con la familia” encontramos diferencias significativas, siempre a favor de los profesionales con más habilidades de inteligencia emocional, en las tres habilidades medidas de Atención, Claridad y Reparación Emocional. Esta dimensión de prácticas participativas hace referencia a la sensibilidad del profesional para recabar información, analizar y considerar, con la familia, a la hora de planificar con ella la intervención, las posibilidades y dificultades de distinta índole del entorno familiar y las posibilidades y capacidades de interacción del niño con los. Las diferencias fueron significativas simultáneamente en las habilidades de Claridad Emocional y Reparación Emocional en cuatro dimensiones de las prácticas participativas consideradas. En concreto en las identificadas como “búsqueda de fortalezas familiares”, “ayuda a la familia a considerar soluciones para los objetivos propuestos”, “búsqueda de recursos y oportunidades de participación” y “enfoque de trabajo positivo”. Sin embargo, solo fueron significativas simultáneamente en las habilidades de Atención Emocional y Reparación Emocional en dos dimensiones de prácticas participativas: “promoción de la participación familiar” y “trabajo flexible e individualizado”. En cualquier caso, como ya hemos indicado, la habilidad de Reparación Emocional del profesional es la que parece afectar a más

dimensiones de las prácticas participativas consideradas.

Por último, debemos concluir, según los resultados encontrados, que otras variables, como la edad del profesional, su formación y su experiencia o veteranía en Atención Temprana, no influyen en la valoración que los profesionales hacen de las prácticas participativas desarrolladas con las familias con las que intervienen en Atención Temprana. Ello da más fuerza a los resultados encontrados y a la conclusión general del presente estudio, en el sentido de que sí podemos vincular determinadas habilidades de inteligencia emocional, de los profesionales de Atención Temprana, con un mayor o menor ejercicio de prácticas participativas en sus interacciones con la familia.

Como ya señala Marco et al. (2018), futuras investigaciones deberán delimitar, con mayor precisión, ítems quizá más adecuados para valorar las diferentes dimensiones de las prácticas relacionales y participativas del profesional con la familia. También podrán utilizarse, quizá, otras medidas como registros observacionales del quehacer del profesional, evitando así las limitaciones de subjetividad que conlleva el uso de cuestionarios que recogen el meta-conocimiento del profesional sobre sus propias características y prácticas. Igualmente, futuras investigaciones deberán delimitar, con mayor precisión, las habilidades de inteligencia emocional que más pueden condicionar una buena práctica profesional en Atención Temprana. Pero lo cierto es que, los resultados significativos encontrados señalan de forma clara una vinculación entre prácticas realizadas o reconocidas y habilidades de inteligencia emocional. Y éste es un resultado que no pueden ser obviado sin más. Y más cuando se trata de habilidades que pueden ser entrenadas, modificadas y mejoradas a través del aprendizaje (Goleman, 1999; González, 2002; Qualter, Gardner y Whiteley, 2007; Teruel, 2000). En este sentido, esta investigación, tiene implicaciones importantes para el futuro de la formación en la disciplina. Como hemos señalado, aún no podemos establecer un perfil emocional óptimo para los

profesionales Atención Temprana. Sin embargo, muchos autores hablan de características que estos profesionales deberían tener, como la empatía, el autoconocimiento o las habilidades comunicativas. Habilidades necesarias para el profesional que ha de dedicarse a trabajar con familias y sus niños (Côté, 2014; Côté & Hideg, 2011; Fernández-Zúñiga, 2008). Es por ello que este estudio abre la puerta a seguir indagando sobre cómo debe ser abordado el desarrollo curricular del profesional que ha de llevar a cabo un trabajo centrado en la familia. Un desarrollo curricular en la que debemos integrar la formación en inteligencia y competencia emocional. Especialmente cuando los escasos estudios realizados sobre las necesidades formativas expresadas por los propios profesionales señalan, también, la necesidad de esa formación en capacidades de inteligencia emocional (García-Sánchez et al., 2018). Unas capacidades que puedan ayudarles en los objetivos de acompañamiento y desarrollo de competencias en la familia o para el trabajo en equipo.

## Referencias

- Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. G., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004). Dimensions of family and professional partnerships: constructive guidelines for collaboration. *Exceptional Children*, 70(2), 167-184.  
<http://doi.org/10.1177/001440290407000203>
- Cabello, R., Ruiz-Aranda, D. & Fernández-Berrocal, P. (2010). Docentes emocionalmente inteligentes. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado (REIFOP)*, 13(1), 41-49.
- Castellanos, P., García-Sánchez, F. A., Mendieta, P., Gómez, L. & Rico, M. D. (2003). Intervención sobre la familia desde la figura del terapeuta-tutor del niño con necesidades de Atención Temprana. *Siglo Cero*, 34(3), 5-18.  
[http://sid.usal.es/docs/F8/ART6708/articulo\\_s1.pdf](http://sid.usal.es/docs/F8/ART6708/articulo_s1.pdf)
- Cañadas, M. (2013). *La participación de las familias en los servicios de Atención Temprana en la Comunidad Valenciana*

- (Tesis doctoral no publicada). Universidad Católica de Valencia,
- Côté, S. (2014). Emotional intelligence in organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 459–488. <http://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091233>
- Côté, S., & Hideg, I. (2011). The ability to influence others via emotion displays: A new dimension of emotional intelligence. *Organizational Psychology Review*, 1, 53–71. <http://doi.org/10.1177/2041386610379257>
- Dalmau-Montala, M., Balcells-Balcells, A., Giné Giné, C., Cañadas-Pérez, M., Casas Masjoan, O., Salat Cuscó, Y., et al. (2017). Cómo implementar el modelo centrado en la familia en Atención Temprana. *Anales de Psicología*, 33(3), 641–651. <http://doi.org/10.6018/analesps.33.3.263611>
- Dunst, C. J. (2000). Revisiting rethinking Early Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 95-104. <http://doi.org/10.1177/027112140002000205>
- Dunst, C. J. (2002). Family-Centered practices: Birth through high school. *The journal of special education*, 36(3), 141-149. <http://doi.org/10.1177/00224669020360030401>
- Dunst, C. J. (2005). Mapping the adoption, application and adherence to family. Support principles. *Practical Evaluation. Reports*, 1(2), 1-7.
- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helping practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22, 334-337.
- Enson, B. & Imberger, J. (2017). Weaving emotional intelligence into a home visiting model. *Zero to Three*, 30(1), 26-35.
- Escorcía, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., & Hernández, E. (2016). Cuestionario de estilos de interacción entre padres y profesionales en atención temprana (EIPPAT): validez de contenido. *Anales de Psicología*, 32(1), 148-157. <http://doi.org/10.6018/analesps.32.1.202601>
- Escorcía, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2018). Prácticas de Atención Temprana en el sureste de España: perspectiva de profesionales y familias. *Anales de Psicología*, 34(3), 500-509. <http://doi.org/10.6018/analesps.34.3.311221>
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for Learning*, 23(3), 136-143. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- Espinoza, M., Sauhueza, O., Ramirez, N. & Saez, K. (2015). Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 139-147. <http://doi.org/10.1590/0104-1169.3498.2535>
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. & Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755. <http://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernández-Zúñiga, A. (2008). Habilidades terapéuticas en terapia del lenguaje. Relación terapeuta paciente. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audición*, 28(1), 34-35. [http://doi.org/10.1016/S0214-4603\(08\)70044-5](http://doi.org/10.1016/S0214-4603(08)70044-5)
- Fordham, L. Gibson, F. & Bowes, J. (2012). Information and professional support: Key factors in the provision of family-centered early childhood intervention services. *Child :care, Health and Development*, 38(5), 647-653. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01324.x>
- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., &

- Hernández, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(3), 6-27. [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART20896/garcia\\_sanchez.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART20896/garcia_sanchez.pdf)
- García-Sánchez, F. A., Rubio-Gómez, N., Orcajada, N., Escorcia, C. T., & Cañadas, M. (2018). Necesidades de formación en prácticas centradas en la familia en profesionales de Atención Temprana españoles. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 68(2), 1-17. <http://doi.org/10.13042/Bordon.2018.59913>
- GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. [https://www.siiis.net/docs/ficheros/20040622\\_0004\\_24\\_0.pdf](https://www.siiis.net/docs/ficheros/20040622_0004_24_0.pdf)
- GAT, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. [https://www.siiis.net/docs/ficheros/20060125\\_0003\\_24\\_0.pdf](https://www.siiis.net/docs/ficheros/20060125_0003_24_0.pdf)
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R. & Balcells, A. (2008). Trabajar con las familias en Atención Temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65(23,2), 95-113. <http://aufop.com/aufop/revistas/arta/impresa/134/1247>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Kairós.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Kairós
- Goleman, D. Boyatzis, R & McKee, A. (2002). *El líder resonante crea más. El poder de la inteligencia emocional*. Plaza & Janes.
- González, V. (2002). ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. *Revista Cubana de Educación Superior*, 22(1), 45-53. <https://rieoei.org/historico/deloslectores/Maura.PDF>
- Hallet, E. (2013). We all share a common vision and passion: Early years professionals reflect upon their leadership of practice role. *Journal of Early Childhood Research*, 11(3), 312-325. <http://doi.org/10.1177/1476718X13490889>
- Lopes, P. N. (2016). Emotional Intelligence in organizations: bridging research and practice. *Emotion Review*, 8(4), 316-321. <http://doi.org/10.1177/1754073916650496>
- López-Zafra, E., Pulido, M & Augusto, J. M. (2013). *La inteligencia emocional en el trabajo*. Sintexis.
- Mahoney, G. & Perales, F. (2012). El papel de los padres de niños con síndrome de Down y otras discapacidades en la Atención temprana. *Revista síndrome de Down*, (29), 46-64. <http://hdl.handle.net/11181/3320>
- Marco-Arenas, M., Sánchez-López, M. C. & García-Sánchez, F. A. (2018). Inteligencia Emocional y prácticas relacionales con la familia en Atención Temprana. *Siglo Cero*, 49(2), 7-25. <http://10.14201/scero2018492725>
- Martínez-Moreno, A. & Calet, N. (2015). Intervención en Atención Temprana: Enfoque desde el ámbito familiar. *Escritos de Psicología*, 8(2), 33-42. <http://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1905>
- Mayer, J. D., Roberts, R. D. & Barsade, S. G. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *The Annual Review of Psychology*, 59, 507-536. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>
- McWilliam, R. (2016). Metanoia in early intervention: transformation to a family centered approach. *Revista Latino-Americana de Educación Inclusiva*, 10(1), 133-153. <http://doi.org/10.4067/S0718-73782016000100008>
- Mendieta, P. (2005). Intervención familiar en Atención Temprana. In M. G. Millá & F. Mulas (Eds.), *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención* (pp. 789-803). Promolibro.
- Perpiñan, S. (2009). *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Narcea.
- Qualter, P., Gardner, K. & Whiteley, H. (2007). Emotional Intelligence: review of research and educational implications. *Pastoral Care in Education*, 25(1), 11-20. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0122.2007.00395.x>
- Rapport, M. J., Furze, J., Martin, K., Schreiber, J. Dannemiller, L., Diblasio, P. & Moerchen,

- V. (2014). Essential competencies in entry-level pediatric physical therapy education. *Pediatric Physical Therapy*, 26(1), 7-18. <http://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000003>
- Sawyer, B. & Campell, P. (2012). Early Interventionists' perspectives on teaching caregivers. *Journal of Early Intervention*, 34(2), 104-124. <http://doi.org/10.1177/1053815112455363>
- Teruel, M.P. (2000) La inteligencia emocional en el currículo de la formación inicial de los maestros. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 38, 141-152. [https://www.aufop.com/aufop/uploaded\\_file/s/articulos/1223493322.pdf](https://www.aufop.com/aufop/uploaded_file/s/articulos/1223493322.pdf)
- Turnbull, A. P., Turnbull, H. R. & Kyzar, K. (2009). Family-professional partnerships as catalysts for successful inclusion: a United States of America perspective. *Revista de Educación*, 349, 69-99. [http://www.revistaeducacion.mec.es/re349/re349\\_04ing.pdf](http://www.revistaeducacion.mec.es/re349/re349_04ing.pdf)
- Shelden, L., & Rush, D. (2013). IFSP Outcome Statements Made Simple. *Young Exceptional Children*, 17(4), 15-27. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/109625061349924>

#### Authors / Autores

**Marco-Arenas, M.** ([maria.marcol@um.es](mailto:maria.marcol@um.es))  0000-0003-2988-88277

Profesora Asociada. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Maestra de Educación infantil y Logopeda. Doctora en Educación. Su principal ámbito de investigación es la Atención temprana dentro del modelo centrado en la familia y la inteligencia emocional en distintos ámbitos. Dirección postal: Facultad de Educación. Campus de Espinardo. 30100 Murcia (España).

**García-Sánchez, F.A.** ([fags@um.es](mailto:fags@um.es))  0000-0003-3788-6354

Catedrático de Universidad. Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidad de Murcia. Líneas de investigación principales: organización de servicios y coordinación de recursos en Atención Temprana, prácticas de intervención centradas en la familia. Participó en la redacción del Libro Blanco de la Atención Temprana. Dirección postal: Facultad de Educación. Campus de Espinardo. 30100 Murcia (España).

**Sánchez-López, C.** ([crisalo@um.es](mailto:crisalo@um.es))  0000-0002-0025-0988

Profesora Titular. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. Las principales líneas de investigación se centran en el ámbito del diagnóstico, la orientación educativa y la acción tutorial, aplicados tanto al terreno de la Innovación Educativa en enseñanza universitaria, como al ejercicio profesional en el ámbito de la Atención Temprana. Dirección postal: Facultad de Educación. Campus de Espinardo. 30100 Murcia (España)



**Revista E**lectrónica de **I**nvestigación y **E**valuación **E**ducativa  
*E-Journal of Educational Research, Assessment and Evaluation*

[ISSN: 1134-4032]



Esta obra tiene [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).  
This work is under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).