

AVANZANDO EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA Y DE SALUD: INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE NUEVOS RECURSOS



Comps.

África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín
José Jesús Gázquez Linares
Pablo Molina Moreno
María Sisto



Dykinson, S.L.

CAPÍTULO 12

DESAFÍOS Y BARRERAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN TEMPRANA CENTRADO EN LA FAMILIA: PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES

MANUEL PACHECO-MOLERO*, IRENE LEÓN-ESTRADA*,
CATALINA PATRICIA MORALES-MURILLO*, MÓNICA GUTIÉRREZ-ORTEGA**, Y
ROBERTO HERNÁNDEZ-SOTO***

**Universidad Internacional de La Rioja, **Universidad de Valladolid,
***Universidad Antonio de Nebrija*

INTRODUCCIÓN

Las prácticas centradas en la familia (PCF) es el paradigma recomendado en atención temprana para desarrollar y ofrecer servicios a niños con discapacidad y sus familias. Según Dunst y Espe-Sherwindt (2016), los PCF se caracterizan por respetar a los niños y sus familias, reconocer el impacto de la familia en el bienestar infantil, y fomentar una relación colaborativa entre las familias y los profesionales. Este enfoque se asocia con una mayor participación familiar en actividades comunitarias y es un fuerte predictor de una mejor calidad de vida familiar (García-Grau, Martínez-Rico, McWilliam, y Grau, 2019).

Implementar este enfoque en la atención temprana supone un desafío, ya que requiere modificar prácticas y creencias profesionales establecidas, pasando de un enfoque centrado en el niño a uno centrado en la familia (Kemp, 2020). La fidelidad en la implementación es clave para asegurar que se respeten los principios de los PCF, lo que implica cambios significativos en la formación y roles de los profesionales (Fixsen, Blase, Metz, y Van Dyke, 2013).

Las investigaciones recientes han demostrado que muchos programas se centran en evaluar las estrategias y resultados esperados, sin prestar suficiente atención a los moderadores que pueden afectar la implementación y consecución de los objetivos (Schindler, McCoy, Fisher, y Shonkoff, 2019). Por lo tanto, es importante no solo medir la efectividad de un programa, sino también considerar cómo y por qué funciona, para quién y en qué condiciones. Esto es crucial para asegurar que los programas sirvan verdaderamente a todas las familias.

Identificar los moderadores que impiden que los niños y las familias alcancen los resultados esperados es clave para mejorar la calidad de los servicios. Estudios han identificado múltiples barreras que dificultan la implementación efectiva de las PCF en los servicios de atención temprana (SAT), incluyendo el ajuste de los profesionales a un nuevo rol (Gràcia et al., 2019; Silva y Pinto, 2017). Este ajuste implica un cambio en el trabajo directo con el niño hacia un enfoque de colaboración con los cuidadores,

apoyándolos en su rol de mediadores del aprendizaje y promotores de interacciones positivas (Fleming, Sawyer, y Campbell, 2011). Sin embargo, esta transición no siempre es fácil debido a debates sobre a quién debe dirigirse el apoyo (niño o familia), la falta de formación específica y la ausencia de competencias para aplicar prácticas participativas que promuevan el empoderamiento de las familias (Bamm y Rosenbaum, 2008; Dunst, Espe-Sherwindt, y Hamby, 2019).

Además, existen barreras políticas, financieras y de coordinación que complican la implementación de las PCF. La diversidad de las familias atendidas, las distintas necesidades derivadas de los estados de salud de los niños y las características de los entornos donde viven también presentan retos. La falta de sistematización en la identificación y abordaje de estas barreras ha dificultado la plena implementación de las PCF (García-Grau, Martínez-Rico, McWilliam, y Grau, 2019).

A lo largo de los años, numerosos estudios y profesionales han señalado estas barreras, pero aún no se ha realizado una revisión sistemática que las exponga de manera integrada y conectada. Esto sugiere la necesidad de un análisis más profundo para identificar las limitaciones que afectan el funcionamiento diario de los PCF y así mejorar su implementación, asegurando que los servicios respondan adecuadamente a las prioridades y necesidades de cada familia y niño.

En conclusión, aunque los PCF cuentan con un fuerte respaldo teórico y evidencias empíricas, su implementación efectiva sigue enfrentando numerosos desafíos. Por lo que, es necesario seguir investigando y abordando las barreras percibidas por los profesionales para garantizar que los SAT logren su objetivo de mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias.

Por ello, el objetivo del estudio es identificar las barreras percibidas por los profesionales que influyen en su práctica y limitan la implementación de prácticas recomendadas y, por consecuencia, la transformación de los servicios hacia PCF (Bamm y Rosenbaum, 2008) y determinar si hay relación entre las distintas barreras percibidas a la hora de hacer una implementación efectiva de las PCF.

METODOLOGÍA

Siguiendo los criterios de los "Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses" (Page et al., 2021) se realizó una búsqueda en Web of Science, Scopus y Proquest desde enero de 2000 hasta en enero de 2023, utilizando términos ajustados al método PICO. Se incluyeron combinaciones de palabras clave como "early intervention" y "providers perception". Además, se buscaron artículos adicionales en las referencias de los artículos principales y se contactó a autores para obtener información faltante.

Los criterios de elegibilidad fueron: (a) recoger percepciones de profesionales en atención temprana; (b) proporcionar información cuantitativa y/o cualitativa sobre

barreras en la provisión de SAT, sin restricciones de diseño; (c) seguir prácticas recomendadas en servicios de AT, especialmente centrados en la familia; (d) dirigirse a niños menores de 6 años; y (e) cumplir estándares de calidad. Se excluyeron artículos no publicados en inglés, anteriores a 2000, o no revisados por pares, pero se revisaron sus referencias y se contactó a los autores si fue necesario.

La calidad de los estudios se realizó con la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT) (Hong et al., 2018). Se incluyeron 1858 publicaciones inicialmente, reducidas a 679 tras eliminar duplicados. De estas, 37 estudios fueron seleccionados para revisión a texto completo. Tres revisores extrajeron la información relevante de forma independiente.

El riesgo de sesgo se minimizó con un acuerdo inicial del 95% entre dos investigadores y la revisión final por un tercer revisor, alcanzando un acuerdo del 100%. La calidad de los estudios fue evaluada, resultando en 21 de alta calidad, 10 moderadamente alta y 6 de calidad media.

Para extraer y analizar los datos, se utilizó la síntesis temática. El texto se codificó inductivamente y se organizó en una estructura teórica de barreras percibidas en ECI con FCS. Se realizó un análisis de co-ocurrencia temática para representar las relaciones entre patrones utilizando el programa MAXQDA (Kuckartz y Rädiker, 2019).

RESULTADOS

Antes de examinar las categorías subyacentes en la investigación sobre barreras, se presentan datos descriptivos de los estudios. La mayoría se realizaron en EE. UU. (54,05%) y se llevaron a cabo principalmente entre 2011 y 2022 (64,87%). Los estudios abarcan información tanto de proveedores de servicios (37 estudios con 5008 participantes). Los estudios tienen una variedad metodológica, con un 45,9% cualitativos, 35,2% cuantitativos y 18,9% mixtos.

Las 39 barreras identificadas se agruparon en 8 dimensiones (Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones del estudio

Dimensión	Código	Descriptor
Asociado a la familia (F)	F ₁	
	F ₂	Familias prefieren trabajar directamente con los niños
	F ₃	Falta de comprensión e implicación de la familia en la intervención
	F ₄	Confusión entre los enfoques de salud y comunitario
	F ₅	Características de los cuidadores
	F ₆	Dificultad para dar respuesta a las necesidades y expectativas familiares
	F ₇	Falta de información ofrecida a la familia
		Dificultad en establecer la agenda de visita

Tabla 1. Dimensiones del estudio (continuación)

Dimensión	Código	Descriptor
Asociado al niño (C)	C ₁	Globalidad del niño
	C ₂	Dar respuesta a la complejidad de las necesidades médicas y básicas del niño
	C ₃	El nivel de funcionamiento del niño determina la participación familiar
Asociado al conocimiento y aplicación del enfoque/modelo (K)	K ₁	Falta de comprensión y complejidad en la aplicación del modelo
	K ₂	Falta de formación específica sobre el enfoque
	K ₃	Falta de habilidades para hacer participar a los cuidadores principales en los entornos naturales
	K ₄	Falta de tiempo para hablar con las familias
	K ₅	Dificultad en identificar a los apoyos familiares
	K ₆	Dificultad en trasladar el poder de decisión a las familias
	K ₇	Dificultad en ofrecer apoyo social y emocional
	K ₈	Características individuales del profesional
Asociado a creencias del profesional (B)	B ₁	Inseguridad y dificultad en el rol del proveedor enseñar a las familias
	B ₂	Creer difícil el apoyo a la participación niños en las rutinas familiares con la familia presente
	B ₃	Poca disposición en trabajar entornos naturales, prefiriendo el entorno clínico
	B ₄	Actitudes y comportamientos de los profesionales al perder su rol de expertos
	B ₅	Necesidad de desarrollar sus habilidades prácticas directamente con el niño
Asociado al entorno natural (E)	E ₁	Dificultad en la aplicación intervención en entorno natural
	E ₂	Dificultad en identificar entornos de aprendizaje de los niños
	E ₃	Dificultad en la realización de evaluaciones auténticas
Asociado a la coordinación (T)	T ₁	Dificultad en la coordinación con otros profesionales (falta de tiempo...)
	T ₂	Falta de conocimiento y/o confianza entre los servicios, sobre el trabajo que realizan
	T ₃	Dificultades con los procedimientos del propio centro
	T ₄	Terminología médica empleada en salud
Asociado condiciones laborales (W)	W ₁	Horario laboral (trabajar fuera del horario laboral, jornadas parciales de trabajo...)
	W ₂	Condiciones de los entornos en las visitas domiciliarias (caóticos, inseguros, n ^o personas...)
	W ₃	Alta carga de trabajo (número de familias, poco personal disponible...)
	W ₄	Rotación de profesionales de los servicios
	W ₅	Desplazamientos entre domicilios (tráfico, aparcamiento, tiempo desplazamiento...)
Asociado a la legislación (L)	L ₁	Falta de apoyo gubernamental a las familias
	L ₂	Limitaciones legislativas en la elegibilidad de los niños al servicio
	L ₃	Falta de apoyo y limitaciones administrativas para los servicios
	L ₄	Acceso desigual a los recursos

Barreras percibidas que influyen en la percepción de la calidad de los servicios Familia (F)

Las barreras asociadas a la familia son las más destacadas (k=26). Siendo la falta de comprensión, por parte de las familias, de la necesidad de implicación en la intervención (e.g., Gmmash, Effgen, y Goldey, 2020) y la dificultad que existe para dar respuesta a las necesidades y expectativas de las familias (e.g., García-Grau, Martínez-Rico, McWilliam, y Grau, 2019) dos de las barreras señaladas por un mayor número de estudios (k=14).

Otro factor clave destacado en los estudios (k=11) es la presencia de determinadas características en los cuidadores que actúan como barreras (i.e., idioma, nivel educativo, económico o cultural, la presencia de problemas asociados a la salud mental o situaciones laborales no favorables; e.g., Curtiss et al., 2019).

Niño (C)

Sobre las barreras vinculadas a los menores (k=8) se indican principalmente el tener que ofrecer una respuesta desde los servicios basada en la complejidad de las necesidades médicas y básicas del niño (k=4; e.g., Gmmash, Effgen, y Goldey, 2020) y la influencia que tiene el nivel de funcionamiento del niño en la participación familiar (k=4; e.g., Stewart y Applequist, 2019).

Conocimiento y aplicación del enfoque (K)

Los estudios de esta categoría (k=18) indican que la presencia de escasas habilidades en los profesionales para fomentar la participación de los cuidadores en los entornos naturales (k=17) es una de las principales barreras (e.g., Stewart y Applequist, 2019), seguida por la falta de comprensión y complejidad en la aplicación del modelo (k=10); e.g., Blackburn, 2016), y la escasa formación específica sobre el enfoque en los equipos (k=9); e.g. Iversen, Shimmel, Ciacera, y Prabhakar, 2003).

Creencias de los profesionales (B)

La influencia de las creencias de los profesionales (k=19), siendo la inseguridad del profesional a la hora de enseñar a las familias (k=11; e.g., Dias y Cadime, 2019) y la creencia de la pérdida del rol profesional (k=12; Gràcia et al., 2019), dos de los aspectos más señalados. También subyace la creencia de que es difícil dar apoyo a la participación de los niños en las rutinas familiares estando la familia presente (k=10; e.g., Stewart y Applequist, 2019).

Entorno natural (E)

Sobre la influencia del entorno natural en la percepción de la calidad son pocos estudios los que lo indican como barrera (k=10). Dentro de esta categoría, se registra como principal barrera la dificultad para llevar a cabo la atención en entorno natural (k=7; e.g., Campbell y Sawyer, 2009b) y, además, aunque con menor intensidad, la dificultad para identificar los entornos de aprendizaje de los niños (k=2; e.g., LaForme, McCoy, Chiarello, y Move & PLAY Study Team, 2011) y para la realización de evaluaciones auténticas (k=3; e.g., Mattern, 2014).

Coordinación de los servicios (T)

Las barreras asociadas a la coordinación (k=16) indican que las mayores dificultades radican en la coordinación con otros profesionales (k=9), por ejemplo, por falta de tiempo (e.g., Mattern, 2014) y las vinculadas a los procedimientos y procesos del propio centro de trabajo (k=8; e.g., Schenker, Rigbi, Parush, y Yochman, 2017). Otras dos barreras señaladas son la falta de conocimiento y/o confianza sobre el trabajo que realizan los diferentes servicios vinculados a la atención temprana (k=5) y la terminología específica de la profesión (k=3), en concreto, los estudios señalan este aspecto vinculado al área de salud (e.g., O'Neil, Ideishi, Nixon-Cave, y Kohrt, 2008).

Condiciones laborales (W)

De entre las barreras vinculadas a los temas laborales (k=10), 6 estudios destacan la alta carga de trabajo que presentan los profesionales por atender a un gran número de familias (Ziviani, Darlington, Feeney, Rodger, y Watter, 2013), aspecto asociado al poco personal disponible en algunos de los centros. El horario laboral también se reseña (k=5), indicando los estudios que factores como trabajar fuera del horario laboral o que los profesionales presenten jornadas parciales de trabajo puede ser una barrera (Curtiss et al., 2019).

Legislación (L)

Las barreras vinculadas a los aspectos legislativos propios de cada país se señalan en 12 estudios. La principal barrera es la falta de apoyo y las limitaciones administrativas para acceder a los servicios (k=9), seguida de la falta de apoyo gubernamental a las familias (k=5; e.g., Blackburn, 2016) y el acceso desigual a los recursos (k=3; e.g., Gmmash, Effgen, y Goldey, 2020).

Relación entre las barreras percibidas por los profesionales

La asignación de códigos temáticos a los estudios permite analizar su recurrencia y relación, indicando la frecuencia de aparición de cada código. La Figura 2 muestra que el 59% de los códigos aparecieron más de 30 veces, destacando las barreras relacionadas con la falta de comprensión e implicación de la familia (F2=100), la falta de habilidades para involucrar a los cuidadores principales (K3=93), la dificultad para satisfacer expectativas familiares (F5=25) y la inseguridad de los proveedores en enseñar a las familias (B1=71).

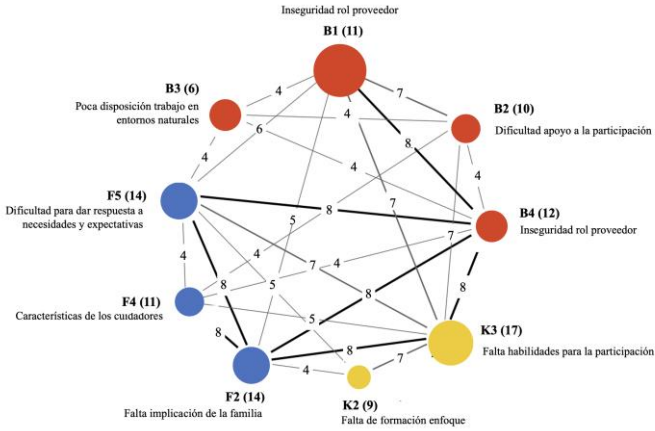
La Figura 2 presenta un modelo de co-ocurrencia de códigos, mostrando las combinaciones más comunes de barreras. Los códigos B4, relacionado con las actitudes de los profesionales al perder su rol de expertos, y F2, sobre la falta de comprensión e implicación familiar, muestran las co-ocurrencias más fuertes. Estos códigos se vinculan con otras barreras como la dificultad para satisfacer expectativas familiares, la falta de habilidades para involucrar a los cuidadores y la inseguridad en el rol del proveedor.

Figura 1. Matriz de proximidad de códigos



Nota: El color y tamaño refleja el recuento de co-ocurrencias de códigos y el color corresponde al "calor" que va del azul (recuentos bajos) al rojo (recuentos altos). Cuanto mayor es el cuadrado de un nodo, más relación existe entre las dos categorías asociadas

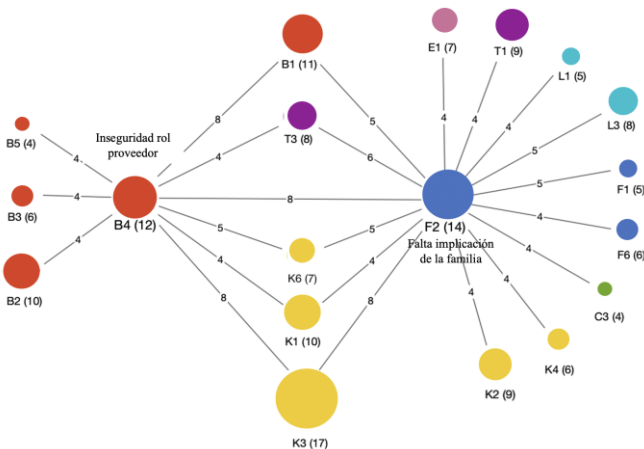
Figura 2. Relación de proximidad entre barreras principales



Nota: La dimensión de los nodos es directamente proporcional a la frecuencia de los códigos encontrados en los estudios, mientras que el grosor de las líneas es representativo del número de relaciones entre códigos identificados

Se ha analizado la co-ocurrencia del código principal (F2) (Figura 3), revelando un modelo de relación entre la falta de comprensión e implicación de la familia (F2) y las actitudes de los profesionales al perder su rol de expertos (B4). Esta relación está mediada por cinco barreras: la inseguridad en enseñar a las familias (B1), la falta de habilidades para promover la participación (K3), la falta de comprensión del modelo (K2), la falta de conocimientos para transferir el poder de decisión a las familias (K6), y dificultades en la coordinación en centros de atención temprana (T3).

Figura 3. Modelo de relación y moderación en las principales barreras: inseguridad rol del proveedor y falta de implicación de la familia



DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Esta revisión proporciona una visión integral de las barreras percibidas por los profesionales en los servicios de atención temprana centrados en la familia. Confirma la existencia de múltiples barreras que afectan la implementación efectiva de estos servicios y destaca la necesidad de analizar cada dimensión propuesta para asegurar su buen funcionamiento. Además, sugiere que las barreras están interrelacionadas y que futuros estudios deben permitir comparaciones mediante definiciones comunes, marcos de tiempo similares e instrumentos de evaluación estandarizados.

Las políticas locales y estatales deberían considerar estos hallazgos para maximizar la efectividad de los programas de Atención Temprana y Comunitaria, garantizando el acceso a los servicios, optimizando recursos, fomentando la formación de proveedores y estableciendo protocolos de calidad para detectar barreras en el desarrollo de servicios centrados en la familia.

La revisión es innovadora al sintetizar estudios cualitativos y cuantitativos, identificando 39 barreras agrupadas en ocho dimensiones. Las principales barreras están relacionadas con la familia, como la falta de comprensión e implicación, las características de los cuidadores y la dificultad para satisfacer sus necesidades. Otros problemas incluyen la percepción de inseguridad de los profesionales, la falta de conocimientos y habilidades para involucrar a los cuidadores, y condiciones laborales desfavorables, como alta rotación de personal y carga de trabajo excesiva.

El análisis de co-ocurrencia revela que 21 barreras están vinculadas a la falta de comprensión e implicación familiar, fundamental para los resultados en las PCF. La preparación profesional para apoyar esta implicación es crucial. Se encontró que la discrepancia entre la práctica ideal y real se debe en gran parte a la falta de formación. La revisión destaca la necesidad de recursos para la formación continua de los profesionales, basada en principios del aprendizaje de adultos. Sin embargo, factores externos como la falta de financiación y problemas legislativos también influyen en la capacidad de los SAT para brindar servicios de alta calidad.

En conclusión, es esencial una intervención coordinada que incluya a todos los actores en la atención temprana, garantizando mejoras sostenibles y efectivas. La implementación de prácticas recomendadas y una formación adecuada son clave para superar las barreras identificadas y mejorar los resultados en los SAT.

La revisión de alcance tiene limitaciones significativas. La heterogeneidad entre estudios impidió realizar un metaanálisis. Se recomienda estandarizar las medidas de percepción de calidad y barreras en futuros estudios cuantitativos para facilitar comparaciones. También es crucial incluir proporciones equilibradas de géneros, clarificar el tipo de proveedores y proporcionar datos detallados para evitar limitaciones en la interpretación y generalización de los resultados.

Para futuras investigaciones, se sugiere estudiar cuantitativamente las relaciones entre las barreras identificadas. A nivel práctico, se recomienda usar un enfoque de investigación-acción, como el IDEAS Impact Framework of TOC, para trabajar en un programa de atención temprana que promueva la reflexión sobre las barreras y otras amenazas. Esta reflexión debería llevar a la elaboración de un plan específico para mejorar los resultados para las familias y los niños, considerando moderadores como características de las familias, profesionales, y el contexto cultural y comunitario, y ajustando las intervenciones según sea necesario.

REFERENCIAS

- Bamm, E.L. y Rosenbaum, P. (2008). Family-Centered Theory: Origins, Development, Barriers, and Supports to Implementation in Rehabilitation Medicine. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(8), 1618–1624. doi: 10.1016/j.apmr.2007.12.034
- Blackburn, C. (2016). Relationship-based early intervention services for children with complex needs: Lessons from New Zealand. *Journal of Children's Services*, 11(4), 330–344. doi: 10.1108/JCS-04-2016-0008
- Campbell, P.H. y Sawyer, L.B. (2009). Changing early intervention providers' home visiting skills through participation in professional development. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(4), 219–234. doi: 10.1177/0271121408328481
- Campbell, P.H., Sawyer, L.B., y Muhlenhaupt, M. (2009). The meaning of natural environments for parents and professionals. *Infants y Young Children*, 22(4), 264–278. doi: 10.1097/IYC.0b013e3181bc4dd4
- Curtiss, S.L., McBride, B.A., Uchima, K., Laxman, D.J., Santos, R.M., Weglarz-Ward, J., y Kern, J. (2019). Understanding provider attitudes regarding father involvement in early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 41(2), 147–159. doi: 10.1177/0271121419844829
- Da Silva, A.P. y Serrano, A.M. (2014). Early Intervention in Portugal: Study of Professionals' Perceptions. *Journal of Family Social Work*, 17(3), 263–282. doi: 10.1080/10522158.2013.865426
- Dias, P.C. y Cadime, I. (2019). Child and Family-Centered practices in early childhood education and care services: An empirical study with families and practitioners in Portugal. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 285–294. doi: 10.1007/s10560-019-00599-7
- Dunst, C.J. y Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-Centered practices in early childhood intervention. In B. Reichow, B. A. Boyd, E. E. Barton, y S. L. Odom (Eds.), *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 37–55). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-28492-7_3
- Dunst, C.J., Espe-Sherwindt, M., y Hamby, D. (2019). Does capacity-building professional development engender practitioners' use of capacity-building family-centered practices? *European Journal of Educational Research*, 8(2). doi: 10.12973/eujer.8.2.513
- Dyke, P., Buttigieg, P., Blackmore, A.M., y Ghose, A. (2006). Use of the measure of process of care for families (MPOC-56) and service providers (MPOC-SP) to evaluate family-centred

services in a paediatric disability setting. *Child: Care, Health and Development*, 32(2), 167–176. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00604.x

Edwards, N.M. (2018). The role of mentors in early intervention referrals: Overlooked views of pediatric residency training directors. *Maternal and Child Health Journal*, 22(5), 745–752. doi: 10.1007/s10995-018-2443-z

Escorcia-Mora, C.T., García-Sánchez, F.A., Sánchez-López, M.C., Orcajada-Sánchez, N., y Hernández-Pérez, E. (2018). Early childhood intervention practices in the southeast of Spain: Professionals and families perspective. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 34(3), Article 3. doi: 10.6018/analesps.34.3.311221

Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., y Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children*, 79(3), 213–230. doi: 10.1177/001440291307900206

Fleming, J.L., Sawyer, L.B., y Campbell, P.H. (2011). Early intervention providers' perspectives about implementing participation-based practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(4), 233–244. doi: 10.1177/0271121410371986

García-Grau, P., Martínez-Rico, G., McWilliam, R.A., y Grau, D. (2019). Early intervention and family-centeredness in Spain: Description and profile of professional practices. *Topics in Early Childhood Special Education*. doi: 10.1177/0271121419846332

García-Ventura, S., Mas, J.M., Balcells-Balcells, A., y Giné, C. (2020). Family-centred early intervention: Comparing practitioners' actual and desired practices. *Child: Care, Health and Development* doi: 10.1111/cch.12834

Gmmash, A.S., Effgen, S.K., y Goldey, K. (2020). Challenges faced by therapists providing services for infants with or at risk for cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 32(2), 88–96. doi: 10.1097/PEP.0000000000000686

Gràcia, M., Simón, C., Salvador-Beltrán, F., Alcocer, A.L.A., Mas, J.M., Giné, C., y Dalmau, M. (2019). The transition process from center-based programmes to family-centered practices in Spain: A multiple case study. *Early Child Development and Care*, 190(14), 2192–2204. doi: 10.1080/03004430.2018.1564916

Hong, Q.N., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., ... y Pluye, P. (2018). The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. *Education for Information*, 34(4), 285–291. doi: 10.3233/EFI-180221

Hurley, J.J., Looby, W., Goodrum, A.R., Campbell, E.M., Bonti, G.K., Raymon, B.A., ... y Mathews, P. (2018). Early intervention for families and children experiencing homelessness. *Infants y Young Children*, 31(1), 20–36. doi: 10.1097/IYC.000000000000107

Ideishi, R.I., O'Neil, M.E., Chiarello, L.A., y Nixon-Cave, K. (2010). Perspectives of therapist's role in care coordination between medical and early intervention services. *Physical y Occupational Therapy In Pediatrics*, 30(1), 28–42. doi: 10.3109/01942630903337478

Ingber, S. y Dromi, E. (2009). Actual versus desired Family-Centered practice in early intervention for children with hearing loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 59–71. doi: 10.1093/deaf/enp025

- Iversen, M.D., Shimmel, J.P., Ciacara, S.L., y Prabhakar, M. (2003). Creating a Family-Centered approach to early intervention services: Perceptions of Parents and Professionals: *Pediatric Physical Therapy*, 15(1), 23–31. doi: 10.1097/01.PEP.0000051694.10495.79
- Kemp, C. (2020). Research informing practice in early childhood intervention: How hard can it be? *Infants y Young Children*, 33(3), 163–172. doi: 10.1097/IYC.000000000000168
- Kuckartz, U. y Rädiker, S. (2019). *Analyzing qualitative data with MAXQDA*. Springer.
- LaForme, A.C., McCoy, S.W., Chiarello, L.A., y Move & PLAY Study Team. (2011). Comparison of family and therapist perceptions of physical and occupational therapy services provided to young children with cerebral palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 31(2), 150–168. doi: 10.3109/01942638.2011.619250
- Litchfield, R. y MacDougall, C. (2002). Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48(2), 105–112. doi: 10.1016/S0004-9514(14)60204-X
- Mandell, C.J. y Murray, M.M. (2009). Administrators' understanding and use of Family-Centered practices. *Journal of Early Intervention*, 32(1), 17–37. doi: 10.1177/1053815109354698
- Mattern, J.A. (2014). A Mixed-Methods study of early intervention implementation in the commonwealth of Pennsylvania: Supports, services, and policies for young children with Developmental Delays and Disabilities. *Early Childhood Education Journal*, 43(1), 57–67. doi: 10.1007/s10643-014-0633-x
- McBride, B.A., Curtiss, S.J., Uchima, K., Laxman, D.J., Santos, R.M., Weglarz-Ward, J., ... y Kern, J. (2017). Father involvement in early intervention: Exploring the gap between service providers' perceptions and practices. *Journal of Early Intervention*, 39(2), 71–87. doi: 10.1177/1053815116686118
- McCarthy, M., Leigh, G., y Arthur-Kelly, M. (2020). Practitioners' self-assessment of Family-Centered practice in telepractice versus in-person early intervention. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 26(1), 46–57. doi: 10.1093/deafed/ena028
- Meadan, H., Douglas, S.N., Kammes, R., y Schraml-Block, K. (2018). "I'm a different coach with every family": Early interventionists' beliefs and practices. *Infants y Young Children*, 31(3), 200–214. doi: 10.1097/IYC.000000000000118
- Nijhuis, B.J.G., Reinders-Messelink, H.A., de Blécourt, A.C.E., Hitters, W.M.G.C., Groothoff, J. W., Nakken, H., y Postema, K. (2007). Family-centred care in family-specific teams. *Clinical Rehabilitation*, 21(7), 660–671. doi: 10.1177/0269215507077304
- O'Neil, M.E., Ideishi, R.I., Nixon-Cave, K., y Kohrt, A. (2008). Care coordination between medical and early intervention services: Family and provider perspectives. *Families, Systems, y Health*, 26(2), 119–134. doi: 10.1037/1091-7527.26.2.119
- O'Neil, M.E., Palisano, R.J., y Westcott, S.L. (2001). Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. *Physical Therapy*, 81(8), 1412–1424. doi: 10.1093/ptj/81.8.1412
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., ... y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. doi: 10.1136/bmj.n71

Salisbury, C.L., Woods, J., y Copeland, C. (2010). Provider perspectives on adopting and using collaborative consultation in natural environments. *Topics in Early Childhood Special Education, 30*(3), 132–147. doi: 10.1177/0271121409349769

Sawyer, B.E. y Campbell, P.H. (2012). Early interventionists' perspectives on teaching caregivers. *Journal of Early Intervention, 34*(2), 104–124. doi: 10.1177/1053815112455363

Schenker, R., Rigbi, A., Parush, S., y Yochman, A. (2017). A survey on parent-conductor relationship: Unveiling the Black Box. *International Journal of Special Education, 32*(2), 387–412.

Schindler, H.S., McCoy, D.C., Fisher, P.A., y Shonkoff, J.P. (2019). A historical look at theories of change in early childhood education research. *Early Childhood Research Quarterly, 48*, 146–154. doi: 10.1016/j.ecresq.2019.03.004

Shannon, P. (2004). Barriers to Family-Centered services for infants and toddlers with developmental delays. *Social Work, 49*(2), 301–308. doi: 10.1093/sw/49.2.301

Silva, A.P. y Pinto, S.C. (2017). The benefits and difficulties in the elaboration and implementation of individual intervention plan in early intervention: The perspectives of Portuguese professionals. *Early Child Development and Care, 189*(6), 965–975. doi: 10.1080/03004430.2017.1359581

Stewart, S.L. y Applequist, K. (2019). Diverse families in early intervention: Professionals' views of coaching. *Journal of Research in Childhood Education, 33*(2), 242–256. doi: 10.1080/02568543.2019.1577777

Su, H., Llewellyn, G., Yi, Y., Gao, Y., y Liu, J. (2021). The feasibility of family-centred early intervention for children with disabilities in mainland China: Practitioners' perceptions. *Child: Care, Health and Development, 47*(6), 869–876. doi: 10.1111/cch.12898

Vilaseca, R.M., Galván-Bovaira, M.J., González-del-Yerro, A., Baqués, N., Oliveira, C., Simó-Pinatella, D., y Giné, C. (2018). Training needs of professionals and the Family-Centered approach in Spain. *Journal of Early Intervention, 41*(2), 87–104. doi: 10.1177/1053815118810236

Ziviani, J., Darlington, Y., Feeney, R., Rodger, S., y Watter, P. (2013). Service delivery complexities: Early intervention for children with physical disabilities. *Infants y Young Children, 26*(2), 147–163. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182854224

