



Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario

Edición preparada por:
Jesús Manuel Tejero González

171

colección
estudios

**TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LOS
ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIOSANITARIO**

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIO SANITARIO

**Edición preparada por:
Jesús Manuel Tejero González**



Ediciones de la Universidad
de Castilla-La Mancha

Cuenca, 2021

TÉCNICAS de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario / edición preparada por Jesús Manuel Tejero González.– Cuenca : Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2021

180 p. ; 24 cm.– (Estudios ; 171)

ISBN 978-84-9044-423-8

1. Investigación médica 2. Medicina – Relación médico/paciente 3. Investigación y teoría de la enfermería I. Tejero González, Jesús Manuel, ed. lit. II. Universidad de Castilla-La Mancha, ed. III. Título IV. Serie

614.253.8

614.253.5

MBGR - MBDP - MQCB

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación solo puede ser realizada con la autorización de EDICIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos – www.cedro.org), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© de los textos e imágenes: sus autores.

© de la edición: Universidad de Castilla-La Mancha.

Edita: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Colección ESTUDIOS n.º 171

ISSN: 2255-2618 / ISSN-L: 2255-2618

I.S.B.N.: 978-84-9044-423-8 (Edición impresa)

I.S.B.N.: 978-84-9044-424-5 (Edición electrónica)

D.O.I.: http://doi.org/10.18239/estudios_2021.171.00

D.L.: CU 13-2021

Diseño de la colección y de la cubierta:

C.I.D.I. (Universidad de Castilla-La Mancha)



Esta editorial es miembro de la UNE, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

Composición: Compobell, S.L.

Impresión: MG Color



Esta obra se encuentra bajo una licencia internacional Creative Commons BY-NC-ND 4.0.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra no incluida en la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0 solo puede ser realizada con la autorización expresa de los titulares, salvo excepción prevista por la ley. Puede usted acceder al texto completo de la licencia en este enlace: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Hecho en España (U.E.) – *Made in Spain (E.U.)*

ÍNDICE

Capítulo 1. Introducción al método científico. Paradigmas empíricos e interpretativos.	9
<i>J. Manuel Tejero González</i>	
Capítulo 2. La investigación-acción como método de evaluación participativa.	35
<i>M. Pilar Delgado Hito</i>	
Capítulo 3: El método Delphi.	55
<i>Mercedes Guilabert Mora</i>	
Capítulo 4. Entrevistas estructuradas, semi-estructuradas y libres. Análisis de contenido.	65
<i>Raquel Lázaro Gutiérrez</i>	
Capítulo 5. Observación participante. Historias de vida y entrevista en profundidad	85
<i>Rosa Castro Ramos</i>	
Capítulo 6. Grupos de discusión y grupos focales	103
<i>M^a Virtudes Pérez Jover</i>	
Capítulo 7. Encuestas de opinión	113
<i>Isabel María Navarro Soler</i>	
Capítulo 8. Calidad percibida y satisfacción: Cómo conocer y medir la experiencia del paciente en una organización sanitaria	145
<i>Encarnación Añó Consuegra</i>	
Capítulo 9. Identificación de evidencia científica y sus repercusiones en la práctica profesional.	165
<i>Francisco Alberto García-Sánchez</i>	

CAPÍTULO 9

IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA Y SUS REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

FRANCISCO ALBERTO GARCÍA-SÁNCHEZ
Universidad de Murcia

El concepto de práctica basada en la evidencia aparece, cada vez con más frecuencia, en contextos asistenciales y de intervención de cualquier naturaleza, también en ciencias de la educación y ciencias sociales. Esto ya es un avance dado que, hasta ahora, era un concepto del que se oía hablar solo en el terreno de las ciencias de la salud. A continuación, vamos a revisar lo que supone el concepto de “evidencia científica” y los recursos necesarios para poder valorarla y tomar decisiones sobre las prácticas de intervención más recomendables basadas en esa evidencia científica.

Como concepto, la práctica basada en la evidencia tuvo su origen en el campo de la medicina, donde empezó a utilizarse hace ya años. Profesionales y políticos se dieron cuenta de lo importante que era asegurarse, en una disciplina con tantos avances, que los médicos sumaran, a su experiencia clínica individual, la mejor evidencia clínica y científica que la ciencia fuese acumulando en cada momento. La idea de base era cubrir la necesidad de asegurar la renovación de los conocimientos y técnicas, evitando el estancamiento o deterioro de la práctica profesional. Y para ello, se definió la práctica basada en la evidencia como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual disponible en la toma de decisiones sobre la intervención que se va a planificar (Sackett, Rosemberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Biagini (2005) señaló que esta definición no se pronuncia sobre cual

es la “mejor” evidencia, si bien se aclarar después que las mejores evidencias son las que provienen de la investigación. También señaló que la definición implica un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia. Un proceso regido por unas fases que deberíamos implementar ante una problemática surgida en la práctica profesional y que son:

1. Hacer una pregunta bien construida, que delimite adecuadamente el problema de intervención que se nos ha presentado
2. Seleccionar fuentes adecuadas y fidedignas de evidencia, para obtener información relevante respecto al problema que hemos planteado
3. Llevar a cabo una estrategia de búsqueda de evidencia que abarque todas las fuentes necesarias o posibles
4. Valorar y sintetizar la evidencia localizada, con unos criterios sistematizados que nos permitan conseguir la información necesaria para tomar decisiones
5. Aplicar las decisiones tomadas a la práctica
6. Evaluar la aplicación
7. Difundir los resultados

Es fácil ver, en estas fases, un claro paralelismo con la aplicación del método científico.

La idea de que, como profesionales, debemos basar nuestra práctica de intervención en evidencia científica, e incluso de que debemos contribuir a la producción de esa evidencia científica y al avance de nuestra disciplina, es algo que está en los códigos deontológicos de todas las profesiones. Sin embargo, lo cierto es que, en la práctica profesional cotidiana, no suele ser habitual que esto se haga. En ciencias de la salud, incorporar la evidencia científica a la práctica profesional si solemos asumir que es ser algo frecuente o habitual. La sociedad así lo demanda y lo cierto es que se han habilitado recursos, como más adelante veremos, que se encargan de identificar la evidencia científica acumulada por las diferentes técnicas de intervención. Y esto facilita la tarea de toma de decisiones por parte del profesional. Porque, como todos podemos entender, la posibilidad de que cada profesional aplique el método científico, para encontrar la respuesta de intervención con mejor evidencia científica para cada problema concreto de intervención que vaya surgiéndole en la práctica profesional, no parece muy realista.

Aunque así lo recojan los códigos deontológicos de nuestras profesiones, obviamente, en el día a día del profesional, no siempre podremos aplicar el método científico para generar evidencia sobre la intervención que hacemos o pretendemos hacer. Sería utópico entender como obligatorio que todos generemos nuevas evidencias científicas y, menos aún, de todas las prácticas de intervención que llevamos a

cabo. Pero sí deberíamos sentirnos obligados a aprovechar las evidencias científicas generadas por otros profesionales e investigadores. En principio podemos pensar que, mucho más sencillo que generar, cada uno de nosotros, nuevas evidencias, será aplicar el método científico para localizar y conocer la evidencia científica generada por otros sobre la metodología de intervención que nos proponemos implementar. No obstante, en el momento que nos ponemos realmente a intentarlo nos enfrentaremos a algunos problemas más complejos de lo previsto.

Para empezar, podemos pensar que, para el objetivo de identificar la evidencia científica que avale o no una práctica de intervención, tenemos la ventaja de vivir en la sociedad de la comunicación y de la información. Una sociedad donde toda la información parece estar al alcance de cualquiera. Pero, en realidad, el acceso a la información de calidad, a esas fuentes fidedignas de información que mencionábamos en los pasos anteriormente descritos, no está tan universalizado. En el caso de la evidencia científica que queremos localizar, los resultados de la investigación de calidad solo podrán encontrarse en revistas científicas. Es en ellas donde se publican las evidencias fidedignas y de calidad, adecuadamente filtradas por los comités científicos correspondientes. Pero es aquí donde encontramos el primer problema, ya que el acceso a las revistas científicas tiene el coste económico de las suscripciones necesarias y el coste del tiempo para hacer la búsqueda de la información que necesitamos entre la multitud de oferta disponible.

Aún salvado ese primer problema, por ejemplo, a través de las bibliotecas universitarias, nos encontramos con un segundo problema no menos complicado: el de cómo identificar la “evidencia científica”, esa que delimita las buenas prácticas de intervención. Conseguirlo requiere un conocimiento específico. Porque para identificar estudios relevantes, hemos de saber identificar las características y calidad del trabajo de investigación que podamos localizar. Analicemos esta última idea con cierto detalle.

En primer lugar, debemos diferenciar entre trabajos empíricos originales y trabajos o estudios de revisión. Los trabajos empíricos originales van sumando resultados para que, en su momento, podamos decidir, cuando los analicemos en conjunto, si la metodología de intervención sobre el problema clínico, educativo o social, alcanza o no “evidencia científica”. Una investigación empírica original sobre una estrategia o técnica de intervención, por muy bien que esté realizada y por muy positivo que sea la conclusión sobre los resultados obtenidos, nunca será suficiente, por sí sola, para poder recomendar, sin más, la intervención propuesta. La ciencia no funciona así, requiere réplicas que permitan afianzar los resultados encontrados. Otra cosa distinta son los trabajos o estudios de revisión. Este tipo de trabajos si pueden concluir que efectivamente hay o no evidencia científica sobre una metodología de intervención. Para ello analizan sistemáticamente todos

los trabajos originales existentes sobre esa metodología de intervención. Entre estos trabajos de revisión están las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis.

Así pues, a la hora de lidiar con la literatura científica especializada, desde la perspectiva de querer identificar aquello que apoye o no una práctica de intervención concreta, debemos tener claros todo un conjunto de conceptos que nos permitan identificar la calidad y valía de los trabajos originales. Así, podemos hablar de distintos tipos de diseños de investigación, reconociéndoles, quizá, una mayor trascendencia a los estudios con diseño experimental, que comparan diferentes grupos de tratamientos o un grupo de tratamiento con un grupo de control, por ejemplo. Frente a ellos estarán los trabajos originales que presenten un diseño no experimental, que suelen ser estudios meramente descriptivos cuyos resultados son más difíciles de extrapolar. También podemos hablar de estudios que utilizan una estadística solo descriptiva (medias, desviaciones típicas, proporciones o porcentajes, etc.), frente a los que utilizan una estadística inferencial, más potente y que permite hablar de cierto grado de extrapolación de los resultados a otras poblaciones. Pero no solo esto, deberíamos mirar también el rigor metodológico y procedimental de cada estudio, el tamaño y la adecuación de las muestras a los objetivos planteados en el estudio, el ajuste estadístico a las características de los datos recopilados, la existencia o no de sesgos en su recopilación, etc.

En cuanto a los trabajos de revisión en ciencia, debemos saber que constituyen en sí mismos una investigación científica, donde se aplican las mismas normas de rigor científico que en la investigación original. En este sentido, deben respetar unos criterios de sistematización, de objetividad y de replicabilidad. Estos criterios los cumplen los estudios que denominamos revisiones sistemáticas y los que denominamos meta-análisis. Pero debemos saber que podemos encontrar, en la literatura científica, otros tipos de estudios de revisión, que no reúnen estas normas rigor científico. Entre estos otros estudios encontramos los ensayos teóricos o revisiones subjetivas, las revisiones narrativas y las revisiones sumativas (Dunst, 2016). Todas ellas, aún siendo interesantes, reflejan siempre la opinión directa de sus autores, los cuales no han sido sistemáticos, sino interesados, en la revisión realizada de la literatura. Por lo tanto, para decidir si una metodología o estrategia de intervención cuenta o no con evidencia científica, deberemos buscar los trabajos de revisión sistemática o meta-análisis realizados sobre ella. Estos dos tipos de trabajos se caracterizan por definir de forma objetiva y clara su objeto de estudio, los criterios por los que han seleccionado los estudios empíricos originales revisados, especificar la forma en que se han buscado e identificado esos estudios, para luego registrar sus características, integrar y sintetizar sus resultados y concluir, sobre la metodología de intervención, en base a todo ello.

A continuación, presentamos una gráfica (ver Figura 1) en la que pretendemos reflejar como, en un continuo de evidencia científica, vamos ganando evidencia según avanzamos en complejidad del tipo de estudio original, por un lado, y según avanzamos en el rigor y científicidad del tipo de síntesis o revisión realizada sobre los estudios originales.

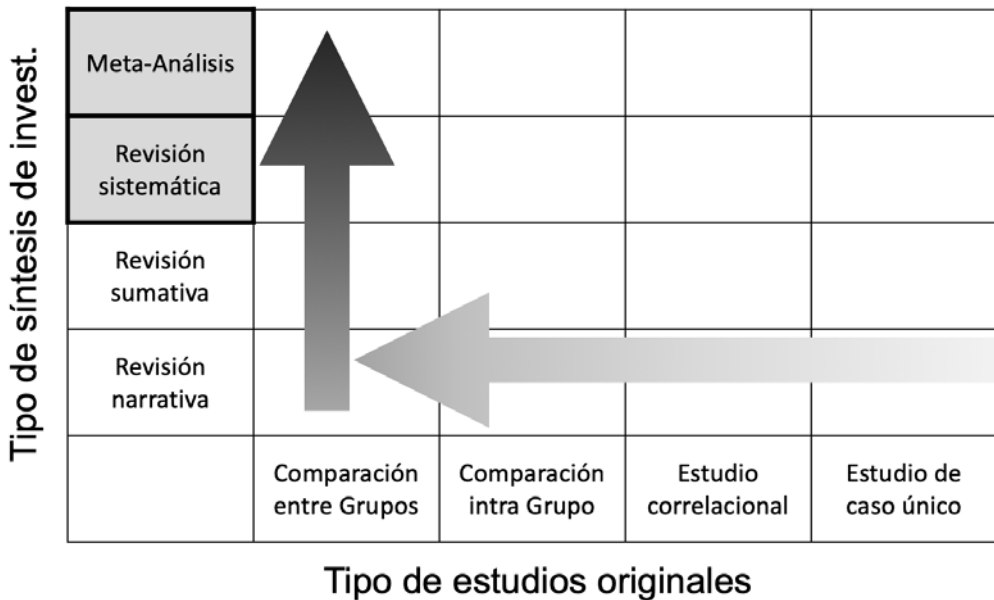


Figura 1. Evolución de la evidencia según tipo de estudio original y tipo de síntesis de investigación realizada

Adaptada de Dunst, C. J. (2016). Role of research syntheses for identifying evidence-based early childhood intervention practices. En B. Reichow, B. A. Boyd, E. A. Bafton & S. L. Odom (Eds.). *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 541-563). Springer International Publishing Switzerland.

Recapitulando lo que hasta ahora hemos ido comentando, podemos aceptar que tanto investigadores como clínicos deberían guiar su práctica cotidiana por los resultados de la evidencia científica. En base a ello, podemos aceptar también, como no puede ser de otra manera, que deberíamos sentirnos obligados a innovar, a cambiar y actualizar nuestro quehacer profesional según los avances científicos contrastados. Estas ideas están en nuestro código deontológico. Las disciplinas de ciencias de la salud se supone que lo hacen. De alguna forma se lo exige la sociedad. Esa misma sociedad que, quizá, haya sido, por lo menos hasta ahora, más complaciente o menos exigente con las disciplinas del campo educativo y social.

Algo que no debería ser así, ya que también en disciplinas como la intervención en atención temprana, la intervención social, la intervención educativa desde la psicología de la educación o desde la pedagogía, deberíamos sentirnos igualmente comprometidos con esas ideas.

Pero ¿cómo lo haríamos, si hay tanto que mirar y tanto donde mirar? Más aún, no solo es cuestión de analizar el nivel de evidencia científica, sino que, identificado dicho nivel, hay que concluir sobre cuales son las recomendaciones de intervención que se desprenden de los resultados de la investigación científica. Porque, el nivel de evidencia científica lo obtenemos cuando, como hemos señalado, analizamos el tipo y rigor de la revisión realizada y de los estudios originales en ella revisados. Pero la conclusión sobre las recomendaciones de intervención implica un paso más, que requiere analizar conjuntamente la calidad de la evidencia y la relación entre beneficios y peligros, efectos secundarios o costes de la intervención.

Pensemos en algún ejemplo, como puede ser el de la intervención en atención temprana o en el campo educativo. Cuando hablamos de analizar costes de intervención, nunca pensaremos solo en los económicos, sino también en el coste social o de calidad de vida individual y familiar. Ni tampoco, posiblemente, encontremos efectos secundarios al estilo de los que podemos encontrar en los tratamientos médicos. Aunque, no por ello, los posibles efectos secundarios puedan ser menos importantes desde el punto de vista de tiempo, transcendencia para el futuro de la persona, integridad de la unidad familiar y esa calidad de vida personal y familiar.

Lo cierto es que, en el sistema sanitario, para cualquier profesional individual, es relativamente fácil encontrar los niveles de evidencia científica y las recomendaciones de intervención para cualquier problema de intervención que nos planteemos en la práctica. Desde hace décadas vienen existiendo diferentes instituciones, norteamericanas y europeas, encargadas de velar por identificar y hacer visibles estas recomendaciones (Primo, 2003).

En Estados Unidos, encontramos instituciones como el *United States Preventive Services Task Force* o la *Agency for Healthcare Research and Quality*. Según indica su propia web, el *United States Preventive Services Task Force* (www.uspreventiveservicestaskforce.org), creado en 1984, es un panel independiente y voluntario de expertos nacionales en prevención de enfermedades y medicina basada en la evidencia. El *Task Force* trabaja para mejorar la salud de todos los estadounidenses al hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre los servicios clínicos preventivos. La *Agency for Healthcare Research and Quality* depende del Department of Health and Human Services de Estados Unidos. Igual que en la agencia anterior, en su web (www.ahrq.gov) podemos encontrar recomendaciones de pautas clínicas solidas, amparadas en la revisión de la investigación y, por lo tanto, basadas en la evidencia científica.

También en Europa encontramos instituciones de este tipo, como la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (www.sign.ac.uk) o el *Center for Evidence-Based Medicine*, con sede en el Departamento de Ciencias de la Salud de Atención Primaria de Nuffield, en la Universidad de Oxford (www.cebm.net). La primera de ellas, se fundó en 1993 y tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención médica para los pacientes en Escocia, mediante la reducción de la variabilidad en la práctica y el resultado, a través del desarrollo y la difusión de guías clínicas nacionales que contienen recomendaciones para una práctica efectiva basada en la evidencia científica actual. El centro para el desarrollo de una medicina basada en la evidencia de la Universidad de Oxford trabaja, igualmente, para promover y diseminar la mejor evidencia para el cuidado de la salud.

En España, disponemos también de una agencia de este tipo en Cataluña: la *Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya* (AQuAS) (aquas.gencat.cat/), antes *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*, vinculada como empresa pública al Servicio Catalán de la Salud de la Generalitat de Catalunya y que ha estado funcionando desde 1994. Entre sus objetivos esta, desde el principio, procurar que la introducción, adopción, difusión y utilización de las tecnologías médicas (equipos, fármacos y dispositivos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria) se haga de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia científicamente demostrados. Para ello, ofrece publicaciones del tipo de informes de evaluación, notas técnicas, boletines informativos, además de memorias anuales y artículos publicados en revistas biomédicas.

Por otro lado, el profesional de la salud también dispone de otras fuentes como revistas secundarias o de resúmenes. Junquera, Baladrón, Albertos y Olay (2003) resumían algunas de ellas, que ya son clásicas, como el *American College of Physicians Journal Club* (www.acpjc.org), que dejó de publicarse en 2008; el *Evidence Based Medicine del British Medical Journal* (ebm.bmj.com); la revista *Evidence-Based Practice de Family Physicians Inquiries Network*, distribuida en la actualidad por Wolters Kluwer (journals.lww.com/ebp), entre otras. En muchos casos se trata de revistas que seleccionan y resumen, con criterios de medicina basada en la evidencia, las mejores publicaciones de cada momento.

Con todos estos recursos, en ciencias de la salud resulta fácil encontrar tablas que gradúan, de acuerdo a una serie de criterios, el nivel de evidencia científica de los estudios disponibles sobre una determinada práctica de intervención. Por ejemplo, la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, valora con un nivel de evidencia 1++ las prácticas que cuentan con meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos. Reduce esa valoración a 1+ cuando se cumplen los criterios anteriores pero los meta-análisis disponibles no son de gran calidad o los

ensayos clínicos aleatorizados presentan riesgos de sesgo, aunque sean bajos. Y de ahí, va reduciendo el nivel de evidencia que otorga a una práctica concreta, llegando a un nivel 3 de evidencia cuando la práctica solo cuenta con estudios no analíticos, como observaciones clínicas y series de casos; o un nivel 4 de evidencia, cuando la práctica solo cuenta con el respaldo de opiniones de expertos.

Así, cada una de las agencias que mencionamos, con ciertas diferencias entre unas y otras, pero con unos principios rectores y de procedimiento siempre similares, gradúan el nivel de evidencia de cada procedimiento de intervención, teniendo en cuenta el tipo y la calidad de los estudios disponibles. A partir de ahí, se da aún un paso más, valorando la calidad de la evidencia para la intervención y graduando su recomendación o no de implementación. Para ello, no solo se tiene en cuenta la calidad científica de la evidencia, sino también el beneficio neto de la práctica sobre el paciente y su salud. Por ejemplo, el *United States Preventive Services Task Force* plantea que, si la calidad de la evidencia es buena y el beneficio neto es sustancial, superando ampliamente los posibles prejuicios si los hubiera, se valorará la práctica como “extremadamente recomendable”. Pero cuando la evidencia se queda en ser buena o moderada y el beneficio neto es sustancial o al menos moderado, pero siempre superando posibles perjuicios, se valoraría la práctica como solo “recomendable”. Por supuesto, una práctica podría plantearse también como “desaconsejada”, que sería el caso de encontrar que hay buena o moderada evidencia de que el beneficio neto es nulo o negativo. O simplemente plantearla como “ni recomendable ni desaconsejable”, cuando hay buena o moderada evidencia, pero de un beneficio neto pequeño. Por último, se valorará la intervención en cuestión como con “evidencia insuficiente”, cuando la calidad de la evidencia sea mala para cualquier grado de beneficio neto de la intervención.

Como vemos, en ciencias de la salud parece que hemos encontrado una fórmula para dirimir, con éxito, las dudas que genera el concepto de práctica basada en la evidencia. Pero ¿y en los campos educativos y sociales? Está claro que no tenemos el tipo de recursos que hemos descrito. Pero, aún así, ¿podríamos recurrir a estrategias similares? Analicemos posibilidades centrándonos en un campo concreto, como puede ser el de la Atención Temprana.

Actualmente, la definición de Atención Temprana que más se considera en España es la que propuso en 2000 el libro blanco de la disciplina (GAT, 2000): Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales con orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT, 2000). En 2010,

la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, al analizar los progresos y desarrollos de la disciplina en Europa, definía la Atención Temprana como el conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un momento determinado de la vida del niño, que abarcan cualquier acción cuando el niño necesita: un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2010).

En ambas definiciones, a pesar de sus diferencias, se empieza por reconocer un conjunto posible de intervenciones. La pregunta que nos deberíamos hacer es si todas ellas cuentan con el respaldo de una evidencia científica de calidad y una constatación de beneficios que avale la recomendación de la implementación de cada una de esas intervenciones. De hecho, en la actualidad, estamos viviendo una importante transformación en las prácticas de nuestros profesionales. Poco a poco se quiere abandonar el paradigma de intervención ambulatoria y clínica, muy arraigado en nuestro país, centrado casi exclusivamente en las necesidades del niño detectadas desde la figura de un profesional experto. A cambio, se va fomentando el paradigma de una intervención centrada en la familia y desarrollada en el entorno natural del niño. Una intervención preocupada por proporcionar y aprovechar, para los niños, experiencias y oportunidades de aprendizaje contextualizadas en sus rutinas diarias. Como se viene resaltando, estas nuevas prácticas de intervención centradas en la familia cuentan con la evidencia científica que las avala (Dunst & Espe-Sherwindt, 2016; Dunst, Trivette & Hamby, 2007; García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-Lopez, Orcajada, & Hernández-Pérez, 2014) y promueven la adquisición y desarrollo de las propias competencias de los cuidadores principales, para que los niños y sus familias puedan participar de manera significativa con los demás y en su entorno natural (Adams & Tapia, 2013). En la recomendación de estas prácticas ha influido, determinadamente, los descubrimientos de las neurociencias sobre como se desarrolla y configura la arquitectura definitiva del sistema nervioso del niño desde su nacimiento y a través de las influencias ambientales (Center on the Developing Child at Harvard University, 2011; García-Sánchez, 2019; Kolb, Harker & Gibb, 2017; Tierney & Nelson, 2009; National Scientific Council on the Developing Child, 2007). Por supuesto, también los avances en la comprensión de la evolución del niño y la importancia del entorno en su desarrollo (Guralnick, 2006, 2010).

Lo primero que tenemos que decir es que, para Atención Temprana, no contamos con la variedad de instituciones específicas, como las descritas para ciencias de la salud, que se dediquen identificar y recomendar estrategias de

intervención basadas en la evidencia científica. Con todo, algo han hecho en este sentido, para el campo de la Atención Temprana y el de las ciencias de la educación, algunas instituciones y asociaciones internacionales. La más destacada, posiblemente, ha sido la *Division for Early Childhood* del *Council for Exceptional Children*. En 2014 publicaron un conjunto de prácticas recomendadas, para guiar a profesionales y familiares sobre las maneras más efectivas de mejorar los resultados de aprendizaje y promover el desarrollo de niños menores de 5 años que tienen o corren el riesgo de tener retrasos en el desarrollo o discapacidades. Este conjunto de prácticas recomendadas, que ahora encontramos también traducido al castellano, fue identificado por un grupo de expertos encargado de revisar las evidencias científicas acumuladas hasta el momento (División de la Infancia Temprana, 2014). La conclusión de este grupo de expertos fue recomendar unas prácticas que se mueven siempre dentro del paradigma de una intervención centrada en la familia y desarrollada en entornos naturales del menor.

Pero lo que queremos remarcar es que, en una disciplina multidimensional, como es la Atención Temprana, la tarea de identificar las prácticas recomendadas es, quizá, especialmente compleja. Hace ya varias décadas, Guralnick (1997) señalaba la dificultad de identificar la eficacia en los programas de intervención en Atención Temprana, cuando dicha eficacia puede depender y verse afectada por múltiples dimensiones: metas y resultados que podemos evaluar, características de los propios programas de intervención y características de los implicados en dichos programas, que no son solo los niños, sino también las familias y los propios profesionales de cuya intervención y calidad de interacción con los cuidadores principales del niño dependerá también el éxito conseguido.

Como vemos, a la hora de valorar la eficacia de la intervención y llevar a cabo una recomendación sobre las prácticas a desarrollar en Atención Temprana, son muchas y diferentes las dimensiones a considerar. Además de evaluar la evidencia científica de los estudios empíricos originales publicados, la recomendación de unas prácticas de intervención centradas en la familia llega desde diferentes frentes. Cada uno de ellos ha ido aportando y sigue aportando resultados y conclusiones a favor de estas prácticas. Cada uno de esos resultados constituyen una contribución más para ir clarificando el complejo panorama del problema de intervención que tenemos en frente en cada uno de los casos de necesidades de AT. Así, encontramos en la literatura diferente evidencia científica que apoya, directa o indirectamente, las prácticas de intervención centradas en la familia. Pongamos algunos ejemplos a partir de revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis realizados con diferentes objetivos:

- Se ha constatado que estas prácticas consiguen mejorar la conducta del niño, incluso en niños con trastornos del espectro autista (Baril & Humphreys, 2017; Fettig & Barton, 2014).
- Se ha constatado que estas prácticas mejoran las habilidades de comunicación del niño (Chorna, Hamm, Cummings, Fetters & Maitre, 2017; Roberts & Kaiser, 2011; Te Kaat-van den Os, Jongmans, Volman & Louteslager, 2017).
- Para la intervención de determinados objetivos motores, se ha constatado que se obtienen mejores resultados trabajando objetivos funcionales en entorno, verdaderos objetivos para el funcionamiento y la participación de cada niño específico en su entorno natural, que llevando a cabo una intervención activa por parte del profesional sobre el niño (Novak, McIntyre, Morgan, Campbell, Dark, Morton, et al., 2013).
- De hecho, técnicas específicas, como la terapia de movimiento inducido por restricciones en niños con hemiplejía, que puede desarrollarse en el entorno natural del menor, consiguen los mismos resultados que métodos tradicionales llevados a cabo de forma ambulatoria (Chiu & Ada, 2016; Huang, Fetters, Hale & McBride, 2009).
- Por otro lado, se ha constatado que no hay evidencia de que un mayor número de sesiones de intervención o una mayor duración de esas sesiones mejoren significativamente los resultados en el niño con parálisis cerebral (Cope & Mohn-Johnsen, 2017).
- Por otro lado, se ha constatado evidencia científica de que las prácticas de intervención centradas en la familia satisfacen a las familias y aumentan su sensación de autocompetencia, lo cual es un resultado que repercute en beneficio del niño (Dempsey & Keen, 2008; Dunst, Trivette & Hamby, 2007).
- Igualmente se ha constatado que estas prácticas consiguen, efectivamente, mejorar las competencias de los cuidadores principales en relación al cuidado de los niños y a potenciar su desarrollo evolutivo (Dunst, Trivette & Hamby, 2007; Jeong, Pitchik, & Yousafzai, 2018).
- Además, se ha constatado también que la intervención a través de prácticas centradas en la familia en Atención Temprana es válida para distintas características culturales y demográficas (Dempsey & Keen, 2008; Jeong, Pitchik, & Yousafzai, 2018; Munns, Watts, Hegney & Walker, 2016).

No hemos entrado en valorar la mayor o menor calidad y rigurosidad de los estudios de revisión enumerados y, mucho menos, de la calidad de los trabajos originales que cada uno de ellos analiza. Tampoco hemos sido exhaustivos ni sistemáticos a la hora de seleccionar los estudios de revisión incluidos en los puntos anteriores.

Hay muchos más trabajos de revisión que apoyan las prácticas de intervención centradas en la familia en Atención Temprana y, posiblemente, algunos serán incluso más representativos o determinantes en sus conclusiones. Pero el listado presentado creemos que es suficiente para ejemplificar la dificultad que tenemos para concluir sobre la eficacia de una intervención en disciplinas multidimensionales, como es la Atención Temprana, pero también la intervención educativa y social.

Solo después de integrar los resultados de todas estas revisiones sistemáticas y meta-análisis encontrados en la literatura científica reciente, junto con otros muchos similares no citados aquí por falta de espacio y de tiempo, estamos en condiciones de para llegar a la conclusión de:

- recomendar unas prácticas de intervención centradas en la familia en Atención Temprana;
- recomendar trabajar objetivos verdaderamente funcionales para el niño y su familia en su entorno natural, objetivos centrados en mejorar el funcionamiento y la participación del niño en sus actividades y rutinas diarias, en su entorno y con su familia;
- recomendar organizar la intervención para potenciar y desarrollar las competencias propias de los cuidadores principales del menor, para que puedan identificar y aprovechar oportunidades de aprendizaje contextualizadas que se dan en el entorno natural y en sus rutinas diarias;
- recomendar fomentar una intervención mediada por esos cuidadores principales en su entorno natural;
- recomendar utilizar estrategias de coaching, adaptadas a las necesidades de la intervención en Atención Temprana, para acompañar y competenciar a los cuidadores principales del niño;
- y recomendar trabajar con los cuidadores principales fomentando su reflexión y ofreciéndoles un feedback sobre sus interacciones con el niño y un apoyo efectivo en sus necesidades y prioridades.

A partir de este momento, cuando hemos sumado todos esos resultados de evidencia científica multidimensional, los cuales nos van clarificando diferentes detalles y pormenores de las prácticas que han de ser recomendadas, es cuando podremos recurrir a analizar ensayos teóricos y revisiones narrativas de autores que defiendan este tipo de prácticas. Estas otras revisiones de autor, centradas ya en la temática y no directamente en concluir sobre su evidencia científica, nos ayudarán entender mejor las dinámicas a realizar en esas prácticas recomendadas y sus estrategias de implementación más efectivas.

Como vemos, la tarea de identificar las prácticas recomendadas en campos educativos y sociales, a partir del análisis de la evidencia científica acumulada y de las complejas relaciones costes-beneficios que en estos campos se pueden dar, no es sencilla. Desde luego, es una tarea excesivamente compleja para que la realice cada profesional por separado. Pero no por ello hemos de eludir el reto. Una vez identificada la tarea a realizar, teniendo como modelos disciplinas que lo han conseguido y siendo cierto que no podemos considerarlo un reto para el profesional individual, debemos aceptar el reto de forma colectiva y buscar la manera de articular los recursos necesarios para alcanzar el objetivo. En este sentido, debemos demandar a las sociedades científicas y profesionales de disciplinas educativas y sociales que prioricen esta tarea dentro de sus objetivos y elaboren las orientaciones y recomendaciones oportunas sobre las prácticas recomendada a realizar en base a la evidencia científica. Simultáneamente, como sociedad, deberíamos cambiar para mostrarnos igual de exigentes con los profesionales de las ciencias educativas y sociales, como ya lo hacemos con los profesionales de las ciencias de la salud. Todos los pasos contribuirán a avanzar en el objetivo necesario. Y para empezar, la propia Universidad, como institución docente, deberá velar por incorporar la evidencia científica en los contenidos de formación que se imparten en grados y postgrados.

REFERENCIAS

- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (2019). Servicio Catalán de Salud. <http://www.aatm.es/>
- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana. Progresos y Desarrollo 2005-2010*. Bruselas: Dirección General de Educación y Cultura de la Comisión Europea.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2018). *Clinical Guidelines and Recommendations*. Contenido actualizado en julio 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/index.html>
- Adams, R. C. & Tapia, C. (2013). Early Intervention, IDEA Part C Services, and the Medical Home: Collaboration for Best Practice and Best Outcomes. *Pediatrics*, 132, e1073-e1088. doi:10.1542/peds.2013-2305.
- Baril, E. M., & Humphreys, B. P. (2017). An Evaluation of the Research Evidence on the Early Start Denver Model. *Journal of Early Intervention*, 1-18. doi: 10.1177/1053815117722618.
- Biagini, L. (2005). La evidencia y el proceso de toma de decisiones (editorial). *Revista de Medicina de Chile*, 133, 871-873.

- Center on the Developing Child at Harvard University. (2011). *Building the Brain's 'Air Traffic Control' System: How Early Experiences Shape the Development of Executive Function: Working Paper # 11*. <http://developingchild.harvard.edu/resourcecategory/reports-and-working-papers/>
- Chiu, H. C., & Ada, L. (2016). Constraint-induced movement therapy improves upper limb activity and participation in hemiplegic cerebral palsy: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 62(3), 130–137. doi: 10.1016/j.jphys.2016.05.013.
- Chorna, O., Hamm, E., Cummings, C., Fetters, A., & Maitre, N. L. (2017). Speech and language interventions for infants aged 0 to 2 years at high risk for cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(4), 355–360. doi: 10.1111/dmcn.13342
- Cope, S., & Mohn-Johnsen, S. (2017). The effects of dosage time and frequency on motor outcomes in children with cerebral palsy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 20(6), 376–387. doi: 10.1080/17518423.2017.1282053
- Dempsey, I., & Keen, D. (2008). A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in Early Childhood Special Education*, 28(1), 42–52. doi: 10.1177/0271121408316699.
- División de la Infancia Temprana (2014). *Prácticas recomendadas de la DEC para intervenciones y educación especial a temprana edad*. Council for Exceptional Children. Extraído de <https://www.dec-sped.org/dec-recommended-practices>
- Dunst, C. J. (2016). Role of research syntheses for identifying evidence-based early childhood intervention practices. En Reichow, B., Boyd, B.A., Bafton, E.A. & Odom, S.L. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Special Education* (pp. 541–563). Springer International Publishing Switzerland.
- Dunst, C. J., & Espe-Sherwindt, M. (2016). Family-centered practices in early childhood intervention. In B. Reichow, B. A. Boyd, E. E. Barton, & S. L. Odom (Eds.), *Handbook of early childhood special education* (pp. 37–55). Switzerland: Springer International. doi: 10.1007/978-3-319-28492-7_3
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 370–378. doi: 10.1002/mrdd.20176.
- Fettig, A., & Barton, E. E. (2014). Parent Implementation of Function-Based Intervention to Reduce Children's Challenging Behavior: A Literature Review. *Topics in Early Childhood Special Education*, 34(1), 49–61. doi: 10.1177/0271121413513037
- García-Sánchez, F. A. (2019). Neurociencias y Atención Temprana. En C. Escorcía & L. Rodríguez-García (Eds.). *Atención Temprana centrada en la familia y en entornos naturales: Bases conceptuales y prácticas*. Madrid: UNED.

- García-Sánchez, F. A., Escorcía, C. T., Sánchez-Lopez, M. C., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero*, 45(3), 6–27. Recuperado de <http://sid.usal.es/20896/8-2-6>
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guralnick, M. (1997). *The effectiveness of Early Intervention*. Baltimore: Paul H. Brokes Publishing.
- Guralnick, M. (2006). Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of early childhood development* (pp. 44–61). Oxford, UK.
- Guralnick, M. J. (2010). Why Early Intervention Works A Systems Perspective. *Infant and Young Children*, 24(1), 6–28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe
- Huang, H.-H., Fetters, L., Hale, J., & McBride, A. (2009). Bound for success: a systematic review of constraint-induced movement therapy in children with cerebral palsy supports improved arm and hand use. *Physical Therapy*, 89(11), 1126–1141. doi: 10.2522/ptj.20080111
- Jeong, J., Pitchik, H. O., & Yousafzai, A. K. (2018). Stimulation Interventions and Parenting in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 141(4), e20173510–17. doi: 10.1542/peds.2017-3510.
- Junquera, L.M., Baladrón, J., Albertos, J.M. & Olay, S. (2003). Medicina basada en la evidencia. Ventajas. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 25(5), 265-272.
- Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(12), 1218–1223. doi: 10.1111/dmcn.13546
- Munns, A., Watts, R., Hegney, D., & Walker, R. (2016). Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(10), 167–208. doi: 10.11124/JBIS-RIR-2016-003166
- National Scientific Council on the Developing Child (2007). *The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper #5*. <http://developingchild.harvard.edu/resourcecategory/reports-and-working-papers/>
- Novak, I., Mcintyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., et al. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: the state of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 55(10), 885–910. doi: 10.1111/dmcn.12246.

- Primo, J. (2003). Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*, 2(2), 39-42.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180–199. doi: 10.1044/1058-0360(2011/10-0055).
- Sackett, D., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-2.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2019) perteneciente a Healthcare Improvement Scotland, Edimburgh. <https://www.sign.ac.uk>
- Te Kaat-van den Os, D. J. A., Jongmans, M. J., Volman, M. J. M., & Louteslager, P. E. M. (2017). Parent-Implemented Language Interventions for Children with a Developmental Delay: A Systematic Review. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 46(2), 138–9. doi: 10.1111/jppi.1218.
- Tierney, A. L., & Nelson-III, C. A. (2009). Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three*, November, 9–13.
- U.S. Preventive Services Task Force (2018) *Home*. Contenido actualizado en octubre 2018. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

