



---

**Universidad de Valladolid**

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TESIS DOCTORAL

**VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE  
DEPENDENCIA INFANTIL EN ATENCIÓN  
TEMPRANA: DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE  
VALORACIÓN ESPECÍFICA (EVE) EN MENORES  
DE 3 AÑOS**

Presentada por M<sup>a</sup> ÁNGELES VIFORCOS FERNÁNDEZ  
para optar al grado de

*Doctora por la Universidad de Valladolid*

Dirigida por:  
Dr. D Benito Arias Martínez  
Dra. Dña. M<sup>a</sup> Jesús Irurtia Muñiz

Junio, 2016



A Alberto:

... porque ha mostrado una gran dosis de paciencia y acompañamiento en las horas de trabajo en las que he perdido la conciencia del tiempo.

A Víctor:

... porque ha sido un estímulo para mí y a “su manera de adolescente” ha sabido entender los momentos de estudio de su madre. Estoy muy orgullosa de ti.

A mi madre y mi abuela:

... son un apoyo constante, me han animado continuamente para que por fin terminara “el libro”, como decía mi abuela.

## AGRADECIMIENTOS

Cuando se comienza la labor de iniciar una investigación el tiempo pasa más deprisa, pues siempre hay algo que hacer y mejorar y parece que nunca acaba, pero cuando se llega al final es cuando uno se percata de que este trabajo se ha realizado gracias al apoyo de muchas personas que me han ido aportando su ayuda y aliento en los diferentes momentos de su larga realización. Sin ellas todo este esfuerzo habría sido menos llevadero.

Ha acudido a mi rescate Don Benito Arias. Muchas gracias por darme el empujón definitivo, por escucharme. Hace mucho que nos conocemos, y el tiempo ha agudizado tu conocimiento y tu sentido del humor así como tu parquedad, que sentencia, da aplomo y seguridad.

Agradezco a Chus que me haya ayudado en mi labor docente y que me haya animado a iniciar esta aventura. Ha sido el motor para iniciar este trabajo.

Agradezco enormemente a todo el equipo de trabajo del Centro Base de Valladolid su apoyo y ánimo, especialmente a los compañeros de atención temprana y a la directora, así como al Gerente de Servicios Sociales y a la Jefe de Servicio de Autonomía Personal y Atención a Personas con Discapacidad, que desde el principio mostraron interés por este estudio, autorizándolo, apoyándolo y facilitando su realización.

Doy las gracias a Juanmi por su trabajo, que ha repercutido en el mío ya que puso en marcha el mecanismo informático para obtener un montón de datos que han sido la parte central del estudio.

A los amigos que me han animado y divertido para tener momentos de relax y también a los que me han entendido. Gracias a Bea y especialmente a Roberto, que me ha ayudado a encontrar el rumbo. Tu generosidad y conocimientos han sido importantes para mí.

En último lugar, pero desde luego no menos importante, quiero destacar al grupo de niños y sus familias que acuden a los centros base, llenos por un lado de miedos y por otro de esperanza, buscando en muchas ocasiones un apoyo y aliento al duro trabajo de criar a un niño que tiene dificultades en su desarrollo. Gracias a todos, pues sin duda esta investigación no se hubiera llevado a cabo si no hubiera tenido la oportunidad de conocerlos y espero que de ayudarles.

## PRECISIONES

### RESPECTO AL USO DEL LENGUAJE

Tal y como se menciona en las reglas para el uso de un lenguaje no sexista, lo conveniente sería hacer mención a ambos géneros cuando nos referimos a niños y niñas, pero hemos optado por utilizar el uso del masculino genérico en todos aquellos términos y expresiones que admiten ambos géneros con el objetivo de evitar que la escritura y lectura sea algo más tediosa.

### NORMAS DE PUBLICACIÓN

Hemos tratado de ajustarnos, con alguna excepción de menor importancia, a las normas de publicación recomendadas en la 6ª edición del Manual de Publicaciones de la APA (*American Psychological Association, 2009*).

## **RESUMEN**

En esta investigación se realiza un análisis de la escala de valoración de la situación de dependencia en niños y niñas menores de tres años, denominada Escala de Valoración Específica (EVE). Se crea como consecuencia de la Ley 39/2006 de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Ofrece la posibilidad de valorar si un menor está o no en situación de dependencia, y en este caso, el grado que le corresponde: uno (dependencia moderada), dos (dependencia severa) y tres (gran dependencia). La escala mide, a través de la observación, el funcionamiento esperado de un menor en comparación con otros de la misma edad. Se utilizan dos tipos de actividades: motriz y adaptativa, cada una de las cuales consta de 19 ítems. Se aportan evidencias, desde la práctica para describir el funcionamiento de la escala, a través de un diseño no experimental con metodología descriptiva y con una muestra de niños valorados en Castilla y León. Se presentan datos de la fiabilidad basada en la consistencia interna, de la validez basada en el contenido de la escala y en el aspecto externo, así como evidencias de la sensibilidad y especificidad de la EVE.

## **ABSTRACT**

This research performs an analysis of the rating scale for the situation of dependence of children under the age of three, called Specific Rating Scale (EVE, in its Spanish acronym). It was created as a result of the Law 39/2006 for the Promotion of Personal Autonomy and the Support of Dependent Persons. It provides the possibility to assess if a minor is or is not in situation of dependence, and in that case, in which degree: One (moderate dependency), two (severe dependency) and three (high dependency). The scale measures, through observation, the functioning of a minor compared to others of his same age. Two types of activities are measured: motor and adaptive, each of them constituted by 19 items. Evidence of the functioning of the scale is provided to describe the functioning of the scale from practice through a non-experimental design with descriptive methodology and a sample of children assessed in Castile and Leon. The properties of the measurement are analyzed, and for that reason it includes data about its reliability based in internal consistency, and about the validity of the scale's content, as well as information about its sensibility and specificity.

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>iv</b>
<b>PRECISIONES</b> .....	<b>v</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>vii</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	<b>x</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>xiv</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>16</b>
1. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA.....	16
2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	17
3. DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN .....	18
<b>BLOQUE 1: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 1.- LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN MENORES DE 3 AÑOS</b> ..	<b>21</b>
1.1. INTRODUCCIÓN .....	21
1.2. CONCEPTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA .....	26
1.2.1. Introducción .....	26
1.2.2. Aproximaciones al concepto de situación de dependencia.....	28
1.2.3. Dependencia y edad: Dependencia en la infancia.....	31
1.2.4. Otros conceptos relacionados con la situación de dependencia.....	34
1.3. LA LEY 39/2006 COMO MARCO NORMATIVO BÁSICO .....	38
1.4. EL REAL DECRETO 174/2011 SOBRE EL BAREMO DE LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA .....	42
1.5. LA NUEVA VISIÓN DE LA OMS SOBRE LA DISCAPACIDAD: CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD .....	44
1.5.1. Introducción .....	44
1.5.2. Dependencia y Discapacidad .....	45
1.5.3. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud en la Infancia y la Adolescencia: CIF-IA .....	49
1.5.4. Dependencia y Actividades de la Vida Diaria (AVD).....	53
1.6. CASTILLA Y LEÓN EN CIFRAS DE DEPENDENCIA .....	55
<b>CAPÍTULO 2.- ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA (EVE) EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS</b> .....	<b>59</b>
2.1. INTRODUCCIÓN .....	59
2.2. ALGUNOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.....	59
2.3. LA ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA EVE.....	64
2.3.1. Introducción .....	64
2.3.2. Proceso de creación de la EVE .....	66
2.3.3. Contenidos del instrumento de valoración.....	70
2.3.4. Características Métricas: Estudio piloto .....	80
2.3.5. Características de aplicación.....	91
2.3.6. Puntuación que determina el grado de dependencia .....	92

2.3.7. Versión final de la EVE .....	93
<b>CAPÍTULO 3.- LEY DE DEPENDENCIA Y ATENCIÓN TEMPRANA .....</b>	<b>96</b>
3.1. INTRODUCCIÓN .....	96
3.2. LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS PEQUEÑOS EN ATENCIÓN TEMPRANA	97
3.2.1. Concepto .....	97
3.2.2. Objetivos y Principios.....	100
3.2.3. Modelos de intervención.....	103
3.2.4. Algunos instrumentos de valoración del desarrollo infantil .....	106
3.2.5. Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) .....	111
3.3. LA ATENCIÓN TEMPRANA A PARTIR DE LA LEY 39/2006 .....	114
3.3.1. Introducción .....	114
3.3.2. Ley 39/2006 y Atención Temprana .....	115
3.3.3. Planes de Atención Integral a los menores de tres años. ....	118
3.4. ATENCIÓN TEMPRANA EN CASTILLA Y LEÓN .....	123
3.4.1. Introducción .....	123
3.4.2. Integración en Servicios Sociales .....	123
3.4.3. Reconocimiento de la situación de dependencia en menores de tres años en Castilla y León .....	125
3.4.4. Implicaciones para la familia tras el reconocimiento de la situación de dependencia: El Servicio de Atención Temprana.....	126
3.4.5. Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León. ....	131
<b>BLOQUE 2: MARCO METODOLÓGICO Y ESTUDIO EMPÍRICO .....</b>	<b>137</b>
<b>CAPÍTULO 4.- ENFOQUE METODOLÓGICO.....</b>	<b>138</b>
4.1. INTRODUCCIÓN .....	138
4.2. ENFOQUE METODOLÓGICO .....	138
4.3. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS DE UNA ESCALA....	140
4.3.1. Validez .....	141
4.3.2. Fiabilidad .....	143
4.3.3. Sensibilidad y especificidad.....	144
<b>CAPÍTULO 5.- ESTUDIO EMPÍRICO .....</b>	<b>149</b>
5.1. OBJETIVOS.....	149
5.2. HIPÓTESIS.....	149
5.3. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	150
5.4. MUESTRA.....	151
5.4.1. Descripción muestra general.....	152
5.4.2. Descripción muestra Centro Base de Valladolid .....	177
<b>CAPÍTULO 6.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVE .....</b>	<b>190</b>
6.1. INTRODUCCIÓN .....	190
6.2. EVIDENCIAS DE VALIDEZ .....	190
6.2.1. Poder discriminativo de las variables de la EVE.....	190
6.2.2. Análisis de las opciones de respuesta .....	193
6.2.3. Correlación con un criterio .....	197
6.3. EVIDENCIAS SOBRE LA FIABILIDAD.....	203
6.3.1. Actividad adaptativa y motriz.....	203
6.3.2. Grado de desarrollo.....	203
6.4. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA EVE .....	206
6.4.1. Introducción .....	206



6.4.2.	Sensibilidad y especificidad usando como referencia el retraso.....	206
6.4.3.	Sensibilidad y especificidad usando como referencia la discapacidad .....	211
6.4.4.	Sensibilidad y especificidad de la Actividad Adaptativa y Motriz.....	213
6.5.	EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE LA EVE .....	215
6.6.	RESUMEN DE RESULTADOS .....	220
6.6.1.	Introducción .....	220
6.6.2.	Comprobación de hipótesis.....	221
6.6.3.	Perfil del niño en situación de dependencia en Castilla y León .....	224
6.6.4.	Características Métricas: La ficha técnica de la EVE.....	225
<b>BLOQUE 3: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN .....</b>		<b>228</b>
<b>CAPÍTULO 7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....</b>		<b>229</b>
7.1.	INTRODUCCIÓN .....	229
7.2.	CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN .....	230
7.3.	INNOVACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	238
7.4.	LIMITACIONES Y LÍNEAS DE MEJORA .....	239
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>241</b>
<b>ANEXOS.....</b>		<b>251</b>
<b>Anexo 1: Solicitud de valoración temprana y valoración de la situación de dependencia .....</b>		<b>252</b>
<b>Anexo 2: Informe de salud .....</b>		<b>255</b>
<b>Anexo 3: Normativa autonómica y estatal sobre dependencia .....</b>		<b>257</b>
<b>Anexo 4: BOE de 18 de Febrero de 2011. RD 174/2011. Anexo IV: Instrucciones para la aplicación de la escala de valoración específica de la situación de dependencia en edades de cero a tres años (EVE) .....</b>		<b>261</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de solicitantes por edad. Fuente: SISAAD, Febrero 2016. ....	33
Tabla 2. Definiciones de conceptos relacionados con el de dependencia. Fuente: Querejeta (2004). ....	34
Tabla 3. Distribución del Grado de dependencia en Castilla y León en 2015. Fuente: <a href="http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_061362.pdf">http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_061362.pdf</a> . ....	56
Tabla 4. Instrumentos de valoración de la situación de dependencia. Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). ....	62
Tabla 5. Revisión documental 1. Fuente Ruiz et al. (2007).....	67
Tabla 6. Revisión documental 2. Fuente Ruiz et al. (2007).....	68
Tabla 7. Revisión documental 3. Fuente Ruiz et al. (2007).....	68
Tabla 8. Revisión documental 4. Fuente Ruiz et al. (2007).....	69
Tabla 9. Revisión documental 5. Fuente Ruiz et al. (2007).....	69
Tabla 10. Variables de desarrollo. Fuente: Gobierno de Cantabria (2007a). ....	71
Tabla 11. Variables de Salud. Fuente: Gobierno de Cantabria (2007a). ....	72
Tabla 12. Determinación de la severidad de la situación de dependencia. Variables de desarrollo. Fuente: R/D 504/2007. ....	74
Tabla 13. Determinación del grado de desarrollo. Fuente: RD 174/2011. ....	76
Tabla 14. Determinación de la severidad de la situación de dependencia. Variables de salud. Fuente: R/D 504/2007. ....	77
Tabla 15. Combinación de puntuaciones en variables de salud para obtener el grado de salud. Fuente: RD 174/2011. ....	78
Tabla 16. Combinación de grado de salud y desarrollo para obtener Grado de Dependencia. Fuente: RD 174/2011. ....	80
Tabla 17. Características de la muestra piloto en el proceso de validación de la EVE. Fuente: Universidad de Salamanca (2006).....	81
Tabla 18. Cambios y versión definitiva en variables del desarrollo. RD 504/2007y RD 174/2011.....	93
Tabla 19 . Ejemplo de definición de hitos RD 604/2007. RD 174/2011.....	94
Tabla 20. Evolución del Concepto de Atención Temprana. Fuente: Belda y Casbas (2012). ....	97
Tabla 21. Modelos de Atención Temprana centrados en la familia. Fuente: Vicente (2015). ....	105
Tabla 22. Ejes y Niveles de la ODAT. Fuente: Belda, 2006 y Grupo de Atención Temprana, 2013.....	112
Tabla 23. Situaciones de riesgo y trastornos según la ODAT en la muestra de estudio. Elaborada ad hoc. ....	113

Tabla 24. Programa de Atención Temprana. Usuarios por modalidad o medida de intervención. Elaborado ad-hoc.....	131
Tabla 25. Ventajas e inconvenientes de la investigación ex post facto (Arias, 2015).....	139
Tabla 26. Tabla 2x2 para el cálculo de la sensibilidad y especificidad. Elaborada ad hoc. ..	145
Tabla 27. Descripción de variables.....	151
Tabla 28. Número de casos en la muestra general.....	153
Tabla 29. Estadísticos descriptivos variable edad. Muestra general.....	153
Tabla 30. Prueba Kolmogorov-Smirnov para homogeneidad en el grado de dependencia en la muestra general.....	156
Tabla 31. Dependencia y género. Muestra general.....	157
Tabla 32. Prueba de Mann-Whitey entre género y dependencia. ....	158
Tabla 33. Dependencia y tramos de edad. Muestra general. ....	158
Tabla 34. Rango promedio prueba de Kruskal-Wallis entre Edad y EVE. Muestra general.	159
Tabla 35. Resultados Chi-Cuadrado con variables edad y grado de dependencia. Muestra general. ....	159
Tabla 36. Medida direccional de la edad y el nivel de dependencia en muestra general. ....	160
Tabla 37. Medida simétrica de la edad y el nivel de dependencia en muestra general. ....	160
Tabla 38. Puntuaciones en peso en tramo de edad de 0-5 meses. Fuente: RD 174/2011.....	162
Tabla 39. Grado de salud en función del peso, grado de desarrollo y dependencia total. Fuente: RD 174/2011. ....	162
Tabla 40. Puntuación en variables de desarrollo en 0-5 meses. Fuente: RD 174/2011.....	163
Tabla 41. Grado de salud en función de la movilidad, grado de desarrollo y dependencia total. Fuente: RD 174/2011. ....	165
Tabla 42. Puntuación en hitos de 18 a 24 meses en actividad motriz y adaptativa (RD 174/2011).....	166
Tabla 43. Puntuación en hitos de 24 a 29 meses en actividad motriz y adaptativa. Fuente: RD 174/2011.....	167
Tabla 44. Puntuación en hitos de 30 a 35 meses en actividad motriz y adaptativa (RD 174/2011).....	168
Tabla 45. Porcentaje en las variables del grado de salud en muestra general. ....	172
Tabla 46. Prueba Chi cuadrado para variable de salud y dependencia en muestra general...	172
Tabla 47. Porcentajes de las puntuaciones en variables del desarrollo en muestra general. .	173
Tabla 48. Relación entre grado de desarrollo y grado de dependencia en muestra general. .	173
Tabla 49. Relación entre grado de desarrollo y actividad motriz en muestra general. ....	174
Tabla 50. Relación entre grado de desarrollo y actividad adaptativa en muestra general. ....	174
Tabla 51. Frecuencia de niño con dependencia y discapacidad en muestra general. ....	175
Tabla 52. Relación entre discapacidad y dependencia.....	176

Tabla 53. Medida direccional de la discapacidad y el nivel de dependencia en muestra general. ....	177
Tabla 54. Medida de simetría de la discapacidad y el nivel de dependencia en muestra general. ....	177
Tabla 55. Casos de la muestra de Centro Base de Valladolid. ....	177
Tabla 56. Estadísticos descriptivos variable edad Centro Base de Valladolid. ....	178
Tabla 57. Distribución de frecuencias de tipo de discapacidad y dependencia en muestra Centro Base de Valladolid.....	179
Tabla 58. Chi-cuadrado entre tipo de discapacidad y grado de dependencia. ....	180
Tabla 59. Porcentajes de cada trastorno en el desarrollo y el grado de dependencia. Centro Base de Valladolid.....	183
Tabla 60. Desarrollo evolutivo normal y dependencia. Centro Base de Valladolid.....	184
Tabla 61. Kruskal-Wallis entre grado de dependencia y trastorno. Centro Base de Valladolid. ....	185
Tabla 62. Descriptivos datos de la escala Brunet Lézine-R.....	186
Tabla 63. Frecuencias en Dependencia y nivel de desarrollo total.....	187
Tabla 64. Chi-cuadrado entre cociente de desarrollo total de la escala Brunet Lézine-R y grado de dependencia. ....	188
Tabla 65. Correlación entre puntuaciones escala Brunet Lezine y grado de dependencia. ...	188
Tabla 66. Poder discriminativo de las puntuaciones de las variables de desarrollo. ....	191
Tabla 67. Poder discriminativo de las puntuaciones de las variables de salud.....	192
Tabla 68. Discriminación de las respuestas de la actividad adaptativa en el grado de dependencia. ....	194
Tabla 69. Discriminación de las respuestas de la actividad motriz en el grado de dependencia. ....	194
Tabla 70. Matriz de correlaciones entre variables de desarrollo de la EVE y áreas de la escala Brunet Lézine-R. ....	198
Tabla 71. Estimación del nivel de retraso en desarrollo valorado con la EVE.....	201
Tabla 72. Fiabilidad actividad adaptativa y motriz.....	203
Tabla 73. Fiabilidad del grado de desarrollo. ....	204
Tabla 74. Estadísticos de los ítems en el grado de desarrollo.....	205
Tabla 75. Sensibilidad y especificidad de EVE con cociente de desarrollo. ....	207
Tabla 76. Análisis ROC. EVE con estándar cociente de desarrollo. ....	208
Tabla 77. Índice de Youden del grado de dependencia con estándar cociente de desarrollo. ....	209
Tabla 78. Análisis ROC. EVE con estándar grado de discapacidad.....	211
Tabla 79. Índice de Youden del grado de dependencia con estándar grado de discapacidad. ....	211
Tabla 80. Análisis ROC. Actividad motriz y adaptativa. ....	213

Tabla 81. Índice de Youden actividad motriz y adaptativa. ....	214
Tabla 82. Actividad motriz. Aclaraciones sobre el manual de instrucciones. ....	217
Tabla 83. Actividad adaptativa. Aclaraciones sobre el manual de instrucciones. ....	218

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Principios de la Ley 39/2006. Fuente: BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.....	39
Figura 2. Evolución del concepto de discapacidad. Elaborado ad hoc, basado en CIF (2001) y CIF-IA (2011.) .....	46
Figura 3. Esquema conceptual sobre el Modelo de Funcionamiento y discapacidad. Basado en la CIF (2001) y la CIF-IA (2011).....	52
Figura 4. Porcentaje de Grados de dependencia en Castilla y León. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2016). .....	56
Figura 5. Puntuaciones en la escala de valoración en cada Comunidad Autónoma. Fuente: XIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia (2015). .....	57
Figura 6. Media de puntuaciones en la escala de valoración de Catilla y León y media nacional. Fuente: XIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia (2015). .....	58
Figura 7. Ciclo de vida de la EVE. Elaborado ad hoc. ....	65
Figura 8. Contenidos del instrumento de valoración. Fuente: Ruiz et al. (2007). .....	70
Figura 9. Modificación redacción de ítems en el estudio piloto. Elaborada ad hoc. ....	85
Figura 10. Determinación del grado de dependencia. Gobierno de Cantabria (2007a).....	92
Figura 11. Test de desarrollo. Elaborada ad hoc (Basada en TEA, 2012). .....	107
Figura 12. Documentación inicial en un expediente de dependencia. (Fuente: Junta Castilla y León, 2015). .....	125
Figura 13. Servicio de Atención Temprana en Castilla y León. Elaborado ad-hoc.....	128
Figura 14. Proceso de Atención Temprana y valoración de dependencia. Elaborado ad-hoc.....	130
Figura 15. Secuencia del Proceso de Atención Temprana. Elaborada ad hoc.....	135
Figura 16. Ejemplo de curva ROC. Fuente: Cerda y Cifuentes (2012). .....	147
Figura 17. Histograma de la variable edad en la muestra general. ....	154
Figura 18. Distribución de porcentaje de observaciones en tramos de edad muestra general. ....	155
Figura 19. Porcentajes de los grados de dependencia respecto a las valoraciones realizadas. Muestra general.....	155
Figura 20. Distribución de los grados de dependencia por categoría de edad.....	161
Figura 21. Distribución de las categorías de edad por grado de dependencia. ....	169
Figura 22. Porcentaje de niños que se valoran en distintas ocasiones. Muestra general. ....	171
Figura 23. Distribución por categorías de edad. Centro Base de Valladolid. ....	178
Figura 24. Porcentaje de factores de riesgo según la clasificación ODAT en muestra Centro Base de Valladolid. ....	181
Figura 25. Distribución en porcentaje del tipo de trastorno en Centro Base de Valladolid. .	182

Figura 26. Distribución de la frecuencia de niños con un trastorno y grados de dependencia.....	185
Figura 27. Grados de dependencia y retraso en el desarrollo. ....	188
Figura 28. Discriminación de los rangos promedios de las variables de desarrollo. ....	191
Figura 29. Discriminación de los rangos promedios de las variables de salud.....	192
Figura 30. Frecuencias de respuestas “SI” y “NO” en cada ítem de las actividades motriz y adaptativa. ....	196
Figura 31. Diagrama de caja de las variables grado de dependencia y cociente de desarrollo total.....	202
Figura 32. Verdaderos positivos, verdaderos negativos, falsos positivos y falsos negativos de la EVE con estándar cociente de desarrollo. ....	209
Figura 33. Curva ROC de la EVE con estándar cociente de desarrollo. ....	210
Figura 34. Verdaderos positivos, verdaderos negativos, falsos positivos y falsos negativos de la EVE con estándar discapacidad. ....	212
Figura 35. Curva ROC de la EVE con estándar grado de discapacidad. ....	212
Figura 36. Verdaderos positivos, verdaderos negativos, falsos positivos y falsos negativos en la actividad motriz y adaptativa. ....	214
Figura 37. Curva ROC actividad adaptativa y motriz.....	215

## INTRODUCCIÓN

### 1. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

El estudio de la dependencia en los últimos años ha tenido una gran trascendencia y visibilidad en nuestro país, probablemente asociado a la publicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de Dependencia (en adelante Ley 39/2006), que ha proporcionado un marco en el que reconocer una serie de derechos a las personas consideradas como dependientes. Esto es, sin duda, una gran ventaja para la ciudadanía, pero también ha supuesto una reorganización de muchos servicios públicos, entre los que se encuentra el centro de trabajo de la autora de esta investigación.

Cuando pensamos que una persona tiene “dependencia” lo primero que nos viene a la cabeza es que necesita ayuda para realizar algo, probablemente porque se encuentre en una situación que le impide realizar por sí misma una actividad, situación que puede ser más o menos permanente o transitoria. En el caso de los niños quizá no esté tan claro qué se puede considerar dependencia, pues lo lógico es que para realizar una actividad en un momento determinado un niño pequeño necesite ayuda, normalmente de las personas cercanas, y más teniendo en cuenta que está en un periodo de aprendizaje continuo en el que el adulto va ayudando y mostrando el camino.

La valoración de niños pequeños en su primera etapa de desarrollo infantil es una de las principales funciones que desarrolla en la práctica diaria la autora de esta investigación. Valorar a un niño no siempre es tarea fácil, pero la experiencia y el uso de diferentes herramientas de evaluación permite situarle en su desarrollo evolutivo y en diferentes áreas respecto a un grupo normativo. Esto ayuda a tener una visión global de sus puntos fuertes, débiles y, en definitiva, de su funcionamiento general en las actividades y rutinas diarias, así como de sus necesidades para desenvolverse y aprender de forma adecuada.

Una de las cuestiones que implica la Ley 39/2006 es que hay que evaluar de la forma más objetiva posible las necesidades, los apoyos o las ayudas que necesita una persona para que sea amparada por dicha ley y, por tanto, tener derecho a recibir las prestaciones que se incluyen en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Para llevar a cabo esta evaluación la Ley también contempla que se diseñará un baremo de valoración, que es



específico para el caso de los niños menores de tres años y que se denomina Escala de Valoración Específica (EVE). En definitiva, cuando la ley 39/2006 se incorporó a nuestro trabajo, supuso añadir a la actividad diaria una herramienta más de evaluación que debe ser aplicada por expertos en desarrollo infantil.

En ese momento es cuando surge el planteamiento de este trabajo de investigación, pues se empiezan a crear interrogantes relativos a lo que mide realmente la EVE, puesto que sus resultados no siempre coinciden con otras medidas de desarrollo que aunque no evalúan la dependencia aportan información sobre el nivel de un niño y su evolución.

Por esta razón se pretende describir el baremo que se utiliza para valorar la situación de dependencia en los niños hasta los 35 meses, que es utilizado en todo el territorio español y fue establecido en el Real Decreto 174/2011. En él se publican el manual de instrucciones, las normas de aplicación y la escala de valoración específica EVE (Anexo 4).

## **2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Desde el inicio la elaboración de este trabajo de investigación ha venido marcada por unos objetivos que le han dado sentido y han supuesto un hilo conductor en la argumentación y elaboración de las principales conclusiones del mismo.

Lo más importante ha sido describir cómo ha funcionado la EVE en una muestra de niños de Castilla y León que acuden al Servicio de Atención Temprana, gestionado desde los Centros Base de cada Provincia. Se trata de describir una realidad y para ello se utiliza una metodología *ex post facto* de tipo descriptivo.

Se ha planteado aportar evidencias del funcionamiento de la EVE en la práctica profesional que complementen las que se tienen del estudio piloto de validación, realizado por el Instituto de Integración en la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, así como aportar datos sobre la especificidad y sensibilidad de la escala.

Hemos pretendido también, desde un plano más teórico, argumentar el Servicio de Atención Temprana como una prestación adecuada para los niños que se encuentran en situación de dependencia y sus familias, por ser útil para facilitar la promoción de la autonomía en el desarrollo infantil.

### 3. DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La práctica diaria en la valoración de niños en diferentes aspectos de su desarrollo ha despertado el interés personal de la autora de esta investigación por conocer los instrumentos de evaluación, y más aún, ha fomentado la aparición de interrogantes acerca del funcionamiento de las herramientas de evaluación, entre ellas la EVE.

Esta investigación da comienzo formalmente describiendo las primeras indagaciones acerca de la valoración de la situación de la dependencia en niños, el inicio de la construcción de la EVE y su posterior aplicación a la muestra piloto.

La mayoría de las referencias encontradas se refieren a la valoración de dependencia en personas adultas, pues los datos ofrecidos por el sistema de información del sistema para la autonomía y atención a la dependencia del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) ponen de manifiesto un volumen mucho mayor de casos valorados en edades posteriores a los tres años, y por tanto más interés a la hora de consumir recursos de análisis e investigación.

Para la argumentación teórica se han utilizado, preferentemente, los documentos oficiales editados por organismos públicos, pues son la base a la hora de entender la elaboración de los instrumentos de valoración de la situación de dependencia.

El trabajo se compone de tres partes diferenciadas.

En el Bloque 1, denominado “Marco teórico”, se incluyen tres capítulos, en los que se aborda la justificación teórica del estudio y donde se hace referencia por un lado, al marco normativo del Estado que regula todo lo relativo a la dependencia (Capítulo 1) y, por otro, al procedimiento para la valoración de la situación de dependencia y la descripción de la EVE (Capítulo 2). El último capítulo (3) se dedica a explicar lo que ha supuesto la Ley 39/2006 para la Atención Temprana, argumentando que ésta es un tipo de prestación asistencial básica que reconoce el Estado para los niños que se encuentran en situación de dependencia. Destacamos que la construcción de la EVE viene delimitada por los principios de dicha ley, en la que se especifican con claridad los aspectos más importantes a tener en cuenta. Por tanto, el marco teórico nos ayuda a entender el constructo que se quiere medir y en qué aspectos se fundamenta.

En el Bloque 2 “Marco metodológico y empírico” se incluyen los capítulos 4 y 5. Se explica el enfoque metodológico (capítulo 4), así como el estudio empírico realizado con

datos pertenecientes a la aplicación de la EVE en Castilla y León (Capítulo 5). En éste también se incluyen las evidencias que nos permitan aproximarnos a la sensibilidad y especificidad de la escala. Se hace mención al funcionamiento del baremo y las normas de puntuación, así como de las instrucciones del manual y se finaliza con el análisis de los resultados.

El Bloque 3 “Discusión y Conclusiones” incluye el capítulo 6, que se dedica a presentar y discutir las principales conclusiones, así como a realizar un análisis de las limitaciones y puntos débiles de este trabajo y posibles líneas de investigación futuras.

## **BLOQUE 1: MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO 1.- LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN MENORES DE 3 AÑOS**

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo plantea como objetivo primordial la descripción de una escala de valoración de la situación de dependencia en niños menores de 3 años, denominada Escala de Valoración Específica (en adelante EVE), cuya construcción se ha llevado a cabo a raíz de la publicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Desde que se publicó se han realizado a instancia de las familias valoraciones de la situación de dependencia y en general del desarrollo de niños en diferentes lugares, como el Centro Base de Atención a personas con discapacidad de Valladolid, donde trabaja la autora. Existe por tanto una experiencia práctica personal generadora de preguntas, cuestionamientos e intenciones para mejorar el proceso de valoración de la situación de dependencia

En el trabajo diario en el Centro Base se utilizan con frecuencia escalas de desarrollo infantil y la EVE, con lo que se obtienen dos medidas del mismo niño que a veces no coinciden en sus conclusiones. A partir de aquí nacen los primeros interrogantes y surge la necesidad de encontrar respuesta.

La autora de esta tesis conoció la escala EVE desde sus inicios, pues participó como experto en desarrollo infantil en la prueba piloto de validación para juzgar, a partir de un cuestionario, si los ítems estaban bien redactados para la población de interés, si eran o no pertinentes para evaluar una faceta o dominio determinado y si cada ítem representaba de forma adecuada la variable o dimensión de interés, es decir se trataba de analizar la validez de contenido de los diferentes ítems. Esta colaboración motivó aún más el interés por este instrumento y por su funcionamiento. Tras su utilización nació una preocupación personal por investigar las ventajas y desventajas del mismo.

La EVE se acompaña de unas instrucciones de aplicación (Anexo 4) que incluyen la definición de cada ítem, es decir, cada hito que hay que observar para decidir si un niño realiza o no lo descrito en el mismo. Entre los compañeros de trabajo se plantean a veces dudas con ciertos hitos, ya que se pueden interpretar de diferente forma pues las instrucciones no son precisas, lo cual parece a priori una debilidad del manual de instrucciones de la escala.

Por ejemplo, en el hito 10 de la actividad adaptativa: “Manipula el contenido de un recipiente”, los observadores no hemos estado de acuerdo en responder si un niño supera o no el hito, pues parece que la pauta que se especifica en el manual de instrucciones es confusa y se describe con poca claridad, ya que se hace referencia a varios aspectos a la vez que además son excluyentes. En la descripción del hito, incluido en el manual, se especifica lo siguiente:

Manipula el contenido de un recipiente: Saca y/o mete objetos que se encuentran en un recipiente. Se valora desde los 14 meses. Se le ofrecen al niño, pequeños juguetes y un recipiente. Se introducen los juguetes dentro del recipiente ante su vista. Se les hace sonar suavemente. Para considerar adquirido este hito, el profesional observará que el niño busca su contenido, mete y saca juguetes y/o los manipula (RD 174/2011. pp. 18663-18664).

Nos planteamos la cuestión de si basta con que el niño saque objetos, o también los tiene que meter en el recipiente; también si se puntúa como “SÍ” el hecho de que lo saque y los meta, aunque no los manipule.

Continuando con las instrucciones de aplicación se puede observar que, en algunos hitos, se puntúa lo que un niño es capaz de hacer con independencia de la calidad con que lo haga. Por ejemplo en el hito 14 de la actividad motriz, “Sube escaleras sin ayuda”, que se define de la siguiente forma:

Sube escalones utilizando cualquier forma de desplazamiento y sin ayuda de otra persona. Se valora desde de los veinte meses. Se considera adquirido este hito si es capaz de subir peldaños sin la ayuda de otra persona. Puede hacerlo: gateando; trepando; en bipedestación, apoyándose en la pared o barandilla; o bien de cualquier otra manera. Como estímulo, se sugiere atraer su atención, llamándole o bien colocando un juguete unos peldaños más arriba. (RD 174/2011. p. 18655).

Se observa si un niño puede es capaz de subir escaleras y se puntúa el hito de la misma manera, con un “SÍ” si es capaz de hacerlo sin tener en cuenta cómo: de pie, gateando, etc. Lo importante es que las suba. Este mismo ítem también ha suscitado otro interrogante

entre los observadores: ¿Cuántas escaleras ha de subir? Ya que un observador puede dar por válido que suba dos escaleras y otro cinco, dado que en las instrucciones no se detalla este aspecto. En este sentido una escala de desarrollo o *baby tests*, en general, debe tener en cuenta otros aspectos relativos a la calidad de ejecución para posicionar a un niño en su nivel evolutivo, lo cual puede ser una de las razones por las que la valoración sea diferente con la escala de dependencia que con una prueba de desarrollo.

Parece claro que la EVE no es una escala de desarrollo infantil aunque pueda estar relacionada con el mismo, pues no se pretende valorarlo, sino más bien la capacidad del niño para ir adquiriendo una autonomía acorde a su nivel evolutivo, aspecto que se evalúa en diferentes momentos de su ciclo vital.

Por otra parte, se trata de una escala rápida y fácil de aplicar, pues como hemos mencionado se basa en la observación, y quizás éste sea uno de sus puntos fuertes.

Veremos que la EVE consta de diferentes variables a puntuar. En concreto, la variable de desarrollo se divide en dos subescalas: actividad motriz y actividad adaptativa. En la práctica la actividad motriz parece más sencilla en cuanto a que es más objetiva a la hora de observar y valorar, mientras que la adaptativa es más difícil de interpretar, pues como veremos tiene más matices. No obstante, si atendemos a lo que plantea la Ley 39/2006, lo que hay que observar en la actividad adaptativa es la capacidad del niño para organizar y planear una actividad; es decir, adaptarse al entorno y no tanto el aspecto motor para llevarla a cabo. Ante esta situación nos parece adecuado plantearnos si la escala adaptativa y la motora realmente miden -o valoran- de la misma manera, lo que nos lleva a cuestionarnos si ambas determinan aspectos de relevancia similar en la situación de dependencia de un niño.

Desde la experiencia observamos que, en algunos niños, hay una discrepancia entre el nivel de dependencia alcanzado y el desarrollo estimado con la escala psicomotora de la primera infancia Brunet Lézine-R. (1997) y nos preguntamos el porqué de esto. Veamos un ejemplo en la actividad adaptativa: un niño no puntúa en el hito 13, “Usa cubiertos”. Sin embargo, sí es capaz de quitarse una prenda de vestir, que corresponde al hito 14, pero según las instrucciones de la EVE ya no se puede tener en cuenta, ya que su puntuación viene marcada por el primer hito que no ha resuelto. En cambio, en la escala de desarrollo Brunet Lézine-R. (1997) se tiene en cuenta todo lo que un niño es capaz de hacer, lo que se computa a la hora de establecer su nivel evolutivo.

Otro aspecto en el que surge la duda es el nivel de independencia y autonomía que los padres enseñan y/o proporcionan a sus hijos. Quizá un niño no haya aprendido a comer solo porque sus padres van más rápido si le dan de comer y por eso no ha experimentado lo suficiente, pero sí le han enseñado a que se desvista solo. En este caso, el niño no es autónomo en un aspecto, pero sí en el otro. Parece una realidad que los niños puntúan menos en dependencia cuando los padres insisten en enseñarles habilidades de la vida diaria, o cuando acuden a una escuela infantil. El nivel de dependencia de un niño puede cambiar según cómo sea su ritmo evolutivo y quizá esto pueda ser un punto fuerte de la escala, pues es capaz de ser sensible a estas cuestiones.

Otra inquietud surgida de la práctica diaria es si la EVE puede favorecer más a unos niños que a otros por sus circunstancias de riesgo o patologías. En principio, nos parece evidente que los niños prematuros salen beneficiados en las primeras aplicaciones, al menos en los primeros 6 meses, y, según nuestro criterio, observamos que hay niños que aunque no están en situación de dependencia inicialmente, luego empiezan a puntuar en la medida en que se van desfasando en el desarrollo, como suele ser el caso de los niños con Síndrome de Down. En otros casos, como es el de los niños que presentan problemas y trastornos en el lenguaje y la comunicación, sus resultados quedan manifiestamente perjudicados, en cuanto que no adquieren la situación de dependencia si no demuestran un claro retraso en su desarrollo. Esto puede deberse a que la escala adolece de hitos que tengan en cuenta aspectos de comunicación y lenguaje. Sin embargo, con cierta frecuencia, podemos observar que requieren de la supervisión y la ayuda de los padres en muchas actividades de la vida cotidiana. Por consiguiente, trataremos de describir si la EVE puede estar sesgada a favor de unas circunstancias de riesgo o de un tipo de diagnóstico.

La práctica diaria y la inquietud por conocer el funcionamiento de los instrumentos que se utilizan nos ha motivado el planteamiento de las siguientes cuestiones: ¿Por qué un niño puntúa como dependiente si su desarrollo puede ser valorado como normal o con ligero riesgo? ¿Qué se tiene en cuenta cuando un niño adquiere un grado de dependencia? ¿Qué medimos en las diferentes actividades, adaptativa y motriz? ¿Tiene que ver con lo que miden los tests de desarrollo infantil? Estas son las diferentes cuestiones que trataremos de aclarar con esta investigación.

La necesidad de encontrar una respuesta a estas cuestiones empezó a motivar la búsqueda de información de la experiencia de otros técnicos. Así en un estudio preliminar sobre Atención Temprana y Dependencia, llevado a cabo por grupos de la Federación Estatal



de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (G.A.T.) en 2012 que tiene como objeto “investigar la tipología diagnóstica y características de la población de menores de 6 años, en situación de dependencia conforme a la escala de baremación EVE (0-35 meses) o Baremos de Valoración de Dependencia (BVD) (3 a 6 años), que reciben Atención Temprana” se concluye que (pág. 52):

Aun considerando las muchas limitaciones de carácter metodológico y estadístico del estudio piloto que se recoge en este estudio sus resultados nos indican, con bastante fiabilidad, que los baremos pueden dejar fuera del ámbito protector de la Ley 39/2006 múltiples problemas evolutivos...En este sentido se aprecia poca capacidad discriminativa de las dificultades relacionales derivadas de los efectos del diagnóstico de una discapacidad o de la presencia de problemas en el entorno sociofamiliar de los niños y niñas. Una laguna significativa del sistema es que puede dejar fuera incluso a niños/as que presentan anomalías congénitas que por su carga de estigma o de problemática evolutiva, como las cromosopatías u otras malformaciones, o las llamadas enfermedades raras constituyen situaciones de gran complejidad adaptativa para los/as niños/as y para sus familias y que deberían poder contar, igual que los prematuros, con la posibilidad de un acompañamiento más prolongado durante la parte inicial de la crianza para sus familias, así como con los apoyos que ofrece la Ley 39/2006, entre ellos garantizando el acceso gratuito a la Atención Temprana, con objeto de evitar que las situaciones de estrés familiar o falta de acompañamiento especializado tengan consecuencias negativas o irremediables sobre el desarrollo de los niños... Aun reconociendo que no todos los niños que necesitan intervención en Atención Temprana están en situación de dependencia conforme a la regulación actual sí que la mayoría, al menos mientras la cobertura asistencial se sitúe, como se sitúa hoy, en un 2% de la población infantil de 0 a 6 están dentro del ámbito de su prevención y no se comprende que la protección asistencial de un sector tan vulnerable y que está amparado legalmente por una voluntad nítida de los legisladores (Convención de los Derechos del Niño, Normas Uniformes, Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor) pueda quedar resentido en sus derechos por un

sistema de baremación cuestionable (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana. 2012, p.52).

Las conclusiones de este estudio supusieron el punto de partida para esta investigación.

Abordamos en este capítulo el marco teórico de lo que se entiende por situación de dependencia, basándonos en la normativa legal y en los textos oficiales, así como los conceptos relacionados con ésta y haciendo especial hincapié en el de discapacidad. Nos centramos en la visión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud en la Infancia y Adolescencia (CIF-IA) (OMS, 2011), pues es una de las bases en las que la Ley 39/2006 argumenta que se deben basar los instrumentos de valoración. Por último, se exponen lo que son las actividades de la vida diaria en relación con la dependencia, pues la misma ley las delimita como referencia a observar cuando se valora a las personas.

## **1.2. CONCEPTO DE SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

### **1.2.1. Introducción**

“El nombre que damos a las cosas se relaciona íntimamente con nuestro modo de afrontarlas” (OMS, 1980).

Esta frase nos sirve de reflexión de cara a entender el concepto de situación de dependencia, ya que según como se defina se determina la manera de medirla, y de ello dependerá la posibilidad de disfrutar o no de unos servicios y unas prestaciones a las cuales tienen derecho las personas. A su vez, como afirma Balbontín (2011), la terminología empleada influye en las actitudes sociales, así como en nuestra disposición y motivación hacia las observaciones que de un hecho social se van a realizar, como por ejemplo, observar el desempeño de una persona en una tarea determinada.

En este sentido, el término dependencia se ha vinculado con una situación asociada a personas que necesitan ayuda y por tanto que despiertan una actitud de protección, lo que normalmente se ha relacionado con el ámbito social y más en el campo de las personas mayores, pero que también tiene cabida en otros contextos. Es un hecho universal que afecta

en mayor o menor medida a todos los individuos en ciertos momentos de su existencia (Querejeta, 2004).

Es por ello, que en este punto vamos a revisar el concepto de lo que se entiende por situación de dependencia, en general, para luego acotarlo al caso de niños de 0 a 3 años.

Como explica Balbontín (2011), los conceptos o términos que se empleen para describir una característica humana, un fenómeno social, una situación de vulnerabilidad o fragilidad, deberían atenerse a una serie de criterios, y en concreto los que se utilicen en los textos legales deben ser:

- a) Unívocos: Cada término debe tener un único significado.
- b) Objetivos: Que no se presten a interpretaciones subjetivas.
- c) Neutros: Que sean meramente descriptivos y no impliquen aspectos valorativos.
- d) Respetuosos: Que no resulten peyorativos ni atenten contra la dignidad humana.

Trataremos de describir cómo está definido el constructo que pretende medir la EVE, cómo hay que entenderlo, cómo hay que interpretarlo y cómo hay que observarlo y medirlo para verificar que sea unívoco, objetivo, neutro y respetuoso con las personas a las que hace referencia.

Como consecuencia de nuestros interrogantes y cuestionamientos, intentaremos determinar los elementos más significativos que dan lugar al concepto de dependencia, exponiendo las diferentes definiciones de lo que se considera situación de dependencia teniendo como marco de referencia la Ley 39/2006.

Por último, es conveniente mencionar que atendiendo a las recomendaciones ya expuestas (Balbontín, 2011, Querejeta, 2004, OMS, 1980) los términos que empleamos en el lenguaje cotidiano predisponen hacia una actitud u otra en la manera de entenderlos. Por ello, a lo largo de este trabajo emplearemos el término situación de dependencia en vez de dependencia para insistir en el matiz de estado en el que se encuentra una persona. También se usará la expresión “persona con dependencia” en vez de dependiente para utilizar una terminología más respetuosa.

### 1.2.2. Aproximaciones al concepto de situación de dependencia

El concepto de situación de dependencia se emplea en múltiples disciplinas y contextos, por lo que puede entenderse de diferentes maneras. Además no es un fenómeno nuevo o de moda, pues siempre ha habido personas con dependencia.

En la actualidad, no existe una definición homogénea y operacional del término (Pacolet, Bouten, Lanoye y Versieck, 2000) pero lo que parece que hay en común a la hora de definir y valorar la situación de dependencia es entenderla como la dificultad de un individuo para realizar determinadas actividades, así como el apoyo que éste requiere para llevarlas a cabo.

Para el Defensor del Pueblo (2000) “la dependencia se refiere a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana” (p. 56).

En el diccionario de la Real Academia Española (2014) la dependencia es, entre otras acepciones, “la situación de una persona que no puede valerse por sí misma”

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad y del IMSERSO, publicó el Libro Blanco de Atención a las Personas de Situación de Dependencia en España (Noviembre de 2004) para que sirviera de base en el debate para la elaboración de la Ley 39/2006. En dicho libro se creó un marco en el que se establecen los inicios del planteamiento de la dependencia, destacando que:

El Consejo de Europa, que ha venido promoviendo diversas iniciativas y recomendaciones con el objeto de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores, constituyó a mediados de la década de los noventa un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de este organismo internacional. El resultado de ese trabajo fue la aprobación, en septiembre de 1998, por el Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una Recomendación relativa a la dependencia (Álvarez 2009, p. 36; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005, p. 21).

En esta Recomendación el Consejo de Europa, también citado por el Defensor del Pueblo (2000), se refiere a la dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia

importante para las actividades de la vida cotidiana, o de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que una situación pueda ser considerada como dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

El Consejo de Europa, en el año 2000, añade a la definición de la dependencia que ésta también podría verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida.

Autores como Garcés (2000) y Pacolet et al. (2000) ya habían señalado con anterioridad a la definición de O'Shea (2003), la multidimensionalidad de la dependencia. Así, Pacolet et al. (2000), citado en Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé (2006), establece que la dependencia puede ser definida en términos de 4 dimensiones: física, mental, social, y económica. En función de cada tipo de dependencia se necesitará un determinado tipo de asistencia; por ejemplo, los servicios asistenciales de larga duración en caso de dependencia física o mental, red de apoyo social en caso de dependencia social, e ingresos en caso de dependencia económica.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) señala que este planteamiento de la dependencia es coherente con la clasificación de discapacidades de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante CIF), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y 22 de Mayo de 2001 (OMS, 2001).

Siguiendo el planteamiento de la CIF, que se analiza con más detalle en el apartado 1.5.3 de este trabajo, y como se cita en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005):

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana (p.23).

Por su parte, la OMS establece que “la dependencia es la limitación en la actividad para realizar algunas actividades claves y que requiere una ayuda humana que no se necesitaría de forma acostumbrada para un adulto sano” (OMS, 2002) y que “es dependiente la persona que no es completamente capaz de cuidar de sí misma, de mantener una alta calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, satisfacción y dignidad posible” (OMS, 2000).

Por último, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2 de la Ley 39/2006, la dependencia es: “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Aclarando algunas cuestiones de esta definición relevantes a la hora de valorar la situación de dependencia, hay que destacar que el Instituto Nacional de Servicios Sociales (1994) hace referencia a que la Asociación Médica Americana define como permanente la deficiencia que se ha estabilizado con o sin tratamiento médico y que no es probable que remita a pesar del tratamiento médico.

De acuerdo con esto, según apunta Balbontín (2011), en la situación ligada a la patología a valorar, debemos aplicar la consideración de permanente: “de no ser probable que remita la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, a pesar del tratamiento que una persona haya recibido” (p.7).

La pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial es parte o expresión de una “condición de salud”, que incluye, según la OMS (2001), enfermedad (aguda o crónica),

trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede incluir, también, otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas (Balbontín, 2011). Por tanto, se ha de tener en cuenta la situación en la que se encuentra una persona, entendiendo como tal el conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento (Real Academia Española, 2014).

Según la Ley 39/2006, no se valora la enfermedad sino sus consecuencias en forma de déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. El diagnóstico de una enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Queda claro, por tanto, que se ha de tener en cuenta la cronicidad y las consecuencias que para una persona se derivan de su condición de salud.

Carretero et al. (2006) destacan unos conceptos comunes que determinan la dependencia a partir de las definiciones expuestas anteriormente:

- No existe una causa concreta generadora de dependencia.
- La necesidad de ayuda de otros.
- La ayuda durante un período prolongado de tiempo.
- Las actividades de la vida diaria (p.12).

Por tanto, nos interesa valorar las limitaciones que una persona puede tener en las actividades de la vida diaria como resultado de una enfermedad permanente y que requieren de la ayuda de otro para resolver la situación que impide el adecuado desenvolvimiento. En consecuencia, cuando nos refiramos a la dependencia lo que se estará teniendo en cuenta es la situación de dependencia, lo que veremos de forma más clara en la valoración de los menores de 3 años.

### **1.2.3. Dependencia y edad: Dependencia en la infancia**

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) señala que la evidencia empírica disponible muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se tiene más edad.

Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se

acelera notablemente, como recoge el Instituto Nacional de Estadística (1999). Por ello, la situación de dependencia se asocia a un problema estrechamente vinculado con el envejecimiento demográfico y, algunas veces, se considera como un fenómeno que afecta sólo a los mayores. En realidad, la situación de dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. Así, puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (enfermedad de Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de envejecimiento.

Es interesante destacar, según referencia el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005), que la situación de dependencia puede también no aparecer, y de hecho en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Esto es debido a que existen una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos) que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia. Esto quiere decir que es posible prevenir la situación de dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas.

Según lo expuesto hasta ahora, es fácil plantearse la cuestión de si la situación de dependencia puede darse en niños pequeños.

En las primeras edades, un niño siempre va a tener la necesidad de ser atendido por un adulto en las actividades básicas de la vida diaria. En general, necesita de su apoyo para poder realizarlas, pero veremos más adelante cómo un niño puede estar en situación de dependencia si se tiene en cuenta el retardo en su maduración. Además hay una serie de desencadenantes, que tienen que ver con aquellas situaciones que merman la salud de un niño y que afectan a su desenvolvimiento de las actividades básicas de la vida cotidiana.

El Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante SISAAD) informa de los datos estadísticos mensuales de dependencia, entre ellos incluye la edad de los solicitantes. En la tabla 1 se observa cómo los solicitantes menores, hasta los 35 meses, suponen un 0,35 % de las valoraciones realizadas, siendo el 53,51 % en personas mayores de 80 años, lo que se corresponde con lo expuesto en el Libro Blanco antes mencionado. Por tanto, las valoraciones de niños suponen un mínimo porcentaje respecto al total de personas que solicitan la valoración.



Tabla 1. Porcentaje de solicitantes por edad. Fuente: SISAAD, Febrero 2016.

Edad	Porcentaje de Solicitantes
Menores de 3 años	0,35
Entre 3 y 18 años	4,40
Entre 19 y 30 años	2,86
Entre 31 y 45 años	5,60
Entre 46 y 54 años	4,93
Entre 55 y 64 años	6,54
Entre 65 y 79 años	21,81
Más de 80 años	53,51

El SISAAD también informa de que nos encontramos un 0,15 % de menores de 35 meses respecto al total de beneficiarios con prestación.

Lo que nos interesa para esta investigación es saber que los niños en situación de dependencia están protegidos por la Ley 39/2006, desde su nacimiento, como se recoge en su artículo 5, disposición adicional 13<sup>a</sup>. Por tanto son objeto de valoración, si bien ésta no es igual que para el resto de la población (los mayores de 3 años), entre otras cosas porque se requiere de un instrumento específico y porque se deben hacer revisiones periódicas de la valoración inicial. De esta forma, en personas menores de tres años se valoran “las situaciones originadas por condiciones de salud de carácter crónico, prolongado o de larga duración, o de frecuente recurrencia, pero teniendo en cuenta el carácter evolutivo propio del desarrollo infantil. La valoración que se realiza no tendrá carácter permanente, estableciéndose revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. Cuando una persona valorada anteriormente cumpla los 36 meses deberá serlo de nuevo, con el Baremo de Valoración de la Dependencia para personas mayores de 3 años.” (Ley 39/2006, art. 5)

Como se publica en el Gobierno de Cantabria (2007b) y teniendo en cuenta la Ley 39/2006: “Se valora a cada niño o niña, en comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad, considerando las situaciones originadas por enfermedades, trastornos, traumatismos o lesiones de carácter crónico, prolongado o de larga duración” (p. 3).

En conclusión, aunque la situación de dependencia esté asociada a personas de más edad, es posible valorar la misma en niños y niñas recién nacidos y hasta los 35 meses. Se realiza con un instrumento específico llamado EVE y bajo el mismo planteamiento teórico,

según la Ley 39/2006. La EVE se diferencia del instrumento utilizado para niños a partir de 3 años denominado Baremo de Valoración de Dependencia (BVD).

#### 1.2.4. Otros conceptos relacionados con la situación de dependencia

Cuando hacemos referencia a que una persona está en situación de dependencia inmediatamente pensamos que es poco independiente, en cuanto que necesita de otras personas; es decir, que a más dependencia menos independencia y al revés. Son conceptos que están relacionados de manera inversa, al igual que la autonomía, relacionada con el concepto de dependencia pero claramente diferente. De hecho una persona puede ser autónoma a la hora de tomar sus decisiones pero depender o no de alguien que le ayude a ejecutarlas.

Para la OMS la dependencia implica un amplio ámbito de atención hacia las actividades de la vida diaria que los individuos incapacitados crónicamente necesitan durante un período de tiempo prolongado. Ésta es una observación importante en cuanto a que la dependencia debe diferenciarse de la enfermedad aguda y de las limitaciones temporales ya que se refiere a problemas que se van a alargar en el tiempo, y que, consecuentemente, precisan soluciones diferentes (Eurostat, 2003, citado en Carretero et al, 2006, p.12).

No todos los autores están de acuerdo en los matices de los conceptos (Rodríguez, 1998, Michel, Kressig y Gold, 1997). Es interesante recoger la conclusión de Querejeta (2004), para quien la dependencia aparece como un hecho concreto equiparable con la necesidad de ayuda y en una situación concreta y la autonomía como una cualidad abstracta equiparable con la autodeterminación. Este mismo autor destaca las conclusiones de un artículo de Le Gall y Ruet (1996, citados por Querejeta, 2004, p.35), en las que se realizan las siguientes aclaraciones de términos, que son de interés a la hora de aclarar conceptos y tenerlos en cuenta para el diseño de instrumentos de valoración. En concreto en la tabla 2 aparece la diferencia entre dependencia, estado de dependencia y autonomía.

Tabla 2. Definiciones de conceptos relacionados con el de dependencia. Fuente: Querejeta (2004).

---

<b>Dependencia</b>	Es la ayuda cuantitativa o cualitativa aportada por un tercero a una persona para la realización de sus actividades.  - Hará referencia sólo a la dependencia de una ayuda humana. -Es una situación real, observable y ocasionalmente modificable. -Son un conjunto de comportamientos potencialmente medibles.
--------------------	--

---

-La obtención de información debe basarse en la capacidad del observador para ver, entender y sentir lo que la persona hace en la situación real.

-No se debe confundir el nivel de realización de una actividad determinada con la medición del grado de la causa (deficiencia) originaria de la situación de dependencia.

-La utilización de ayudas técnicas, en ciertas situaciones, puede conservar la independencia.

---

**Estado de dependencia**

Es el grado de realización efectiva en un momento determinado.

El observador se centra sobre las capacidades individuales de la persona en realizar o no realizar una determinada actividad.

Se gradúa desde valoraciones simples de: puede o no puede, hasta valoraciones con diversos grados de severidad (según la dificultad, el uso de ayudas técnicas, el porcentaje de intervención de un tercero...)

---

**Autonomía**

Es la capacidad para administrar o gestionar.

- Es un proceso individual, subjetivo de satisfacción.

- Es difícilmente mensurable y “normalizable”.

-En muchos casos se trata de comportamientos o actividades no observables, cuya existencia y cuantificación debe atribuirse solamente a la apreciación del examinador.

-El conocimiento del nivel de dependencia de una persona sería una etapa preliminar para conocer el nivel de autonomía.

-Es un proceso interactivo y variable.

Se trata de estudiar la interacción entre las características individuales de la persona, las de sus deficiencias y limitaciones para la realización de diversas actividades, y el contexto real en el que vive, analizando su nivel. La graduación tendría que estar en función de si la persona: Decide, supervisa y puede realizar efectivamente la actividad.

---

A la hora de valorar el funcionamiento de una persona se puede medir cualquiera de las variables anteriormente mencionadas en situaciones de la vida cotidiana, como expone Querejeta (2004). Veremos que la EVE se centra en valorar el estado de dependencia a través de la observación de lo que el niño es capaz o no de realizar en el contexto más próximo.

La Ley 39/2006, en su artículo segundo, hace referencia a los siguientes conceptos:

**Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

**Dependencia:** el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

**Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Sánchez y Cobo (2013) realizan un repaso de las modificaciones que se han introducido en materia de valoración de la dependencia llevadas a cabo con motivo de la revisión de los instrumentos y de los procedimientos aplicados en los primeros años de vigencia de la Ley 39/2006. Refieren que ésta incluye los conceptos de dependencia y autonomía para valorar no sólo a los que necesitan ayuda de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, sino también a los que precisan apoyo para la promoción de su autonomía personal.

El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia definido por la Ley 39/2006, establece que se ha de tener en cuenta lo siguiente para diferenciar la dependencia de otras situaciones:

- a) El carácter permanente de la situación de dependencia quedará establecido cuando en la condición de salud de la persona no haya posibilidad razonable de restitución o de mejoría en el funcionamiento.
- b) Se considerará que los apoyos se precisan en las tareas cuando su intervención resulte imprescindible en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.
- c) La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones necesarias, pero no suficientes en sí mismas, para establecer la situación de dependencia y el alcance de su severidad a efectos del reconocimiento oficial.
- d) Las otras situaciones de desempeño negativo, que a efectos de valoración oficial no son dependencia, incluyen factores determinantes de índole cultural, social, familiar, de sobreprotección o cualesquiera otras relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles en la mayoría de las veces o siempre en las que éstas tengan lugar.

Siguiendo con el concepto de desempeño, podemos especificar éste, según lo que recoge el RD 174/2011:

Desempeño positivo: cuando la persona valorada sea capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual. Desempeño negativo: cuando quede demostrado que la persona valorada requiere el apoyo indispensable de otra u otras personas para llevar a cabo, de una forma adecuada, la tarea en su entorno habitual, o bien que no es capaz de realizarla de ninguna manera. En el desempeño negativo se distinguirá entre el derivado de la situación de dependencia y el derivado de cualquier otra situación. (p. 18572).

También se especifican como problemas de desempeño según su relación con el funcionamiento global de la persona valorada los problemas de funcionamiento físico, mental o ambos, y se definen de la siguiente manera (p. 18573):

- a) Problemas de funcionamiento físico: la persona valorada no ejecuta físicamente la tarea y/o lo hace sin el control adecuado y/o no percibe las informaciones externas necesarias para su desarrollo.
- b) Problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su realización.
- c) Ambos problemas: la persona valorada no ejecuta la tarea por la concurrencia de un problema de funcionamiento físico y mental.

Se ha realizado una revisión de cómo se entiende la situación de dependencia, así como de los diferentes términos relacionados con ella para tener una visión clara de lo que se pretende medir; es decir, el constructo que es objeto de valoración.

De esta forma, si se construye un instrumento de valoración atendiendo a los principios de la Ley 39/2006 el objetivo principal será diferenciar entre personas en situación de dependencia y no, analizando su desempeño en las actividades básicas de la vida diaria y los apoyos que necesitan. En los niños de 0 a 35 meses, además se tiene que tener en cuenta, como especifica el marco teórico, el carácter evolutivo del desarrollo, que delimita en cada momento lo que un niño está preparado para realizar o no.

### 1.3. LA LEY 39/2006 COMO MARCO NORMATIVO BÁSICO

En esta investigación, el marco teórico viene de la mano, y está basado, en el marco normativo de la Ley 39/2006, 15 páginas publicadas en el BOE número 299 del viernes 15 diciembre 2006, y en las que la Jefatura de Estado hace hincapié en que la Ley 39/2006, tiene por objeto (art. 1):

Regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español. (p. 44144).

A lo largo de esta investigación, se hace referencia a diferentes artículos de la Ley 39/2006 que han fundamentado la elaboración de los instrumentos para la valoración de la situación de dependencia: La EVE para menores de tres años y el BVD a partir de los tres años.

Como afirma Rivero y Salvá (2011) la promulgación de la Ley 39/2006 ha permitido, por un lado, impulsar la protección social en este ámbito a través del reconocimiento de un derecho subjetivo de la ciudadanía, y por otro, estimular la cobertura mediática sobre la realidad de este colectivo de población y sobre las actuaciones públicas de apoyo a niveles que hasta muy recientemente no se habían alcanzado en nuestro país.

Esta Ley se inspira en una serie de principios que se explican en la figura 1. Éstos han marcado un nuevo funcionamiento en el sistema social que ha tratado de abrirse a todas las personas, características y situaciones. Los principios más significativos son: La universalidad de acceso a todas las persona, la atención de forma integral e integrada, la valoración de las necesidades atendiendo a criterios de equidad para garantizar la igualdad real, la permanencia de las personas en el entorno en el que desarrollan su vida y la cooperación interadministrativa.

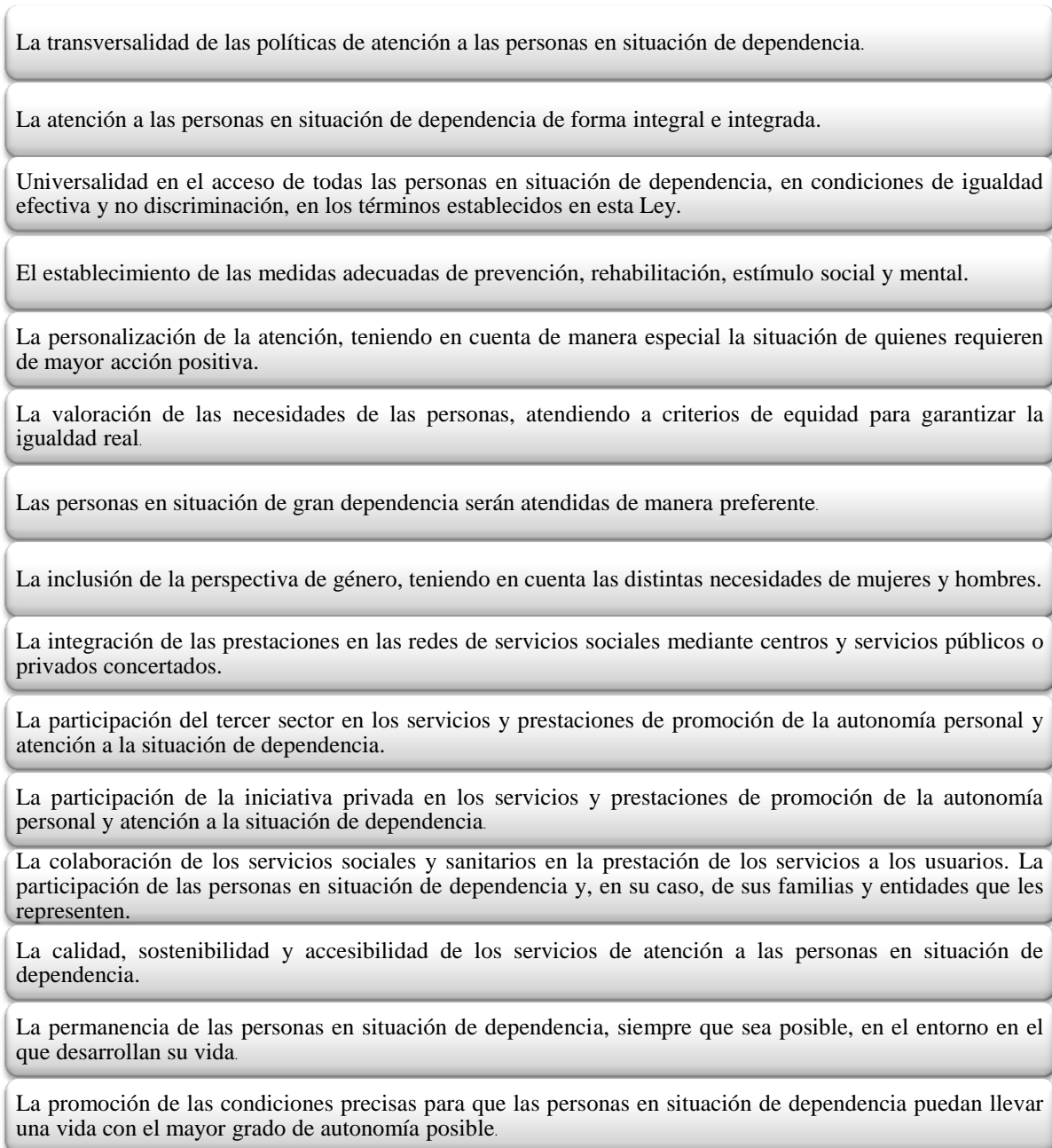


Figura 1. Principios de la Ley 39/2006. Fuente: BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

Asimismo, la Ley 39/2006, en su capítulo III, Arts. 26 y 27, hace referencia a la dependencia y su valoración especificando que la situación de dependencia se clasifica en tres grados:

- a) **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o

tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- b) **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- c) **Grado III.** Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), como refiere Sánchez y Cobo (2013) sigue los criterios de clasificación del modelo alemán, que aparece con más detalle en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) y en Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2011).

La primera redacción de la Ley incorporaba a su vez niveles dentro de cada grado, lo que a efectos prácticos le asemejaba al sistema austriaco en el que se reconocen siete niveles de dependencia. La incorporación de niveles se justificaba, no solo para facilitar una mejor diferenciación dentro de las necesidades de apoyo en cada grado, sino también para facilitar la aplicación progresiva de la Ley para la que se fijaba un período de ocho años. El período se ha prolongado al retrasarse la incorporación al Sistema de las personas valoradas con el Grado I (dependientes moderados).

Sánchez y Cobo (2013) destacan que el sistema protege, no sólo a quienes necesitan ayuda de tercera persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, sino también a los que precisan apoyo para la promoción de su autonomía, dos conceptos que hemos visto en el apartado 1.2.4 y que se definen y se tienen en cuenta a la hora de valorar la situación de dependencia.

Señala Tamarit, citado en Berdullas, Albarracín y Martín (2006), que en un análisis del anteproyecto de ley realizado por diferentes expertos vinculados al trabajo y la investigación de personas con discapacidad, se hace referencia a que el espíritu de la Ley 39/2006 asume los modelos actuales basados en la calidad de vida y en la plena ciudadanía. Desde su punto de vista, los baremos para la valoración de la dependencia se centran en un modelo social de la discapacidad. Se trata por tanto de un enfoque más paliativo y asistencialista que se centra



más en la valoración de las actividades de la vida diaria sin tener en cuenta aspectos como autodeterminación, comunicación, participación cívica, inclusión social, derechos, bienestar, existencia de redes de interacción social significativa, etc.

Tamarit (Berdullas et al., 2006) concluye que una medición orientada por el modelo social de calidad de vida y plena ciudadanía requiere centrarse en indicadores sensibles a cerca de las necesidades de ayuda significativa para su autogobierno, autonomía, establecimiento para las redes de apoyo social natural y significativo, para la inclusión social, para el ejercicio de los derechos, para la expresión funcional comunicativa, para el bienestar físico, material y emocional.

En la misma publicación, Verdugo (2006) refiere que en la Ley 39/2006 se está enfatizando un enfoque rehabilitador, más centrado en lo físico y observable, y relacionado con al autocuidado y la movilidad.

Centrándonos más en este aspecto, en el espacio social europeo, los diferentes modelos sociales de atención a la dependencia tienen rasgos comunes (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005). El modelo español, como los centroeuropeos, en los que la dependencia forma parte del Sistema de Seguridad Social, establece el requisito de la valoración previa para adquirir la condición de beneficiario y acceder a las prestaciones, en contraposición a los modelos nórdicos, en los que la valoración no tiene como objetivo identificar quién es o no dependiente, sino determinar los servicios que necesita (Sánchez y Cobo, 2013).

El modelo español tiene su propia identidad por varias razones: el papel central de la familia en la atención de las personas en situación de dependencia y el peso del tercer sector de acción social (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011).

Desde sus inicios, la Ley 39/2006 recoge la importancia de un baremo que ha de servir para el reconocimiento de la situación de dependencia, aunque ya hemos visto que el planteamiento de cómo ha de valorarse la situación de las personas, ha generado cierta polémica, no obstante la Ley recoge que el baremo debe ajustarse a los siguientes requerimientos:

- a) Ha de tener como referencia la Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud.
- b) Ha de establecer intervalos de puntuación para la determinación de los grados.

- c) Ha de fijar los criterios objetivos de valoración de la capacidad de la persona para realizar por sí misma las distintas actividades de la vida diaria, así como del grado de autonomía de la persona; específicamente ha de valorar la necesidad de apoyo y supervisión para su realización en las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

Asimismo, ha de establecer un protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración.

El baremo ha de ser acordado en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto.

Lo expuesto hasta el momento, hace referencia a las directrices que marca la Ley 39/2006 de forma general, y para valorar cualquier nivel de edad, pues en ningún momento se hace una diferenciación entre adultos y niños, como es lógico, pues los principios inspiradores de la ley son iguales para todos los ciudadanos.

#### **1.4. EL REAL DECRETO 174/2011 SOBRE EL BAREMO DE LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

El Baremo de Valoración de Dependencia (BVD), junto con la EVE, fue aprobado en cumplimiento a la Ley 39/2006 por el Gobierno, previo acuerdo del Consejo Territorial, en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. El baremo es el instrumento para establecer el reconocimiento administrativo de los grados y niveles de dependencia a efectos de dicha Ley. La Disposición adicional decimotercera regula la protección de las personas menores de tres años y establece a una escala de valoración específica.

Como se ha mencionado anteriormente, la Ley 39/2006 tiene el mismo espíritu para las personas menores de tres años, si bien la escala de valoración para este colectivo ha sido realizada por un equipo de técnicos diferente a la valoración de personas a partir de los 36 meses y además se contempla que la valoración se lleve a cabo por un instrumento específico para menores.

Desde la entrada en vigor de la ley se han llevado a cabo reformas en el baremo que se han publicado en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14

de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En el mismo se marcan las directrices actuales para realizar la valoración de los niños.

El mismo Real Decreto hace referencia a que la EVE valora la situación de dependencia en personas entre cero y treinta y cinco meses, remitiéndose a la comparación con el funcionamiento esperado en otros niños de la misma edad sin la condición de salud por la que se solicita valoración. Igualmente, de acuerdo con la ley, la valoración tiene como referente fundamental la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2001).

También incluye en el anexo IV la escala EVE, las normas de aplicación, así como la descripción detallada de cada uno de los hitos evolutivos a observar y el baremo con las diferentes tablas de combinación de puntuaciones que nos permiten obtener el Grado de dependencia que le corresponde a un niño (Ver anexo 4). Dicho Real Decreto detalla que:

Las presentes instrucciones se configuran como manual para la aplicación la Escala de Valoración Específica, para personas menores de tres años, que en adelante se denominará EVE de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Se han elaborado con la intención de servir como apoyo a los/las profesionales que la han de aplicar y su objetivo es orientar a los mismos y unificar criterios de aplicación. Se ha procurado en su redacción que pueda ser útil, especialmente a aquellos/as profesionales cuya práctica habitual no está enfocada a personas de estas edades. A tal fin se incluyen definiciones, explicaciones, ejemplos e imágenes (p. 18644).

En el capítulo 2 de esta investigación se expone con más detalle cómo es la EVE y qué consideraciones hay que tener en cuenta a la hora de aplicarla.

## **1.5. LA NUEVA VISIÓN DE LA OMS SOBRE LA DISCAPACIDAD: CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD**

### **1.5.1. Introducción**

La publicación de la Ley 39/2006 ha tenido una clara repercusión para las personas con discapacidad, principales beneficiarias de dicha ley, pues son las que tienen más probabilidad de ser vulnerables y dependientes. Como apuntan Rivero y Salvá (2011) las actuaciones que ahora se regulan mediante la Ley 39/2006 se han venido haciendo en mayor o menor medida en los programas, servicios y equipamientos dirigidos a personas con discapacidad y a las personas mayores.

En el Artículo 27 se recoge que:

El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para su posterior aprobación por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

Veamos al respecto, lo que la OMS aporta a la valoración de la dependencia.

La OMS (1980) realiza la primera Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), modificada en el año 2001 y conocida, como hemos visto anteriormente, como la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que supone un intento de homogeneizar la terminología y facilitar una clasificación del funcionamiento que proporcione un lenguaje común y un marco conceptual para la descripción y análisis de la discapacidad y del funcionamiento humano en su conjunto. Una nueva modificación de la CIF en el 2011 incluye una versión para la infancia y la adolescencia, denominada CIF-IA, que ha sido desarrollada para dar respuesta a la necesidad de una versión de la CIF que pudiera ser utilizada universalmente para los niños y jóvenes en los sectores de salud, educación y servicios sociales.

En la propuesta conceptual de la OMS, a través de la CIF, se contempla el problema de la discapacidad. Ésta se entiende globalmente, como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve. La interacción se produce entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación o desempeño real en las mismas y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales, que pueden actuar como barreras y ayudas. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

### **1.5.2. Dependencia y Discapacidad**

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) destaca que las situaciones de discapacidad generan dependencia en todos los estratos de la población, afirmación que está basada en la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (1999) en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad y el IMSERSO, así como con la Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Federación de Entidades de Familias de Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS).

En la última encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística (2008) se afirma que el número de personas mayores de 65 años con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población, mientras que entre las menores de 65 años la proporción de personas con discapacidad no llega al 5 por ciento.

La CIF (OMS, 2001) utiliza el término discapacidad para denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción entre las personas con su entorno físico y social. En la figura 2 se observa la evolución del concepto, incluyendo también la versión para la infancia y la adolescencia, la CIF-IA (OMS, 2011)

En la CIF (OMS, 2001) el término discapacidad pasa a tener un sentido más amplio que la clasificación anterior, la CIDDM (OMS, 1980), pues se entiende no sólo como una limitación para realizar actividades, ya que se añaden aspectos como las deficiencias en las funciones y estructuras corporales y las restricciones en la participación. Con la CIF-IA (OMS, 2011), se tiene en cuenta el retardo en el desarrollo además de los aspectos mencionados anteriormente.

<b>DISCAPACIDAD</b>	<b>CIDDM</b> Limitación para realizar las actividades
	<b>CIF</b> -Deficiencia en las funciones y estructuras corporales -Limitaciones para realizar actividades -Restricciones en la participación
	<b>CIF-IA</b> -Deficiencia en las funciones y estructuras corporales -Limitaciones para realizar actividades -Restricciones en la participación Todas ellas diferentes a las de los adultos en cuanto a su naturaleza, intensidad e impacto y teniendo en cuenta el retardo en el desarrollo

Figura 2. Evolución del concepto de discapacidad. Elaborado ad hoc, basado en CIF (2001) y CIF-IA (2011.)

Esta definición, como mencionan Carretero et al. (2006) y Rivero y Salvá (2011), diferencia entre dependencia y discapacidad, aunque hay una estrecha relación entre ambas, pues la dependencia requiere la presencia de la discapacidad, aunque no al revés; es decir, no siempre una persona que tenga una discapacidad va a tener dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria, o aunque las tuviera, no necesariamente requiere de la ayuda de otra persona para llevarlas a cabo.

Abellán, Esparza y Pérez (2011) también destacan que es importante distinguir entre discapacidad y dependencia:

- a) **Discapacidad:** Es la dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana habituales para personas de similar edad y condición sociocultural. Por tanto, incluye dos polos: las capacidades personales y las demandas del entorno respecto a las actividades a realizar. (Spector y Fleishman, 1998; Puga y Abellán, 2004; Querejeta, 2004; Abellán y Esparza, 2007 citados por Abellán et al., 2011). La dificultad para realizar esas actividades (poca, moderada, severa o absoluta) califica a una persona con discapacidad.
- b) **Dependencia:** Es la situación de una persona con discapacidad que solicita ayuda de otra para esas actividades cotidianas porque no puede valerse por sí misma.

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente, que comporta una limitación en la actividad que afecta a las actividades de la vida diaria. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. Por tanto, las consecuencias de la discapacidad que requieran del apoyo de otros, especialmente las sociales, otorgarían a una persona la situación de dependencia (Jiménez, 2005; Carretero et al., 2006; Abellán, Esparza, Castejón y Pérez, 2011).

En la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDD (OMS, 1980) el concepto deficiencia es sustituido por déficit y se entiende como la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término “anormalidad” se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).

También en el CIDD se habla del término discapacidad, pero en términos de limitación en la actividad, indicando que son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.

De igual forma se emplea el término participación y no “minusvalía”, tal y como se venía utilizando en la CIDD, para referirse a los problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación se determina por la comparación de la participación de un individuo concreto con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una cultura o sociedad determinada.

Los factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad son lo que se denomina barrera, y pueden incluir aspectos como un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad y la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

En la CIF (OMS, 2001) la discapacidad es un término muy amplio que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

Por tanto, parece clara la relación entre dependencia y discapacidad, al menos en las personas mayores, aunque la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, aprobada el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de Naciones Unidas (2006), firmada y ratificada por España, no menciona, ni se deduce de su texto, el término ni el concepto de “dependencia”. Propone un concepto de discapacidad dinámico que tiene en cuenta las dificultades de la persona derivadas de su deficiencia, las actitudes y comportamientos de la sociedad y las dificultades del entorno. Cuando se refiere a las personas que se han dado en llamar “personas en situación de dependencia” y “personas dependientes”, lo hace en términos de “personas con grandes necesidades de apoyo” o “personas que necesitan un apoyo más intenso”.

A partir de la Recomendación 5 del Consejo de Europa, aprobada el 5 de abril de 2006, se aprueba el Plan de Acción 2006-2015 para promover los derechos y la plena participación de las personas con discapacidad. Esta recomendación, al referirse a personas en situación de dependencia lo hace con la expresión “personas con necesidad de alto nivel de apoyo”, aspecto que como hemos visto anteriormente, también contempla la Ley 39/2006 en la valoración.

Diferentes autores (Querejeta, 2004, Abellán et al, 2011) señalan que la discapacidad es atributo inseparable de la dependencia y pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia. También refieren que si se tiene en cuenta la propuesta de la CIF (OMS, 2001), la dependencia se situaría dentro del constructo "factores contextuales" ambientales de ayuda personal o técnicos. Por tanto, el planteamiento que expone Querejeta (2004) es que:

La dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica: Dependencia = Limitación en la actividad + Ayuda. La dependencia



es una situación de discapacidad en la que interviene el factor contextual de ayudas, es por tanto: La situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad. (Querejeta, 2004. p.28).

Nos preguntamos si esto ocurre de la misma forma en niños menores de tres años, pues nos planteamos si en ese contexto es tan clara la relación entre dependencia y discapacidad. Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (1999), la más ambiciosa sobre discapacidad hasta la fecha (Instituto Nacional de Estadística, 2013) sobre el total de personas valoradas con discapacidad, los niños entre 0 y 5 años suponen un 1,6 %. Asimismo, según los datos del Sistema para la Autonomía y Valoración de la Dependencia (SAAD) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con fecha 31 de diciembre de 2015, los menores de 3 años suponen el 0,26 por ciento del total que solicitan la valoración de la dependencia. Por tanto, los datos de menores de 3 años, suponen un mínimo porcentaje respecto al total de valoraciones realizadas y hay menos referencias al respecto. Aunque ya hemos visto que la dependencia puede darse en cualquier edad, los datos relativos a dependencia y discapacidad son más evidentes en edades posteriores a los tres años.

### **1.5.3. La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la Salud en la Infancia y la Adolescencia: CIF-IA**

En este apartado se realizará una descripción de la CIF-IA (OMS, 2011) por lo que supone de novedoso en las aportaciones que se pueden sugerir en el construcción de la EVE. La CIF-IA no estaba publicada cuando se puso en funcionamiento la escala, pero veremos que ésta sí que se anticipa a esta clasificación más específica de niños, lo que se valora como algo positivo.

La ley 39/2006 destaca que en la construcción de la EVE hay que tener como referente la CIF, una clasificación que permite aplicar códigos de valoración que aporten un lenguaje común y universal para describir y evaluar los estados de salud y discapacidad.

La CIF-IA conserva en su esencia el mismo marco conceptual y la misma estructura que la CIF de adultos (OMS, 2001), pero como queda recogido en su definición está diseñada

para registrar las características del desarrollo infantil y adolescente y las influencias de su entorno, lo que nos permite poder clasificar su funcionamiento y la discapacidad asociada a sus condiciones de salud. Por tanto, no se trata de una herramienta para hacer un diagnóstico para el niño, sino un perfil de su funcionamiento, pues su propósito es describir la naturaleza y gravedad de las limitaciones del funcionamiento de la infancia, niñez y adolescencia, e identificar los factores ambientales que influyen en tal funcionamiento.

La CIF-IA nos ofrece un marco conceptual y un lenguaje común en la terminología, así como un registro de los problemas que se manifiestan en la infancia que afectan a funciones y estructuras corporales, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación, y los factores ambientales importantes para los niños y los jóvenes que afectan de una manera sensible a los cambios asociados con el crecimiento y desarrollo.

Existen una serie de cuestiones relacionadas con el desarrollo infantil que se tienen en cuenta en la CIF-IA y que es interesante destacar para entender lo que puede suponer para la valoración de la situación de dependencia. La propia naturaleza del desarrollo establece unas diferencias respecto a un adulto:

- a) El niño en el contexto de la familia: El funcionamiento de un niño depende de la continua interacción con la familia u otros cuidadores en un entorno social estrecho. Por tanto, el funcionamiento del niño no puede ser visto de manera aislada, sino más bien en términos del niño en el sistema familiar. En consecuencia, la influencia de las interacciones familiares en el funcionamiento del niño es mayor en esta fase del desarrollo que en cualquier otro momento posterior del ciclo de vida de una persona.
- b) Retraso en el desarrollo: Los retrasos en la aparición de funciones, estructuras o capacidades pueden no ser permanentes, pero reflejan un retardo en el desarrollo. Estos retrasos se manifiestan en las funciones cognitivas, funciones del lenguaje, la movilidad y la comunicación, son específicos de determinadas edades y están influenciados por factores tanto físicos como psicológicos presentes en el entorno. Una de las diferencias entre la CIF y la CIF-IA es que se ha tenido en cuenta en esta última, en la naturaleza del calificador empleado para documentar la gravedad o magnitud de un problema, el concepto de demora en la aparición de funciones, estructuras y capacidad y en el desempeño de las actividades y de la participación en un niño, reconociendo que la gravedad de los códigos del calificador pueden cambiar con el tiempo. Este concepto resulta interesante, pues puede justificar el

hecho de que con la EVE se realicen revisiones periódicas de las situaciones de los niños. Se especifica que el calificador universal de gravedad abarca cinco niveles, desde 0 (sin deficiencia, dificultad o barrera) hasta 4 (completa deficiencia, dificultad o barrera). La demora refleja el hecho de que un problema en cualquiera de los ámbitos (funciones, estructuras corporales, actividades y participación) puede reflejar un retraso en el desarrollo.

- c) Participación: Como hemos visto anteriormente, representa la perspectiva social del funcionamiento. El papel del entorno familiar y de otras personas del entorno más inmediato es esencial para comprender la participación, especialmente en la primera infancia, por lo que ha recibido especial atención en la CIF-IA. Cuanto más joven es el niño es más probable que las oportunidades de participación estén definidas por los padres, cuidadores y proveedores de servicios.
- d) Factores ambientales: El cambio en los entornos de los niños va asociado con el aumento de su competencia e independencia. El niño pequeño depende en gran medida de las personas de su entorno inmediato. Para los niños más mayores, los entornos de su vida cotidiana están estrechamente relacionados con el hogar y la escuela. Los elementos físicos y sociales del entorno tienen un impacto más fuerte sobre los niños que sobre los adultos; por ello, los esfuerzos para la prevención y las intervenciones para promover la salud y el bienestar de los niños se deben centrar en la modificación o mejora de las condiciones físicas, sociales o psicológicas de su entorno.

En relación a la valoración de dependencia, la CIF-IA aporta una aproximación conceptual que plantea que en la infancia y en la adolescencia las deficiencias, las limitaciones y restricciones pueden aparecer en forma de retrasos en la aparición de las funciones corporales y del desarrollo de las actividades y la participación. En este contexto, sacamos la conclusión de que la dependencia se entiende como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve; es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación o desempeño real en las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales que pueden actuar como barreras o facilitadores.



Figura 3. Esquema conceptual sobre el Modelo de Funcionamiento y discapacidad. Basado en la CIF (2001) y la CIF-IA (2011).

En la figura 3 se presenta el esquema conceptual del modelo de funcionamiento y discapacidad. Los factores ambientales, que son ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas, y los personales pueden ser facilitadores del funcionamiento en las funciones corporales, que son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas). Éstas se refieren a las partes anatómicas del cuerpo. En este caso es más probable que el niño esté preparado para realizar actividades, es decir, tareas o acciones que favorezcan su participación como un acto de involucrarse en una situación vital.

Pero, puede ocurrir que los factores ambientales y personales se conviertan en una barrera, que si no se supera, favorece la discapacidad del niño. Esto puede ocurrir por una deficiencia, debido a un problema en la función o estructura corporal, una limitación en la actividad, asociada a dificultades para el desempeño/realización de las actividades, o por una restricción en la participación, debida a problemas al involucrarse en situaciones vitales.

Por último, la OMS (2011) plantea que la codificación precisa de la discapacidad en niños y jóvenes requiere el conocimiento de los cambios en el funcionamiento asociados con el crecimiento y el desarrollo, así como la capacidad de distinguir entre los cambios de desarrollo que se encuentran en la gama de lo normal y los que son atípicos. Esto nos parece relevante y tiene su importancia a la hora de interpretar el funcionamiento de un niño y la ayuda que puede requerir en el desempeño de una actividad y por tanto, cuanto de dependiente es de las personas de su entorno.

En conclusión, el análisis del modelo teórico de OMS (2011) que se ha realizado, es interesante de cara a la valoración de la dependencia en menores de 3 años, pues como veremos más adelante, ésta es más probable que se dé cuanto más desfase tiene el niño en su desarrollo, es decir, más demora como se plantea en OMS (2011). Además también la Ley 39/2006 contempla, que en los niños, la valoración no es permanente, pues ha de revisarse cada 6 meses, se tiene en cuenta así la evolución de los niños y la propia maduración que poco a poco les hace más partícipes del entorno.

#### **1.5.4. Dependencia y Actividades de la Vida Diaria (AVD)**

A la hora de valorar la dependencia se observan las limitaciones que una persona tiene en las actividades de la vida diaria, las cuales se dividen en: Actividades Básicas de la Vida Diaria (en adelante ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (en adelante AIVD).

En la Ley 39/2006 se definen las ABVD como las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia. Se refiere a actividades tales como: actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer...) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas)

La OMS (2001) clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos:

- 1) Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- 2) Tareas y demandas generales
- 3) Comunicación
- 4) Movilidad
- 5) Autocuidado
- 6) Vida doméstica
- 7) Interacciones y relaciones personales
- 8) Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía)
- 9) Vida comunitaria, social y cívica

Como ya se ha visto en el planteamiento teórico de la OMS (2001) y la OMS (2011) cuando la limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno se provoca

una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Según el artículo 2.3 de la Ley 39/2006 las AIVD son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requieren de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el dinero propio.

Romero (2007) matiza estos conceptos teniendo en cuenta el nivel cognitivo de los menores de 35 meses:

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo esfuerzo cognitivo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)... están ligadas al entorno, suelen ser instrumentales, frente a las primeras que son finalistas, son un medio para obtener o realizar otra acción, suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias. (p.268).

Es a lo largo de la infancia cuando se van desarrollando la independencia y la confianza personal en la realización de actividades básicas. Éstas se adquieren gradualmente,

mejoran con la práctica y llegan a convertirse en automáticas cuando se realizan diariamente. En este sentido, tenemos que tener en cuenta que este proceso no es aislado, sino que se ve influido por las demandas y características del entorno (Polonio y Romero, 2008). Por tanto, y según lo mencionado por estas autoras, nos planteamos la cuestión de qué actividades básicas se consideran relevantes para un niño menor de 3 años y por tanto han de ser incluidas en la EVE, como determina la Ley 39/2006. Resolver esta cuestión requiere el análisis de la estructura de la EVE, para comprobar si los ítems se pueden agrupar en las diferentes ABVD que señala Romero (2007).

## **1.6. CASTILLA Y LEÓN EN CIFRAS DE DEPENDENCIA**

Una vez que se han revisado los conceptos teóricos más relevantes a tener en cuenta de cara a entender lo que pretendemos valorar con las escalas de dependencia, y en concreto con la EVE, vamos a destacar algunos datos descriptivos que nos permiten entender qué está ocurriendo en general en Castilla y León, para luego poder sacar conclusiones de lo que nos encontramos en la valoración con los niños de 0 a 35 meses.

Desde la puesta en marcha de la Ley 39/2006 se publican mensualmente datos estadísticos globales relativos a la gestión del SAAD realizada por los distintos órganos gestores en las Comunidades Autónomas y las Direcciones Territoriales del Imserso de Ceuta y Melilla. El ciudadano tiene acceso a esta información a través del portal del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del SISAAD, que nos ofrece datos del número de personas beneficiarias con prestaciones a 31 de Diciembre de 2015 en Castilla y León.

El total de personas (cifra del INE de población, referida al 01-01-2015) en nuestra comunidad es de 2.472.052, lo que representa el 5,30% de todo el país. Se han recibido un total de 111.890 solicitudes para la valoración de la dependencia en el año 2015; por tanto, el 4,53% de los castellanos leoneses han solicitado dicha valoración. Se han realizado 105.835 dictámenes, resultando 73.546 personas reconocidas con algún grado de dependencia.

En la tabla 3 se observa que existe una distribución similar en porcentajes entre los distintos grados, siendo el más frecuente el grado 2. Esta circunstancia ha fluctuado a lo largo de los años, pues al inicio de la implantación de la Ley 39/2006 el grado más frecuente era el

3. Debido, entre otras razones, a las modificaciones del baremo de valoración, los datos actuales reflejan una mayor frecuencia del grado 2.

Tabla 3. Distribución del Grado de dependencia en Castilla y León en 2015. Fuente: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im\\_061362.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_061362.pdf).

Grado 3	Grado 2	Grado 1	Grado 0
25,61%	27,23%	23,59%	23,57%

Respecto a la valoración en menores de 3 años, los datos publicados por el SISAAD con fecha de diciembre de 2015, sólo hacen referencia al número de solicitudes recibidas en todo el territorio español. Hay un total de 4.150 solicitudes, que corresponden a 1.916 niñas y 2.234 niños, que tan solo representan un 0,26% del total de solicitudes de dependencia. Ese mismo año un 0,15% de los beneficiarios de dependencia han sido niños.

La situación a 30 de Abril de 2016 en Castilla y León (SISAAD), es similar a la de años anteriores. Los datos nos muestran que existe una distribución similar entre los diferentes grados de dependencia en Castilla y León. En la figura 4 se representa el porcentaje de personas en cada grado.

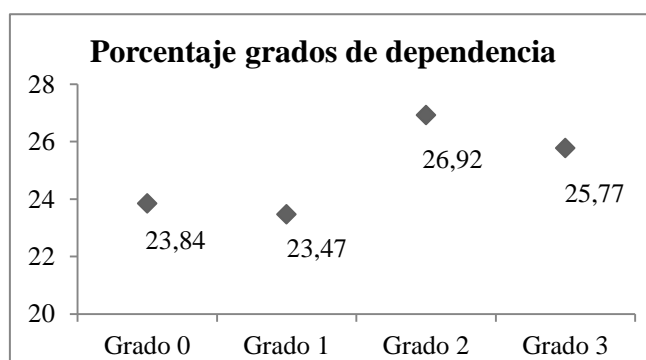


Figura 4. Porcentaje de Grados de dependencia en Castilla y León. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2016).

Se observa que prácticamente no hay diferencias en el número de personas no dependientes y las que tienen una dependencia moderada (Grado 1). El mayor número de dependientes reconocidos a 30 de abril de 2016 se sitúa en el Grado 2.



Respecto a los menores de 3 años, la situación a 30 de abril de 2016 nos revela que ha habido 5.917 solicitudes (2.661 de niñas y 3.356 niños). Respecto al total de valoraciones, el 0,37% corresponde a menores de 3 años.

En Febrero de 2015 se publicó el XIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia, un examen sobre el territorio y aplicación de la escala de valoración de la implantación y desarrollo de la ley (Barriga, Brezmes, García y Ramírez, 2015). En esta publicación se hace un estudio por Comunidades Autónomas en el que se recogen datos sobre el total de la población de personas, con los siguientes parámetros: Personas beneficiarias, solicitudes, dictámenes, personas pendientes de prestación, equilibrio de los servicios, integración efectiva en la red de servicios sociales básicos, incremento interanual de personas atendidas, gasto público en dependencia por habitante y año, incremento o pérdida interanual de expedientes grado 3, innovación y buenas prácticas, sistemas de información en tiempo real y modelo de seguimiento sistematizado.

Se ha puntuado a cada Comunidad Autónoma en cada uno de estos aspectos y se ofrecen los resultados en una escala de 10 puntos. Castilla y León obtiene una puntuación media de 10 puntos, seguida del País Vasco, con 7,5 puntos; por tanto, su calificación es sobresaliente según dicho Observatorio.

La media española es de 4,79 puntos, con una desviación típica de 2,10, lo que nos permite concluir que nuestra Comunidad se encuentra en el máximo nivel de los parámetros analizados. Los resultados totales y de todas las Comunidades, se presentan en la figura 5, donde se observa la posición destacada de Castilla y León.

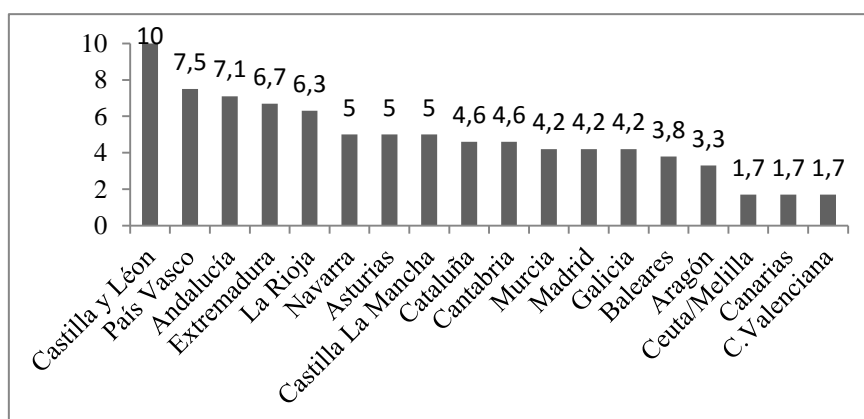


Figura 5. Puntuaciones en la escala de valoración en cada Comunidad Autónoma. Fuente: XIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia (2015).

Por último, nos gustaría destacar que nuestra Comunidad se ha mantenido en unos niveles de gestión que, según el Observatorio estatal de la Dependencia, merecen ser tenidos en cuenta, ya que desde el año 2008 hasta la actualidad ha superado la media nacional. Como podemos observar en la figura 6 se ha realizado un promedio desde el año 2008 hasta el 2014. Se aprecia cómo Castilla y León está en valores promedios superiores, incluso con tendencia a distanciarse más de la media nacional, que se mantiene estable.

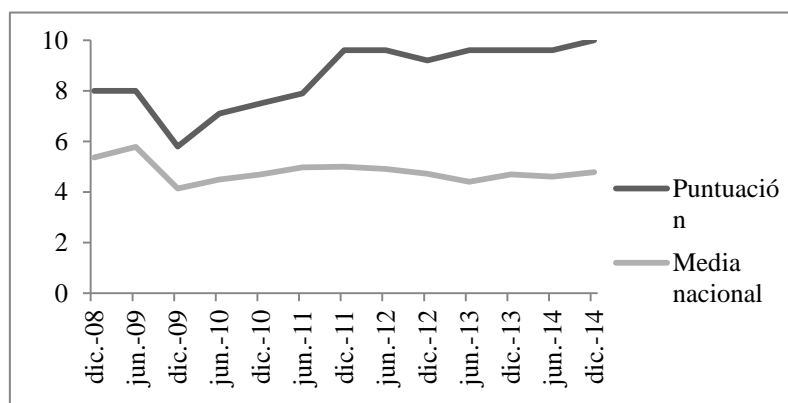


Figura 6. Media de puntuaciones en la escala de valoración de Castilla y León y media nacional. Fuente: XIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia (2015).

En el XV Dictamen del observatorio de la dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015) del mes de agosto de 2015, se hace referencia a que la Comunidad de Castilla y León obtiene una calificación destacable (9,58 puntos) en la escala de valoración que utilizan para valorar la implantación del Sistema, seguida una vez más del País Vasco con 7,92 puntos. Por tanto, se sigue manteniendo a la cabeza en la gestión del desarrollo de la ley 39/2006.

## **CAPÍTULO 2.- ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA (EVE) EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS**

### **2.1. INTRODUCCIÓN**

Este capítulo, parte central de esta investigación, se inicia con un repaso de los diferentes instrumentos usados para la valoración de personas con dependencia. Nos centramos en describir con detalle la Escala de Valoración Específica (EVE), analizando las diferentes partes de las que consta y explicando su proceso de puntuación. Aunque, como veremos, su aplicación es sencilla, las combinaciones de puntuaciones puede resultar algo complicadas por la cantidad de tablas que hay que emplear hasta llegar al grado de dependencia. Continuamos este capítulo explicando el proceso de desarrollo de la EVE y las pruebas iniciales del funcionamiento de la misma con el estudio piloto. Aunque no se han hecho públicos, sí hemos tenido acceso a algunos de los resultados de este estudio, lo cual nos permite poder tener información para poder contrastar con el estudio empírico de esta investigación.

### **2.2. ALGUNOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

El desarrollo y aplicación de la Ley 39/2006 viene marcado por la importancia de la valoración de las situaciones de dependencia, en tanto que constituye la puerta de entrada al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (Sánchez y Cobo, 2013). En consecuencia, una de las cuestiones clave es el instrumento de valoración a utilizar, que va a delimitar dicho acceso. Por este motivo, se realiza una breve descripción de instrumentos que se han ido utilizando en diferentes contextos y que, en cierta medida, han sido inspiración para la creación de herramientas BVD y EVE.

Como señalan Rivero y Salvá (2011) el primer instrumento de valoración de la situación de dependencia ampliamente utilizado fue desarrollado en el año 1955 por la fisioterapeuta Dorothea W. Barthel en el servicio de rehabilitación del Montebello State Hospital en Baltimore (EEUU), con el objetivo de medir la independencia funcional de

pacientes de 60 años y más que participaban en un programa de rehabilitación física. Después han sido múltiples los trabajos realizados desde distintas disciplinas que han llevado a la creación y uso de diferentes instrumentos de valoración (criterios, escalas, test, etc.).

En el análisis de los instrumentos de valoración a los que se refiere el Grupo de Atención Temprana (2005) se destaca que en la actualidad, como refieren Rivero y Salvá (2011), no se dispone de un instrumento que no presente limitaciones en el abordaje de la valoración de la dependencia y que prevalezca de forma general sobre los restantes, ni siquiera los de la valoración integral, como los de la familia RAI (*Resident Assessment Instrument*), los cuales se encuentran entre los más avanzados actualmente para la valoración de la dependencia funcional y son de gran influencia en la práctica asistencial de los pacientes o usuarios que podrían denominarse sociosanitarios. Se trata de un sistema de herramientas integradas que incorporan elementos básicos para el desarrollo de la gestión clínica, gestión de calidad y gestión de costes (Ariño, 2001). En la actualidad la familia RAI consta de los siguientes instrumentos:

RAI-NH (*Nursing homes* o instituciones).

RAI-HC (*Homes Care* o domiciliario).

RAI-MH (*Mental Health* o salud mental).

RAI-PAC (*Post acute* o post agudos).

Desde mediados del siglo veinte se crean diferentes escalas para medir el impacto de la enfermedad en quien la sufre, sobre todo a partir de la observación directa, cuyo objeto es valorar el nivel de asistencia que requiere un individuo, sobretodo en el ámbito geriátrico. Están validadas las siguientes:

Índice de Katz de actividades de la vida diaria (1959). Es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación.

Índice de Barthel, también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland (1955). Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria.

Índice de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD, 1969).

Medida de independencia funcional de Granger, Hamilton & Sherwin (FIM, 1987). Una escala ordinal global para la evaluación funcional (movilidad y autocuidado).

Escala de intensidad de apoyos de Thomson (SIS, 2004). La SIS evalúa qué apoyos requieren las personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo para tener una vida independiente.

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG, 2001). LA EEAG, es una escala establecida en el eje V del modelo de la evaluación Multiaxial del DSM IV TR. Busca determinar, con una puntuación de 0 a 100 la condición adaptativa y funcionalidad de un individuo.

Todos estos instrumentos se utilizan para personas adultas, aunque hay una versión para infancia de la Medida de independencia funcional (FIM), llamada Medida de independencia funcional para niños (WeeFIM), que fue creada y validada en 1990. Evalúa el rendimiento funcional de niños desde los 6 meses hasta los 7 años de edad en los ámbitos de salud, desarrollo, educación y comunidad. Se puede utilizar en niños mayores con algún tipo de déficit. Permite realizar una observación directa o entrevista a los cuidadores principales, a través de 18 ítems, cada uno de los cuales se evalúa de 1 a 7 puntos. Una clasificación 1 refleja que el niño requiere atención total en una actividad y una clasificación de 7 refleja que el niño realiza totalmente independiente una actividad (García, 2011).

Los ítems se agrupan en las siguientes áreas:

- a) Autocuidado (alimentación, aseo y control de esfínteres), con 8 ítems.
- b) Movilidad y locomoción funcional, con 5 ítems.
- c) Comunicación y cognición social, con 5 ítems.

Su desventaja es que evalúa demasiados factores de movimiento y no es lo suficientemente específica para evaluar el impacto de los trastornos o déficit cognitivos en la infancia. Sus ventajas son: tiene demostrada validez y fiabilidad, es rápida y útil para valorar cambios tras una intervención terapéutica.

Existe también una versión llamada WeeFIM 0-3 Module que se creó para evaluar niños de 0 a 3 años. Tiene 36 ítems totales que reflejan aspectos motores, cognitivos y de conducta.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005) basándose en un estudio de Querejeta (2004), presenta un listado de baremos que se usan para graduar la dependencia en diversos contextos: administrativos, residenciales y sociosanitarios (tabla 4).

Tabla 4. Instrumentos de valoración de la situación de dependencia. Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005).

#### LISTADO DE INSTRUMENTOS USADOS EN DIFERENTES CONTEXTOS.

**Conjunto Mínimo de Datos (CMD) del RAI** (Control de recursos asistenciales y financiación en media-larga estancia sociosanitaria, Geriátrica)

**Método PLAISIR** (Financiación de personas dependientes en hospitales de larga estancia).

**Escala de Evaluación de la Capacidad Adaptativa (EVALCAD)** (Propuesta por la Asociación Americana del Retraso Mental en los años ochenta y que ha ido evolucionando a otras herramientas, como el ICAP – Inventario para la planificación de servicios y programación individual–

**Escala de Intensidad de Soporte (SIS)** (Valorar la intensidad de la ayuda en personas con discapacidad por retraso mental)

**Escala de estado de Disfunción Ampliada de Kurtzke (EEDA)** (Neurología)

**Escala de Kuntzman** (Ingresos y financiación en media/larga estancia geriátrica)

**Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona /ATP** (Condición legal de persona con discapacidad y dependencia en el Estado español /ingresos residenciales).

**Índice de Barthel o de clasificación funcional o de AVD básicas** (Rehabilitación, Geriátrica, ingresos residenciales)

**Índice de Lawton o AVD instrumentales** (Rehabilitación, Geriátrica, ingresos residenciales)

**Índice de Katz** (Rehabilitación, Geriátrica)

**Índice de Karnofsky** (Hematología /Oncología /Medicina interna)

**Escala de incapacidad de la Cruz Roja** (Ingresos residenciales)

**Índice de Kenny** (Rehabilitación)

**Medida de la Independencia Funcional (MIF) (FIM)** (Rehabilitación/Neurología)

**Índice AVD del Grupos de Utilización de Recursos /RUG-III** (Recursos asistenciales en centros media /larga estancia; rehabilitación)

**Perfil de autonomía (ayuda de tercera persona) Mélenec** (Método de valoración de deficiencias, discapacidades y daño personal utilizado en el Estado francés)

**Variables discriminantes de la escala del AGGIR** /Grupos de Isorrecurso de Autonomía Geriátrica (sistema oficial de valoración de la dependencia en el Estado francés)

**Variables ilustrativas de la escala del AGGIR** /Grupos de Isorrecurso de Autonomía Geriátrica (sistema oficial de valoración de la dependencia en el Estado francés)

**Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes de la American Medical Association (AMA)** (Valoración del grado de la deficiencia corporal en personas con discapacidad)

Como podemos observar, la necesidad de graduar el nivel de dependencia de un individuo no es algo nuevo y ha venido realizándose con diferentes objetivos y a través de diferentes herramientas que, en general, han de reunir una serie de cualidades métricas que las conviertan en adecuadas para el objetivo con el que se diseñan. Rivero y Salvá (2011, p.13) aconsejan que los instrumentos de valoración de la dependencia reúnan las siguientes características:

**Fiabilidad:** Reproductibilidad del resultado obtenido si es valorado por dos observadores diferentes (inter observador), o por el mismo observador en momentos distintos (intra observador)

**Validez:** Capacidad de medir lo que pretende medir.

**Sensibilidad al cambio:** Los instrumentos detectan aquellas situaciones en las cuales se produce un cambio en el estado de la persona.

Rodríguez (2012) destaca que existe una amplia batería de instrumentos que pueden ser usados. Éstos asignan valoraciones parciales en cada una de las actividades que lo componen en función del nivel de limitaciones que el individuo presenta para su realización, que son sumados para formar una puntuación total. Ésta debería discriminar adecuadamente entre diferentes niveles de severidad; sin embargo, se suele asignar la misma ponderación a todas las actividades. Por tanto, dos individuos con la misma puntuación pueden haber puntuado en actividades diferentes, lo cual no sería de utilidad en un instrumento que tiene un fin social.

Recordemos que la valoración de la situación de dependencia puede proporcionar a una persona la puerta de entrada al sistema de ayudas sociales (Sánchez y Cobo, 2013) y en consecuencia se ha de valorar con un instrumento adecuado para este fin. Según refiere Rodríguez (2012) citando a Kane y Kane (2000) “La puntuación es fácil de construir, pero difícil de interpretar” (p.10) y más aún cuando puede tener una consecuencia económica y social para las personas. En este sentido, la EVE, se ha diseñado con objeto de diferenciar entre los niños que puedan estar en situación de dependencia y el grado alcanzado de dicha dependencia.

Nos podemos plantear si la EVE es un instrumento de *screening* o cribado, lo que implica que sea rápido y fácil de pasar, así como práctico, de bajo coste y que cumpla con el objetivo mencionado anteriormente. A las cualidades métricas que una herramienta de valoración de dependencia ha de tener y que fueron expuestas anteriormente añadimos ahora las de un instrumento de cribado, que según apunta García (1993) son:

**Fiabilidad:** Capacidad de obtener el mismo resultado en ausencia de cambio real, con mediciones repetidas. Podemos distinguir tres tipos: Fiabilidad inter observadores, intra observadores y test-retest.

**Validez:** Capacidad de un instrumento de medir y reflejar las características que pretende valorar. Se distinguen varios tipos de validez: De contenido, que nos indica hasta

qué punto los ítems son una muestra adecuada del campo de interés del mismo; de criterio, para poner en relación la medida obtenida en el instrumento con un criterio externo; y de constructo que nos indica los atributos que está midiendo el instrumento.

Sensibilidad: Es el grado en que el instrumento de valoración capta todos los casos positivos; es decir, en nuestro caso, niños que son dependientes.

Especificidad: Es el grado en el que se captan los casos negativos; es decir, niños que no son dependientes.

Ya se ha mencionado anteriormente que uno de los objetivos de la EVE es diferenciar los niños dependientes de los no dependientes. Fernández-Ballesteros (1992) recomienda para ello que un instrumento sea de cribado y que no tenga más de 7-9 ítems para las AVD básicas y de 7-11 ítems para las AVD instrumentales.

Nuestro interés en este trabajo es poder determinar si la EVE es o no una herramienta de *screening* que sea válida, fiable, sensible y específica para detectar niños menores de 3 años en situación de dependencia.

Una vez llevada a cabo la revisión de los instrumentos de valoración de la dependencia usados en diferentes contextos se observa que se emplean fundamentalmente en los ámbitos de la gerontología y de la rehabilitación. No se ha encontrado ninguna referencia concreta en niños fuera del campo de la rehabilitación, y aún menos referida a la edad de los más pequeños (0 a 35 meses), lo que concuerda con la revisión documental que se utilizó para la construcción de la EVE y que se expone en el siguiente punto.

## **2.3. LA ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA EVE**

### **2.3.1. Introducción**

La EVE surge como necesidad de valorar la situación de dependencia en los menores de 3 años con un instrumento específico y por tanto diferente al que se utiliza a partir de esa edad.

En la figura 7 se observa el ciclo de vida de la EVE; es decir, el proceso que se ha seguido desde el momento en que se desarrolló hasta el día de hoy. En este apartado nos



vamos a centrar en los pasos que se han llevado a cabo a lo largo de varios años en su elaboración y revisión.

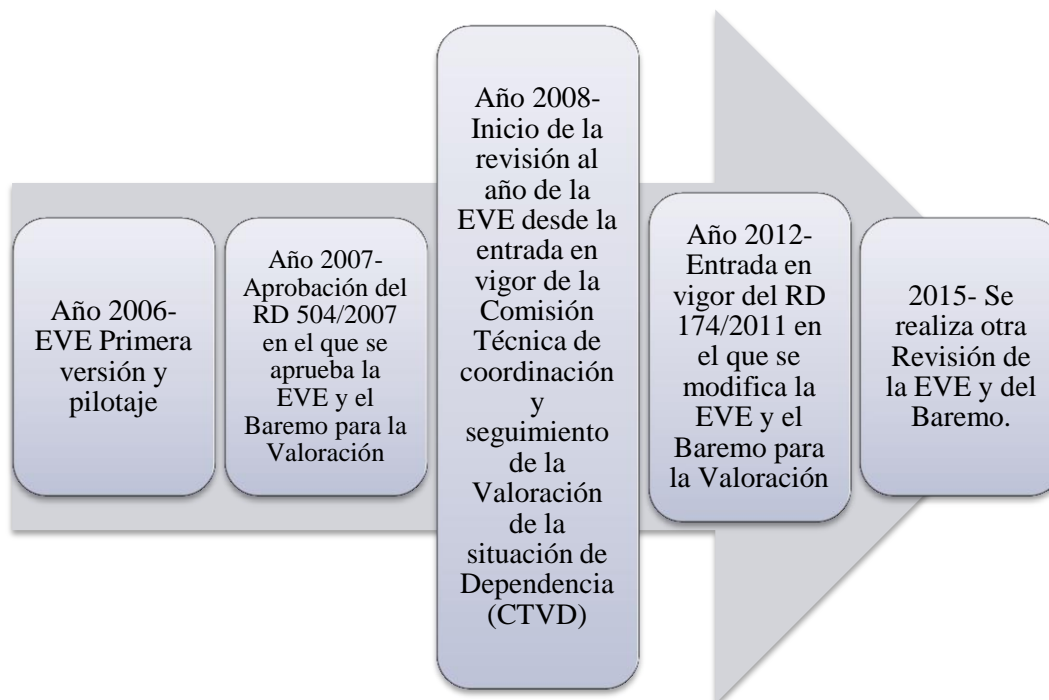


Figura 7. Ciclo de vida de la EVE. Elaborado ad hoc.

En el año 2006 se inició la construcción del instrumento con el equipo de técnicos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, proceso que se detalla en el punto 2.3.2. En la primera versión se tuvieron en cuenta diferentes aspectos a evaluar, como la salud y el desarrollo en los niños. Para valorar éste último se redactaron 19 ítems que componen la actividad motriz y otros 19 que forman la actividad adaptativa.

La Universidad de Salamanca, en concreto el Instituto de Integración en la Comunidad (INICO), realizó la validación de la EVE a través de una muestra piloto. Veremos las características de este proceso de validación y presentaremos datos de su fiabilidad y validez, aunque no se hayan publicado.

En el 2007 se aprobaron tanto la escala como las normas de aplicación de la misma. Se publicó en el Real Decreto 504/2007 para su puesta en marcha, y desde entonces es el instrumento que se utiliza en todo el territorio español para valorar la situación de dependencia en menores de tres años. En el año 2008 se llevó a cabo una revisión que consistió en el seguimiento del funcionamiento de la EVE por parte de los técnicos de valoración de las Comunidades autónomas. Éstos componen una Comisión Técnica de

coordinación y seguimiento de la Valoración de la situación de Dependencia (CTVD). Se realizaron estudios de campo, detección de los problemas de aplicación, así como la formulación de propuestas de mejora que se contemplaron en el proceso de revisión de la escala (RD/ 504/2011). En esta ocasión, se modificaron algunos aspectos de las variables de salud, añadiendo más ítems o modificando la redacción de otros. Estas modificaciones se publicaron en el año 2012.

En el año 2015 se realizó la última revisión, sin que aún se haya publicado ninguna modificación al respecto.

### **2.3.2. Proceso de creación de la EVE**

En la Ley 39/2006, en su artículo 27, en el RD 504/2007 y en el RD 174/2001, se establecieron las normas para la valoración de la situación de dependencia y la determinación de su severidad. Se tuvo como referente la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

En el año 2006 la Dirección General de Políticas Sociales del Gobierno de Cantabria, a través de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, presentó el primer instrumento de Valoración de la Situación de Dependencia para personas entre 0 y 3 al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y a todas las Comunidades Autónomas para su aprobación por el Gobierno como Real Decreto. Es en el seno de los órganos de representación donde se produjo la reflexión previa al Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema de la Autonomía y Atención a la Dependencia, antes de ser acatado de manera obligatoria por el Gobierno para su publicación. (Ruiz, Méndez y Echevarría, 2007).

El Gobierno de Cantabria, por tanto, publicó una propuesta de valoración basada en el trabajo realizado por Ruiz, Méndez y Echevarría (2007, p.6), en la que se planteó como prioritario a la hora de elaborar el instrumento de valoración que sea:

- a) Adecuado a la finalidad para la que se diseña.
- b) Basado en la elaboración de circunstancias apreciables mediante observación directa.
- c) Coherente con el instrumento de valoración de la dependencia que valora a partir de los 3 años, permitiendo la continuidad en la valoración.

d) Aplicable por los mismos técnicos que evalúen el resto de la población.

Estos criterios de elaboración generales suponen un planteamiento coherente que tiene que ver con la pertinencia y validez del instrumento (adecuado para la finalidad), así como con sus características de aplicación (observación por técnicos que evalúen el resto de la población). También destacan que sea coherente con el instrumento de valoración a partir de los tres años, el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD). Este aspecto no se contempla en esta investigación, pero resulta ciertamente interesante la coherencia con la continuidad en la valoración en el caso que un niño siga teniendo una situación de dependencia pasados los tres años; es decir, no se debe dejar de puntuar en dependencia porque se cambie la herramienta, sino porque cambie la situación del niño.

Como criterios de elaboración específicos destacan que se establecen tres grados de dependencia: grado 3 (gran dependencia), grado 2 (dependencia severa) y grado 1 (dependencia moderada). Otro aspecto específico, que desde nuestro punto de vista es importante, es que proponen revisiones de oficio a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses; es decir, que la valoración no tiene un carácter permanente. Consideramos que estas revisiones contemplan el carácter evolutivo y cambiante en el desarrollo de los niños pequeños, lo que permite ajustar las valoraciones a cada momento y periodo de aprendizaje, lo cual es coherente con los planteamientos teóricos que hemos expuesto.

La revisión documental que se lleva a cabo aparece citada en Ruiz, et al., (2007). Nos parece interesante mencionarla, pues esto nos da información acerca de los dominios explorados que aportarán peso al análisis del constructo o atributo que se pretende medir (Martínez-Arias, 2005). Se estructura en los siguientes contenidos:

Otras propuestas para evaluación y servicios en otros países: Bélgica, Canadá y Francia (Ruiz et al., 2007, p. 40). Aparecen en la tabla 5:

*Tabla 5. Revisión documental 1. Fuente Ruiz et al. (2007).*

---

1-Soutien aux enfants. Demande de supplément pour enfant handicapé. Québec.
2-Les services offerts aux personnes âgées perte d'autonomie dans six pays de L'OCDE. (Allemagne, Angleterre, Australie, Danemark, France, Suède). Anick Paris. Collection études et analyses. Québec. 2001.
3-Les efforts des parents appréciés á leur juste valeur. Editor responsable F. Van Massenhove, Service Public fédéral Sécurité Sociale (Bruxelles).
4-Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le

---

code de la sécurité sociale (deuxième partie Décrets en Conseil d'Etat) et le décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977.

5-Définition des besoins en soin et de la dépendance. De Lepeleire, J, Ylieff M, Paquay L, Buntinx F, Schoenmakers B. Service de Psychologie de la Santé. Unité de Psychologie clinique du Vieillissement. Université de Liège.

6-Certificat pour le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Agence du revenu du Canada.

7-Partie du parent- Soutien aux enfants. Demande de supplément por enfant handicapé régie des rentes. Québec.

8- Certificat Médical. La grille A.G.G.I.R.- Autonomie Gérontologique- Groupes Iso-Ressources.

9- Bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

10- Évaluation de la qualité de vie du nourrisson et du très jeune enfant: validation d'un questionnaire. Étude multicentrique européenne. VVAA. Européen Society Ambulatoire Pédiatriques (ESAP).

11- Décret no 2005-1591 du 19 décembre 2005 relatif à la prestation de compensation à domicile pour les personnes handicapées. Rep. Francesa.

12- Guide d'évaluation pour l'attribution d'un complément a l'allocation d'éducation spéciale. Annexé à l'arrêté en application de l'article r. 541-2 du code de la sécurité sociale.

---

Documentos en los que se detallan otros instrumentos de evaluación de la dependencia, salud y discapacidad (Ruiz et al., 2007, p. 42). Aparecen en la tabla 6:

*Tabla 6. Revisión documental 2. Fuente Ruiz et al. (2007).*

---

1-Document d'avaluació. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: Actualización. Agencia d'avaluació de tecnologia i recerca mèdiques- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

2-Informe de revisión de los principales instrumentos de valoración de la dependencia. Instituto Catalán del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

3-Manifiesto del CERMI estatal con motivo del 3 de diciembre de 2005, día europeo e internacional de las personas con discapacidad. CERMI- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad

---

Documentos de salud infantil, en tabla 7:

*Tabla 7. Revisión documental 3. Fuente Ruiz et al. (2007).*

---

1-Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Sabrina Pane, Mait Solans, Luis Gaite, Vicky Serra-Sutton, Maria-Dolors Estrada, Luis Rajmil.

---

Documentos de escalas de desarrollo diversas, así como signos de alerta en el desarrollo y de cribado del espectro del autismo, en tabla 8:

*Tabla 8. Revisión documental 4. Fuente Ruiz et al. (2007).*

- 
- 1-Inventario de desarrollo Batelle (1989).
  - 2-Escalas Bayley de desarrollo infantil.
  - 3-Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine.
  - 4-Test de *screening* del desarrollo psicomotor Denver (revisado).
  - 5-Protocolos de alteraciones en el desarrollo del Gobierno de Cantabria, ontogénesis de la motricidad de Vitor da Fonseca (1988).
  - 6-Supervisión del desarrollo psicomotor y cribado de los trastornos del espectro autista (Grupo Previmfan, 2005).
  - 7-Desarrollo psicomotor: Características evolutivas de 0-3 años, signos de alerta. Manejo terapéutico. V reunión anual de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.
- 

Otros documentos relacionados con la organización de servicios y atención a familias, que aparecen en la tabla 9:

*Tabla 9. Revisión documental 5. Fuente Ruiz et al. (2007).*

- 
- 1-El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Pilar Rodríguez Rodríguez.
  - 2-Prestaciones de dependencia: situación comparada con la unión europea. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales – Número 47 (Diciembre de 2003).
  - 2-Particularidades de la revelación de las necesidad de asistencia en niños incluido el computo del tiempo. Colección de datos para el cómputo de los costes y de los tiempos de trabajo en tareas domésticas. Publicado en “Kuratoriun für und Bauwesen in der Landwirtschaft e V. Darmstadt-Kranichstein.KLBL.Schriftvertrieb Landsverlag GMBH, Münster-Hiltrup, 4 Ed.1991.
  - 3-Familia y discapacidad. Manual de intervención psicosocial. J Navarro Góngora. Junta de Castilla y León. Real patronato de prevención y de atención a personas con minusvalía. 1999.
  - 4-La atención temprana. Sociedad de pediatría de atención primaria de Extremadura. Isabel Botana del Arco.
- 

Se han utilizado como referencia las propuestas tanto de otros países como españolas en relación a valoraciones en discapacidad y dependencia, a la calidad de servicios y prestaciones, así como diferentes escalas de desarrollo infantil y de salud pediátrica.

### 2.3.3. Contenidos del instrumento de valoración

Según la propuesta de valoración de Ruiz et al. (2007), la información que es necesaria en la valoración del grado de dependencia se organiza en una serie de contenidos que se mantienen en las diferentes revisiones que se han realizado que desde el inicio hasta la actualidad. En este apartado detallaremos las ligeras modificaciones realizadas a lo largo del tiempo.

En la figura 8 se muestra el contenido del instrumento de evaluación, que tiene en cuenta tres apartados: informe de condiciones de salud, informe sobre el entorno y la escala de valoración específica.

<b>Informe de condiciones de salud</b>	<b>Informe sobre el entorno</b>	<b>Escala de Valoración Específica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refleja los problemas de desarrollo y salud de carácter crónico, prolongado o de larga evolución, causados por la patología de origen y/o secuelas derivadas de la propia patología o de su tratamiento.</li> <li>• Lo realiza un médico del Sistema Nacional de Salud</li> <li>• Incluye datos relativos al diagnóstico, tratamiento y medidas de soporte funcional, terapéutico y/o ayudas técnicas</li> <li>• Incluye la CIF (2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refleja la valoración del entorno habitual y comunitario del menor y su unidad de convivencia</li> <li>• Lo realiza un profesional de la Administración Pública competente</li> <li>• Entre 0 y 36 meses recoge aspectos relacionados con: 1- Los desplazamiento para tratamientos continuados. 2- Adaptaciones que precisa realizar la unidad de convivencia para la atención del niño. 3- Adaptaciones del entorno habitual.</li> <li>• Entre 6 y 36 meses también recoge aspectos de la conducta que pueden dificultar la atención a la situación de dependencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refleja la valoración de la dependencia y la determinación de su severidad</li> <li>• <b>Situación de dependencia:</b> Recoge información acerca de variables de desarrollo y necesidades de apoyo en salud, que van a permitir establecer el grado de dependencia.</li> <li>• <b>Derminación de la Severidad de la Dependencia:</b> Valora la situación de dependencia que originan las Variables de Desarrollo y la Necesidad de Apoyos en Salud, estableciendo un Grado de Dependencia</li> </ul>

Figura 8. Contenidos del instrumento de valoración. Fuente: Ruiz et al. (2007).

Hay que destacar que, de cara a la establecer el grado de dependencia, se tienen en cuenta sólo las condiciones de salud y la escala de valoración específica. Por tanto, el informe sobre el entorno no puntúa en la condición final del grado de dependencia, pero sí resulta interesante para saber las condiciones y necesidades del contexto en el que el niño se desarrolla.

En el informe de salud es relevante la información relativa al peso en el nacimiento y medidas de sostén (medidas de soporte funcional, terapéutico y/o ayudas técnicas).

En la escala de valoración específica es relevante la situación de dependencia y la determinación de la severidad de la situación de dependencia en las variables de desarrollo y en la necesidad de apoyos en salud

### 2.3.3.1. Escala de Valoración Específica

Se expone con más detalle el contenido de la escala para entender mejor todas las variables que se tienen en cuenta en la valoración. Tomamos como referencia la propuesta editada por el Gobierno de Cantabria (2007a).

#### a) Situación de Dependencia. Variables de Desarrollo

El desarrollo se mide en función de dos variables: actividad motriz y actividad adaptativa, que siguen una secuencia evolutiva compuesta por 19 hitos cada una, que abarcan desde el mes 0 hasta el 33 y se muestran en la tabla 10. La descripción de lo que hay que observar en cada ítem para determinar si el hito está o no adquirido aparece en el manual de instrucciones incluido en el anexo 4.

En la tabla 10 se incluyen los 19 hitos de cada actividad, con el mes de referencia en el que un niño es capaz de llevar a cabo esa actividad, así como la posibilidad de responder “SÍ” o “NO” por parte del observador según las actividades que el niño puede hacer independientemente de cuál sea la ayuda que recibe habitualmente.

Tabla 10. Variables de desarrollo. Fuente: Gobierno de Cantabria (2007a).

ACTIVIDAD MOTRIZ			Adquisición		ACTIVIDAD SOCIOADAPTATIVA			Adquisición	
HITOS	Mes		SI	NO	HITOS	Mes	SI	NO	
1- Ajusta el tono muscular	0				1- Succiona	0			
2- Mantiene una postura simétrica	0				2- Fija la mirada	2			
3- Tiene actividad espontánea	0				3- Sigue la trayectoria horizontal	4			
4- Sujeta la cabeza	4				4- Sostiene un sonajero	4			
5- Se sienta con apoyo	5				5- Tiende la mano hacia un objeto	6			
6- Gira sobre sí mismo	7				6- Coge un objeto en cada mano	8			
7- Se mantiene sentado sin apoyo	9				7- Pasa un juguete de una mano a otra	9			
8- Se quita un pañuelo que le cubre la	10				8- Coge con oposición del pulgar	10			

cabeza				
9-	Pasa de tumbado a sentado	11	9- Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11
10-	Se pone de pie con apoyo	12	10-Busca el contenido de un recipiente	14
11-	Da pasos con apoyo	13	11-Abre cajones	16
12-	Permanece de pie sin apoyo	15	12-Bebe solo	18
13-	Anda solo	18	13-Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22
14-	Sube escaleras sin ayuda	20	14-Se quita una prenda de vestir	24
15-	Empuja la pelota con los pies	24	15-Reconoce la función de los espacios de la casa	26
16-	Baja escaleras sin ayuda	27	16-Realiza trazos con el lápiz	27
17-	Traslada recipientes con contenido	30	17-Abre una puerta a su alcance	30
18-	Anda sorteando obstáculos	32	18-Se pone una prenda de vestir	33
19-	Se sostiene sobre un pie sin apoyo	33	19-Abre un grifo	33

### *b) Situación de Dependencia. Necesidad de apoyos en Salud*

En la tabla 11 aparecen las variables relacionadas con la salud a tener en cuenta en la valoración, que aparecen en el informe de condiciones de salud. Incluye el peso en el nacimiento (se tiene en cuenta sólo durante los 6 primeros meses), las medidas de soporte para funciones vitales, que tienen por objeto mantener las funciones fisiológicas básicas, y las medidas para la movilidad (se tienen en cuenta entre los 6 y 36 meses). En este último caso se valoran tanto las medidas que restringen como las que facilitan la movilidad. Aparecen subrayadas las condiciones de salud que se modificaron en la revisión de la EVE que se realizó en el año 2012 como se expone más adelante.

Tabla 11. Variables de Salud. Fuente: Gobierno de Cantabria (2007a).

VARIABLES DE SALUD	DESCRIPCIÓN
<b>Peso al Nacimiento</b>	Menor de 1.100 grs.
	Entre 1.100-1.500 grs.
Se valora bajo peso al nacimiento, según la edad cronológica, independientemente de la edad gestacional, entre los 0 y los 6 meses	Mayor de 1.500 grs y menor de 2.200 grs.
<b>Medidas de soporte para funciones vitales</b>	<b>ALIMENTACIÓN</b>
	1- Sonda nasogástrica exclusiva
	2- Parenteral exclusiva
	3- <u>PEG exclusiva</u>
	4- Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral
	5- Parenteral complementaria de la vía oral
	6- PEG complementaria de la vía oral
	7- Estoma eferente
	<b>RESPIRACIÓN</b>
	1- Respirador mecánico
	2- Aspiración continuada



	<p>3- Oxigenoterapia permanente (&gt;16h día)                  4- <u>Monitor de apneas</u></p> <p>FUNCIÓN RENAL Y/O URINARIA</p> <p>1- Diálisis                  2- Sondaje vesical permanente                  3- Estoma eferente</p> <p>FUNCIÓN ANTIÁLGICA</p> <p>1- Bomba de perfusión analgésica continua                  2- Catéter epidural permanente</p> <p>FUNCIÓN INMUNOLÓGICA</p> <p>1- Aislamiento                  2- Semiaislamiento/ Mascarilla permanente</p>
<p><b>Medidas para la movilidad</b></p> <p>Se valoran entre los 6 y 36 meses tanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la restricción que produce en la posibilidad de movilización, la prescripción de una medida terapéutica</li> <li>• la necesidad de recurrir a una medida terapéutica para facilitar la movilidad.</li> </ul>	<p>Fijación vertebral externa                  Fijación pelvipédica                  Fijación de la cintura pélvica                  Tracción esquelética continua                  Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior                  Casco protector  <u>Vendaje compresivo (&gt;50% superficie corporal)</u>                  Protección lumínica permanente                  Procesador de implante coclear</p>

***c) Determinación de la severidad de la Dependencia. Variables de desarrollo. Obtención del Grado en Desarrollo***

En la tabla 12 se observa el sistema de asignación de puntos en las variables de desarrollo: actividad motriz y actividad adaptativa.

La puntuación que se puede obtener es 0, 1, 2 o 3 puntos. Se determina por el primer “No” que se puntúa a un niño. Esto delimita un punto de corte, pues ya no es determinante lo que se registre después del primer “NO”.

Puntuar con 0 significa que realiza un hito acorde a lo esperado para su edad.

Puntuar con 1, 2 o 3 significa que no realiza un hito que es capaz de resolver un niño de su edad.

Las diferentes puntuaciones dependen del desfase de edad entre lo que se espera que un niño haga y la edad que éste tenga. A mayor puntuación, más desfase.

La obtención del grado en desarrollo se determina por la puntuación en la actividad motriz y en la actividad adaptativa (tabla 13).

Supongamos que un niño puntúa “NO” en el hito 4 de la actividad motriz “Sujeta la cabeza”. Si observamos la tabla 12, se asigna una puntuación de 1 si el niño tiene 4 meses;

puntuación de 2 si tiene 5 meses y puntuación de 3 si tiene 6 meses. En este mismo caso, si el niño tuviera menos de 4 meses tendría 0 puntos en la actividad motriz.

Tabla 12. Determinación de la severidad de la situación de dependencia. Variables de desarrollo. Fuente: RD 504/2007.

Hitos Actividad Motriz		Puntuación			Hitos Actividad Adaptativa		Puntuación			
		Meses	1	2			3	Meses	1	2
1-	Ajusta el tono muscular	0-1	X			1-	Succiona	0-1-		X
		2		X	2			X		
2-	Mantiene la postura simétrica	0-1	X			2-	Fija la mirada	2	X	
		2		X	3				X	
3-	Tiene actividad espontánea	0-1	X			3-	Sigue la trayectoria de un objeto	4	X	
		2-3		X	4				X	
		4		X	5				X	
4-	Sujeta la cabeza	4	X			4-	Sostiene un sonajero	6		X
		5		X	4			X		
		6		X	5				X	
5-	Se sienta con apoyo	5	X			5-	Tiende la mano hacia un objeto	6	X	
		6		X	6				X	
		7		X	7				X	
6-	Gira sobre sí mismo	7-8	X			6-	Sostiene un objeto en cada mano	8	X	
		9-10		X	8			X		
		11		X	9				X	
7-	Se mantiene sentado sin apoyo	9-10	X			7-	Pasa un objeto de una mano a otra	10		X
		11-12		X	9			X		
		13		X	10				X	
8-	Sentado sin apoyo, se quita un pañuelo de la cara	10-11	X			8-	Recoge con oposición del pulgar	11	X	
		12-13		X	11				X	
		14		X	12				X	
9-	Pasa de tumbado a sentado	11-12	X			9-	Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11-12	X	
		13-14		X	13-14				X	
		15		X	15				X	
10-	Se pone de pie con apoyo	12	X			10-	Manipula el contenido de un recipiente	14-15	X	
		13-14		X	16-17				X	
		15		X	18				X	
11-	Da pasos con apoyo	13-14	X			11-	Abre cajones	16-17	X	
		15-16		X	18-19				X	
		17		X	20				X	
						12-	Bebe solo	18-19	X	

**Situación de dependencia infantil en Atención Temprana. Descripción de la Escala de Valoración Específica (EVE)**

12- Se mantiene de pie sin apoyo	15-16	X		20-21	X
	17-18		X	22	X
	19		X	13- Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22-23 X
13- Anda solo	18-19	X		24-25	X
	20-21		X	26	X
	22		X	14- Se quita una prenda de vestir	24-25 X
14- Sube escaleras sin ayuda	20-21	X		26-27	X
	22-23		X	28	X
	24		X	15- Reconoce la función de los espacios de la casa	26-28 X
15- Empuja la pelota con los pies	24-25	X		29-31	X
	26-27		X	32	X
	28		X	16- Imita trazos con el lápiz	27-29 X
16- Baja escaleras sin ayuda	27-28	X		30-32	X
	29-30		X	33	X
	31		X	17- Abre una puerta	30-31 X
17- Traslada recipientes con contenido	30-31	X		32-33	X
	32-33		X	34-35	X
	34-35		X	18- Se pone una prenda de vestir	33-34 X
18- Anda sorteando obstáculos	32-33	X		35	X
	34-35		X	19- Abre un grifo	33-34-35 X
	33-34-35	X			

Si hacemos referencia a la actividad adaptativa, vemos por ejemplo, como en el hito 15 “Reconoce la función de los espacios de la casa” se obtiene 1 punto si se contesta que “NO” y tiene 26, 27 o 29 meses. Con 29, 30 o 31 meses se le asignan 2 puntos y con 32 meses 3 puntos.

Consideramos que la lógica teórica que sigue este planteamiento tiene que ver con la manera en la que se adquieren los logros del desarrollo normal. La EVE no es una escala de desarrollo, pero sí comparte con éstas que los hitos se suceden gradualmente según el nivel evolutivo de un niño. Una de sus características es que a más diferencia de un niño con

respecto a la referencia de la normalidad más puntuación obtendrá, lo que supone que es más probable que alcance una situación de dependencia.

La manera de asignar la puntuación tiene en cuenta el retardo en el desarrollo que se menciona en la CIF-IA (OMS, 2011).

Podemos concluir que la determinación de la severidad de la dependencia se determina por el desfase en el desarrollo. Cuanto más tenga un niño, mayor puntuación obtendrá. Destacamos que esta forma de puntuar es acorde con lo planteado en la CIF-IA, como ya se ha expuesto, así como con el planteamiento teórico que tiene que ver con que se valora a un niño comparando su funcionamiento con el esperado a su edad (RD 174/2011).

El siguiente paso para determinar el grado de desarrollo a partir de la actividad motriz y adaptativa es combinar sus puntuaciones, como se expone en la tabla 13. Vemos que se obtiene una puntuación del grado de desarrollo que se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad (RD 174/2011).

Tabla 13. Determinación del grado de desarrollo. Fuente: RD 174/2011.

Variable de desarrollo	Puntuación															
Actividad Motriz	3	3	3	3	2	2	2	2	1	0	2	1	1	0	1	0
Actividad adaptativa	3	2	1	0	3	2	1	3	3	0	2	1	2	0	1	
<b>Grado de desarrollo</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Para entender mejor como se obtiene el grado de desarrollo proponemos el siguiente ejemplo: un niño de 8 meses que no se mantiene sentado sin apoyo (hito 7 de la actividad motriz) y no tiende la mano hacia un objeto (hito 5 de la actividad adaptativa) obtendría una puntuación en la actividad motriz de 0 puntos y otra en la actividad adaptativa de 3 puntos (tabla 12). Combinando ambas puntuaciones (0 y 3) obtendría un grado de desarrollo de 2, como se puede observar en la tabla 13.

***d) Determinación de la severidad de la situación de dependencia. Necesidad de apoyos en salud. Obtención del grado en Salud***

Igual que en el punto anterior, se asignan puntuaciones en función de la gravedad de la situación de salud en las diferentes variables que se tienen en cuenta (peso, funciones vitales y movilidad).

En la tabla 14 se recogen las puntuaciones que se asignan a cada situación de salud.

Tabla 14. Determinación de la severidad de la situación de dependencia. Variables de salud. Fuente: R/D 504/2007.

VARIABLES DE SALUD	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	PUNTUACIÓN
<b>Peso al Nacimiento</b>	Menor de 1.100 grs.	3
	Entre 1.100-1.500 grs.	2
	Mayor de 1.500 grs y menor de 2.200 grs.	1
<b>Medidas de soporte para funciones vitales</b>	<b>ALIMENTACIÓN</b>	
	1- Sonda nasogástrica exclusiva	2
	2- Parenteral exclusiva	3
	3- Alimentación por estoma	2
	4- Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral	1
	5- Parenteral complementaria de la vía oral	2
	6- Estoma eferente	1
	<b>RESPIRACIÓN</b>	
	1- Respirador mecánico	3
	2- Aspiración continuada	2
	3- Oxigenoterapia permanente	2
	4- Monitor permanente de apneas	1
	<b>FUNCIÓN RENAL Y/O URINARIA</b>	
	1- Diálisis	2
	2- Sondaje vesical permanente	1
	3- Estoma urinario	1
	<b>FUNCIÓN ANTIÁLGICA</b>	
	1- Bomba de perfusión analgésica continua	2
	2- Catéter epidural permanente	2
<b>FUNCIÓN INMUNOLÓGICA</b>		
1- Aislamiento	2	
2- Semiaislamiento/ Mascarilla permanente	1	
<b>Medidas para la movilidad</b>	<b>MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD</b>	
	1- Fijación vertebral externa	1
	2- Fijación pelvipédica	2
	3- Fijación de la cintura pélvica	1
	4- Tracción esquelética continua	2
	5- Prótesis /órtesis de miembro superior y/o inferior	1
	6- Más de una prótesis /órtesis de miembro superior y/o inferior	2
	7- Casco protector	1
	8- Vendaje corporal	1
	9- Protección lumínica permanente	1
	10- Procesador de implante coclear	1
11- Bomba de insulina	1	

Teniendo en cuenta la tabla 14, observamos que a mayor puntuación más gravedad en la situación de salud.

Si tenemos en cuenta el peso se observa que un niño que pesa menos de 1.100 gr, obtendrá la máxima puntuación (3). Si tenemos en cuenta las funciones vitales, el RD 504/2007 y el RD 174/2011 (p. 18679) concretan que la puntuación total se obtiene por la combinación conforme a las siguientes reglas:

- Una puntuación de 3 en cualquiera de los ítems, asigna un 3
- Una puntuación de 2, en al menos 3 ítems, asigna un 3
- Una puntuación de 2, en cualquiera de los ítems, asigna un 2
- Una puntuación de 1, en al menos 4 ítems, asigna un 2
- Una puntuación de 1 en al menos 2 de los ítems, asigna un 1
- Una puntuación de 1 en cualquiera de los ítems, asigna un 0

De esta manera, si un niño necesita un monitor permanente de apneas (soporte mecánico que alerta de las pausas respiratorias no fisiológicas, durante todo el día) y está en una situación de aislamiento (necesita permanecer incomunicado en un espacio sometido a medidas de esterilización específicas y sólo se permite la compañía de una persona) obtendría 2 puntos en las funciones vitales: 0 del monitor más 2 del aislamiento.

Teniendo en cuenta las medidas para la movilidad, en el RD 504/2007 y RD 174/2011 (p. 18685) se especifica que cuando una persona precisa más de una medida debe realizarse una suma de las puntuaciones, conforme a las siguientes reglas:

- La suma de puntuaciones igual o mayor a 5, asigna un 3.
- La suma de puntuaciones igual o mayor de 2, asigna un 2.

Para concretar más cómo se valora el grado de salud nos fijamos en la tabla 15.

Tabla 15. Combinación de puntuaciones en variables de salud para obtener el grado de salud. Fuente: RD 174/2011.

Tabla de Necesidades de Apoyo en salud 6-36 meses			Tabla de Necesidades de Apoyo en salud 0-6 meses		
Subgrado		Grado en Salud	Subgrado		Grado en Salud
Funciones Vitales	Movilidad		Peso	Funciones Vitales	
3	3	<b>3</b>	3	3	<b>3</b>
3	2	<b>3</b>	3	2	<b>3</b>
3	1	<b>3</b>	3	1	<b>3</b>
3	0	<b>3</b>	3	0	<b>3</b>

2	3	3	2	3	3
2	2	2	1	3	3
2	1	2	0	3	3
2	0	2	2	2	2
1	3	2	2	1	2
1	2	1	2	0	2
1	1	1	1	2	2
1	0	1	0	2	2
0	2	1	0	1	1
0	1	0	1	1	1
0	3	1	1	0	0

El RD 504/2007 y el RD 174/2011, determinan que hay que combinar las puntuaciones del peso más funciones vitales en niños desde el nacimiento a los 6 meses, y movilidad más funciones vitales en niños desde los 6 hasta los 36 meses (tabla 15).

Supongamos que un niño de 8 meses tiene una puntuación en varios aspectos de la salud: lleva una órtesis de miembro superior (medida de movilidad para la corrección de plagiocefalia), ha nacido con un peso de 1.200 gramos y necesita diálisis. En la tabla 15 se observa el grado de salud que le corresponde. En movilidad tiene 0 puntos, el peso no se tiene en cuenta con 8 meses, y en funciones vitales tiene 2 puntos, por tanto: 2 y 0 implican un grado en salud de 2.

### *e) Determinación del Grado de Dependencia*

Hemos ido exponiendo los diferentes pasos que hay tener en cuenta para llegar a la obtención del grado final de dependencia. Éste es el resultado de la combinación de las puntuaciones del grado de desarrollo y del grado de salud, y se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad.

Observamos en la tabla 16 como un niño con grado 3, 2 o 1 en cualquiera de las variables de desarrollo o de salud, va a tener siempre una dependencia de grado 3 (gran dependencia), 2 (severa) o 1 (dependencia moderada), respectivamente.

Un niño puede estar en situación de dependencia por puntuar sólo en condiciones de salud. De la misma forma, aunque no tenga problemas de salud si tiene un retardo también podría alcanzar un grado 1 o más de dependencia.

Tabla 16. Combinación de grado de salud y desarrollo para obtener Grado de Dependencia. Fuente: RD 174/2011.

Grado de desarrollo	3	3	3	3	2	1	0	2	2	2	1	0	1	1	0
Grado de salud	3	2	1	0	3	3	3	2	1	0	2	2	1	0	1
<b>Grado de Dependencia</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## 2.3.4. Características Métricas: Estudio piloto

### 2.3.4.1. Introducción

Hemos visto que la elaboración de la EVE se llevó a cabo por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, pero la validación de la misma con un estudio piloto la realizó la Universidad de Salamanca en el año 2006, antes de la publicación del RD 504/2007 en el que aparece la primera versión de la EVE y las instrucciones de aplicación de la escala.

Realizar un estudio piloto es importante, pues sirve para examinar el funcionamiento general del instrumento de medida en una muestra de participantes con características semejantes a la población objeto de interés, lo cual permite detectar, evitar y corregir posibles errores, así como llevar a cabo una primera comprobación del funcionamiento del instrumento de evaluación en el contexto aplicado (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2008).

En general, los pasos habituales a seguir para la elaboración de un instrumento de medida pueden resumirse en los siguientes (Croker y Algina, 1986):

1. Delimitación del objetivo para el que van a utilizarse las puntuaciones.
2. Definición del constructo que se pretende medir con el instrumento.
3. Descripción general de los componentes del constructo.
4. Diseño del instrumento.
5. Redacción de los ítems.
6. Análisis de la calidad de los ítems.
7. Estudio de la fiabilidad del instrumento.
8. Estudio de la validez del instrumento.
9. Elaboración de las normas de aplicación, interpretación y baremación de las puntuaciones.



En este apartado nos centraremos en explicar los puntos 7 y 8. Ambos forman parte del proceso de validación de la EVE a través de una muestra piloto descrita a continuación.

### 2.3.4.2. Muestra

El proceso de validación de la escala permite evaluar aspectos técnicos de la misma, así como mejorar y corregir todas las deficiencias que se encuentren (García, 1993). Para realizar la validación se utilizó una muestra en niños de Salamanca con discapacidad y sin ella intencionada y estratificada por tramos de edad (tabla 17).

Una muestra intencionada o de conveniencia es no aleatoria, pues la elige el investigador teniendo como criterio que sea similar a la población objetivo, pero determinada de manera subjetiva por él. El inconveniente de este tipo de muestra es que no se puede cuantificar su representatividad (Guardia, Freixa, Però, M., Turbany, 2007).

Se estratifica la muestra en función de la edad, pues esto es de interés para analizar el funcionamiento de la EVE, ya que la puntuación que se asigna a un niño en el grado de dependencia está, entre otros aspectos, en función de su edad.

Tabla 17. Características de la muestra piloto en el proceso de validación de la EVE. Fuente: Universidad de Salamanca (2006).

GRUPO DE EDAD	CON DISCAPACIDAD		SIN DISCAPACIDAD		TOTAL	
	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje	Sujetos	Porcentaje
< 6 meses	5	13,9%	20	13,8%	<b>25</b>	<b>13,8%</b>
6,01-12 meses	6	16,7%	20	13,8%	<b>26</b>	<b>13,8%</b>
12,01-18 meses	5	13,9%	26	17,9%	<b>31</b>	<b>17,1%</b>
18,01-24 meses	7	19,4%	36	24,8%	<b>43</b>	<b>23,8%</b>
24,01-30 meses	7	19,4%	24	16,6%	<b>31</b>	<b>17,1%</b>
30,01-36 meses	6	16,7%	19	13,1%	<b>25</b>	<b>13,8%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>145</b>	<b>100%</b>	<b>181</b>	<b>100%</b>

En la tabla 17 se refleja que la muestra la componen un total de 181 niños. Se estratifica en tramos de edad de 6 meses. El grupo se divide en niños con y sin discapacidad, lo que permite comparar resultados acordes al planteamiento teórico del retraso o dificultades

en su desarrollo. No disponemos de información acerca del criterio elegido para el grupo con discapacidad.

Observamos un reparto más o menos proporcional en los diferentes estratos en cada grupo de niños con y sin discapacidad, donde existe más variabilidad de niños en el tramo de 18-24 meses y menos en el 30-36 meses.

### **2.3.4.3. Análisis de la fiabilidad del instrumento**

Para calcular la fiabilidad, es decir la consistencia y la estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite (Prieto y Delgado, 2010) se utiliza el estadístico Alfa de Cronbach (1951) que mide las correlaciones entre los ítems. Sus valores se encuentran entre 0 y 1, indicando mayor consistencia con valores cercanos a 1. También se utiliza el estadístico Kappa de Cohen (1960) para medir la concordancia entre evaluadores corrigiendo el azar, con el que se obtienen valores entre 0 y 1, siendo 0 el valor de mayor desacuerdo entre evaluadores y 1 el punto donde encontramos mayor acuerdo.

Se obtienen valores 0,945 y 0,939 en el Alfa para la actividad motriz y adaptativa, respectivamente. También se calcula el alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados; en ese caso se obtienen valores de 0,946 en la actividad motriz y 0,936 en la actividad adaptativa.

Se realiza con dos observadores independientes, y sobre el 26% de los casos, un test-retest para llevar a cabo un análisis de la concordancia entre ellos a través del Coeficiente Kappa de Cohen (1960) y se obtienen valores de 0,964 para la actividad motriz y 0,925 para la adaptativa.

Si se tienen en cuenta los criterios clásicos de Nunnaly (1978) para la interpretación del coeficiente Alfa se puede concluir que tanto en la actividad motriz como en la adaptativa se superan valores de 0,9 y por tanto se obtienen valores adecuados de fiabilidad. Asimismo para la interpretación del coeficiente Kappa según Torres y Perera (2009), que citan los criterios de Altman (1991, p.100), con valores mayores de 0,81 existe una fuerza de concordancia, o lo que es lo mismo, un acuerdo muy bueno entre los observadores.

A la vista de estas deducciones podemos decir que la EVE es un instrumento que produce resultados consistentes y coherentes en el tiempo.

#### **2.3.4.4. Análisis de la validez del instrumento**

En general la validez es el grado en el que instrumento mide la variable que se desea medir. Evidentemente, si con la EVE no midiéramos la situación de dependencia no nos serviría para tal fin.

Es numerosa la literatura que advierte de que no hay una única forma de entender la validez de un instrumento de medida, debido probablemente a los diversos objetivos a los que se han destinado los tests. Nos parece interesante destacar lo que Prieto y Delgado (2010) refieren:

En la actualidad se considera que la validez se refiere al grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de las puntuaciones de los test relacionada con un uso específico (AERA, APA y NCME, 1999). La validación es un proceso de acumulación de pruebas para apoyar la interpretación y el uso de las puntuaciones. (p.5).

En el estudio piloto se aportan evidencias sobre la validación del contenido de la EVE y sobre su estructura interna, que se detallan a continuación.

##### ***a) Análisis de la validación de contenido de la EVE***

Nos permite analizar el grado en que un constructo está definido y representado por un conjunto de ítems (Prieto y Delgado, 2010); en otras palabras, el grado en el que los ítems son una adecuada representación de las diferentes facetas de las manifestaciones de la situación de dependencia en los niños.

Se lleva a cabo mediante el juicio de 10 expertos en evaluación infantil de la Comunidad de Castilla y León, procedentes de los ámbitos educativo, sanitario y de servicios sociales, tanto a nivel público como privado, que en una vez reunidos establecen un grupo de discusión y pasan un cuestionario para evaluar las dimensiones de salud y desarrollo en los indicadores de peso al nacimiento, soporte de las funciones vitales y movilidad en salud y actividad motriz y adaptativa en desarrollo. Se les pide que analicen en los ítems:

- a) Su pertinencia: correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la cual va a ser utilizado.

- b) Su claridad: Grado en que el ítem está redactado de forma clara y precisa, facilitando su comprensión.
- c) Se representatividad: valoración del contenido del ítem; dicho de otra manera, si es significativo para los objetivos de la valoración o si duplica el contenido de otro.

Los datos disponibles de la jornada en la que se presentan los resultados del estudio piloto a los expertos participantes, entre los cuales se encuentra la autora de esta investigación, indican que a la hora de tomar una decisión se eliminaron aquellos ítems con un acuerdo de jueces inferior al 70%. El resultado es la modificación del 13% de los ítems iniciales, que no siguen los criterios marcados.

Vemos en la figura 9 cómo se modificó la redacción de algunos ítems, tanto en la actividad motriz como en la adaptativa. Aparecen en negrita los cambios que realizados en los ítems 8, 12 y 19 de la actividad motriz y 3, 6, 8, 10, 16 y 17 de la actividad adaptativa.

De las modificaciones realizadas, las que resultan más interesantes, por los matices que introducen son las de la escala adaptativa.

En el hito 3 no es lo mismo coger un objeto que sostenerlo, como tampoco en el hito 10 buscar el contenido, que manipular el contenido. Desde nuestro punto de vista, quizá el cambio más interesante se produce en el hito 16, al sustituir realizar trazos por imitar trazos. La razón de resaltar este cambio es que es el único hito en el que hay un componente más social, pues se define de la siguiente forma:

Se le ofrece la posibilidad de garabatear, poniendo a su alcance lápices y papel. Se considera positivamente si imita, en algún momento, la dirección de los trazos que realiza el/la valorador/a. Se aconseja utilizar trazos verticales, dado que su imitación resultará más fácil. (RD 174/2011. p.18666).

El niño imita los trazos del valorador. Si aún no ha adquirido la capacidad para imitar o no es capaz de realizar dirección en el garabateo, se puntuará que “NO” en este hito. Desde la práctica profesional, observamos este hito como clave en los niños con dificultades en la comunicación e interacción social, debido a que suelen tener problemas en este aspecto que se pueden puntuar a partir de los 27 meses de edad, como determina el baremo (RD 174/2011, p.18668).

PROPUESTA GOBIERNO DE CANTABRIA		MODIFICACIÓN EN ESTUDIO PILOTO	
<b>ACTIVIDAD MOTRIZ</b>		<b>ACTIVIDAD MOTRIZ</b>	
<b>HITOS</b>		<b>HITOS</b>	
1. Ajusta el tono muscular		1. Ajusta el tono muscular	
2. Mantiene una postura simétrica		2. Mantiene una postura simétrica	
3. Tiene actividad espontánea		3. Tiene actividad espontánea	
4. Sujeta la cabeza		4. Sujeta la cabeza	
5. Se sienta con apoyo		5. Se sienta con apoyo	
6. Gira sobre sí mismo		6. Gira sobre sí mismo	
7. Se mantiene sentado sin apoyo		7. Se mantiene sentado sin apoyo	
<b>8. Se quita un pañuelo que le cubre la cabeza</b>	→	<b>8. Sentado sin apoyo, se quita un pañuelo de la cara</b>	
9. Pasa de tumbado a sentado		9. Pasa de tumbado a sentado	
10. Se pone de pie con apoyo		10. Se pone de pie con apoyo	
11. Da pasos con apoyo		11. Da pasos con apoyo	
<b>12. Permanece de pie sin apoyo</b>	→	<b>12. Se mantiene de pie sin apoyo</b>	
13. Anda solo		13. Anda solo	
14. Sube escaleras sin ayuda		14. Sube escaleras sin ayuda	
15. Empuja la pelota con los pies		15. Empuja la pelota con los pies	
16. Baja escaleras sin ayuda		16. Baja escaleras sin ayuda	
17. Traslada recipientes con contenido		17. Traslada recipientes con contenido	
18. Anda sorteando obstáculos		18. Anda sorteando obstáculos	
<b>19. Se sostiene sobre un pie sin apoyo</b>	→	<b>19. Se mantiene sobre un pie sin apoyo</b>	
<b>ACTIVIDAD ADAPTATIVA</b>		<b>ACTIVIDAD ADAPTATIVA</b>	
<b>HITOS</b>		<b>HITOS</b>	
1. Succiona		1. Succiona	
2. Fija la mirada		2. Fija la mirada	
<b>3. Sigue la trayectoria horizontal</b>	→	<b>3. Sigue la trayectoria de un objeto</b>	
4. Sostiene un sonajero		4. Sostiene un sonajero	
5. Tiende la mano hacia un objeto		5. Tiende la mano hacia un objeto	
<b>6. Coge un objeto en cada mano</b>	→	<b>6. Sostiene un objeto en cada mano</b>	
7. Pasa un juguete de una mano a otra		7. Pasa un juguete de una mano a otra	
<b>8. Coge con oposición del pulgar</b>	→	<b>8. Recoge un objeto con oposición del pulgar</b>	
9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete		9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete	
<b>10. Busca el contenido de un recipiente</b>	→	<b>10. Manipula el contenido de un recipiente</b>	
11. Abre cajones		11. Abre cajones	
12. Bebe solo		12. Bebe solo	
13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca		13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	
14. Se quita una prenda de vestir		14. Se quita una prenda de vestir	
15. Reconoce la función de los espacios de la casa		15. Reconoce la función de los espacios de la casa	
<b>16. Realiza trazos con el lápiz</b>	→	<b>16. Imita trazos con el lápiz</b>	
<b>17. Abre una puerta a su alcance</b>	→	<b>17. Abre una puerta</b>	
18. Se pone una prenda de vestir		18. Se pone una prenda de vestir	
19. Abre un grifo		19. Abre un grifo	

Figura 9. Modificación redacción de ítems en el estudio piloto. Elaborada ad hoc.

En conclusión, a partir del juicio de expertos, se ha valorado el constructo situación de dependencia en las dimensiones de desarrollo y salud con los indicadores de peso, funciones vitales, movilidad, actividad motriz y actividad adaptativa. No se ha añadido ni eliminado ningún ítem a la versión inicial, pero sí se ha modificado la redacción de alguno de ellos

### *b) Análisis de la validez de la estructura interna*

El análisis de la validez de la estructura interna en el estudio piloto se llevó a cabo utilizando el enfoque metodológico de la Teoría de Respuesta al Ítem (en adelante TRI). Según Muñiz (1990) el nombre de Teoría de Respuesta a los Ítems surge porque este enfoque se basa en las propiedades de los ítems más que en las del test global. Se trata de un conjunto de modelos de medida dirigidos a estimar estadísticamente los parámetros de las personas y los ítems en un continuo latente a partir de las respuestas observables (Prieto y Delgado, 2010). Entre los diferentes modelos, en este estudio piloto se utilizó el modelo logístico de un parámetro que fue formulado originalmente por Rasch (1960), y que es, sin duda, el modelo más popular de la TRI, debido en gran parte a su sencillez, emanada de su lógica: la respuesta a un ítem sólo depende de la competencia del sujeto y de la dificultad del ítem (Muñiz, 1990)

Gómez (2010) en su tesis doctoral hace un amplio repaso del porqué la TRI se está aplicando hoy en día, pues aporta ventajas en el diseño, la construcción y evaluación de tests y es una alternativa para resolver problemas prácticos, como el análisis del funcionamiento diferencial de los ítems y la equiparación de puntuaciones.

Nos gustaría destacar de forma breve algunas características de este modelo, que aunque no se ha utilizado en el estudio empírico de esta investigación, sí se usó en el estudio piloto. Esto nos permitirá entender mejor los datos disponibles.

### **Modelo logístico de un parámetro. Modelo de Rasch**

El potencial de la metodología de Rasch radica en que proporciona una especie de filtro matemático para que se seleccionen solo aquellos ítems que, efectivamente, posean las propiedades necesarias para captar con eficiencia y productividad la variable latente para la que fueron diseñados (González-Montesinos, 2008).

Además como apuntan Prieto y Delgado (2003, 2010) permite analizar la interacción entre los ítems y las personas, posibilitando hacer una interpretación diagnóstica de las

puntuaciones más enriquecedoras, al identificar los ítems en los que las personas tienen una probabilidad alta o baja de responder. Esto se consigue considerando que las personas y los ítems son localizaciones puntuales en una única variable, por lo que pueden ser expresadas en la misma unidad de escala; dicho de otro modo, se puede hacer un escalamiento conjunto de personas e ítems y se pueden establecer comparaciones objetivas (Lozano, 2005)

El Modelo de Rasch se resume en que la probabilidad de acertar un ítem (en nuestro caso que el observador responda que SÍ) depende solamente del nivel de dificultad de dicho ítem y del nivel del sujeto en la variable medida. Esto se fundamenta en los supuestos básicos de este modelo, que son: objetividad específica (el nivel de dependencia de un niño ha de ser independiente del conjunto de ítems usados para medirlo), independencia local (las respuestas a los ítems son mutuamente excluyentes; es decir, la probabilidad de que un niño obtenga un NO en un ítem, no viene afectada por las respuestas dadas a otros ítems), unidimensionalidad (los ítems miden un única variable latente, o lo que es lo mismo: los ítems sólo miden situación de dependencia) y discriminación homogénea de los ítems (todos los ítems tienen el mismo poder de discriminación; esto es, discriminan de forma similar a los niños que tienen en mismo nivel en la variables situación de dependencia) (Arias, 2012).

El Modelo de Rasch permite identificar a través de análisis matemáticos complejos respuestas inapropiadas a los ítems, comparando el ajuste de lo observado con el modelo teórico que se plantea.

Sin entrar en más detalles de las características de este modelo ni de los supuestos que se han de cumplir para poderse aplicar, pues si no hay un adecuado ajuste de los datos al modelo los valores carecen de significado teórico (Prieto y Delgado, 2003), ponemos un ejemplo de lo que supone su aplicación a nuestra escala: un niño con baja situación de dependencia, o lo que es lo mismo, que en nuestra escala tiene una baja puntuación pues tiene poco nivel del atributo que medimos, debería puntuar SÍ en los hitos que en su nivel de edad ha de tener adquiridos. Esto es lo coherente o lo esperado. Por tanto, se puede obtener una estimación de ajuste de las respuestas a un patrón lógico que nos proporciona un indicador de la validez de la medida para ese individuo, así como un ajuste del funcionamiento del ítem en función de su dificultad; es decir, cuánto de útil es para medir el constructo.

Uno de los indicadores de ajuste es el Mapa de Ítems - Personas que presentamos en la figura 10 (para la actividad motriz) y en la figura 11(para la actividad adaptativa). Nos aporta información visual de la posición simultánea de ítems y personas; esto es, dónde se colocan las personas según su nivel en la variable que se mide con respecto a los ítems que

han superado según su nivel de dificultad. En definitiva se observa un escalamiento conjunto del nivel de los sujetos y el de los ítems en el continuo.

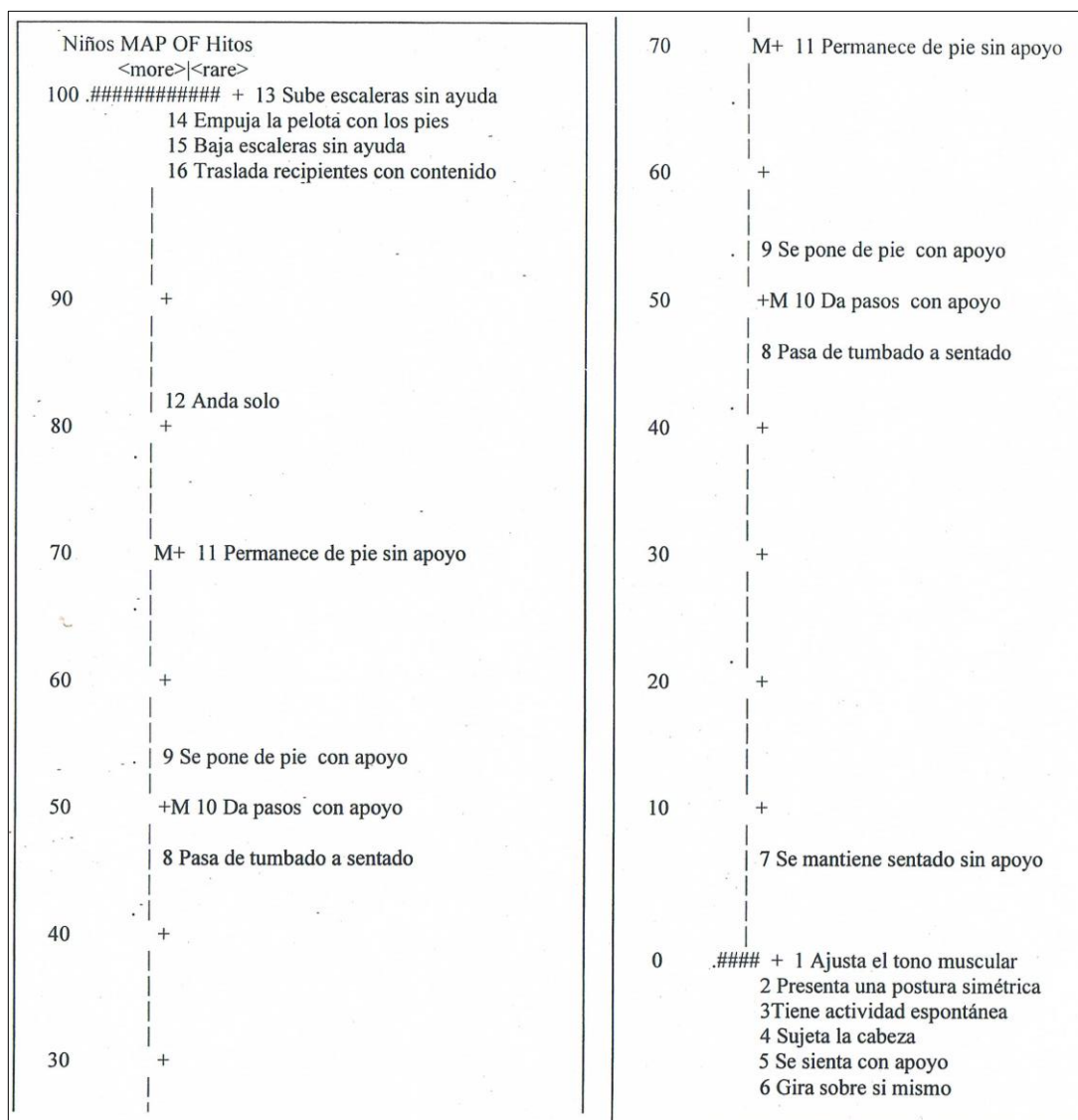


Figura 10. Mapa ítems – personas. Actividad Motriz. Muestra Piloto. Fuente: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) (2006).

Permite determinar si la posición de los ítems (según su nivel de dificultad) concuerda con la posición de las personas (según su nivel de habilidad), así como detectar saltos (*gaps*) o zonas vacías que nos sugieran que hay que añadir más ítems y revisar el orden de los mismos para evaluar la validez de la medida (Arias, 2012).

Las líneas discontinuas representan la variable de medida. A la izquierda se posicionan los niños (# representa a un grupo de niños) y a la derecha los ítems. Hemos desatacado dónde se posicionan los ítems y los sujetos, los saltos entre ítems, así como dónde



se sitúan las puntuaciones más altas y más bajas en la variable medida. Cuando un niño se encuentre por encima de un hito supone que lo ha superado, obteniendo un “SÍ” en el mismo.

Los datos con la muestra piloto revelaron que la mayoría de los ítems se distribuyen, tanto en la actividad motriz como en la adaptativa, en los extremos del continuo. Nos encontramos con bastantes ítems en los niveles más altos y en los más bajos, siendo pocos los que se distribuyen en la parte media de la variable situación de dependencia. Esto significa que hay saltos o *gaps* en el continuo de la variable que medimos, lo que no parece que sea algo adecuado, pues quedan niveles de la variable sin cubrir.

En la actividad motriz (figura 10) hay más distribución de ítems a lo largo de la variable. En la parte central nos encontramos con el hito “da pasos con apoyo”; por debajo, “pasa de tumbado a sentado” y por encima “se pone de pie con apoyo”. Este orden de los hitos no parece que tenga mucho sentido desde el punto de vista teórico, pues esperamos que un niño sea capaz de ponerse él solo de pie antes de dar pasos con apoyo, pero si pensamos en el nivel de autonomía de un niño tiene una explicación más lógica, pues el hecho de que un niño se mueva sólo le da más autonomía, al poderse desplazar por el entorno aunque haya que ayudarle a ponerse en pie.

En la actividad adaptativa (figura 11) observamos en la parte media el ítem “abre cajones”, “beber solo” por encima, lo que indica más independencia, y “busca el contenido de un recipiente” por debajo, indicando más dependencia.

La concentración de ítems en ambos extremos de la variable quizá nos sugiera que se podrían eliminar algunos que resulten redundantes así como redactar otros que tengan en cuenta otros niveles de dependencia y no sólo los extremos.

Se observa también que el promedio en nivel de dependencia de los sujetos en ambas escalas se sitúa por encima del promedio de dificultad de los hitos, lo cual nos indica que la escala es fácil. Entendemos como fácil, en nuestro caso, que se han concentrado más casos en nivel alto, lo que supone que puntúan menos en dependencia (como se observa en la figura 10 y en la figura 11). Es decir, la escala es apta para la evaluación de la dependencia en niveles bajos de la variable latente, lo que responde a los objetivos de la escala (detectar niños con alta dependencia).

En cambio, no parece adecuado que haya excesivos saltos entre los niveles de dificultad de cada ítem, que resultan más evidentes en la escala adaptativa, pues estos *gaps*

indican que hay zonas amplias en la variable latente que no están siendo medidas con precisión.

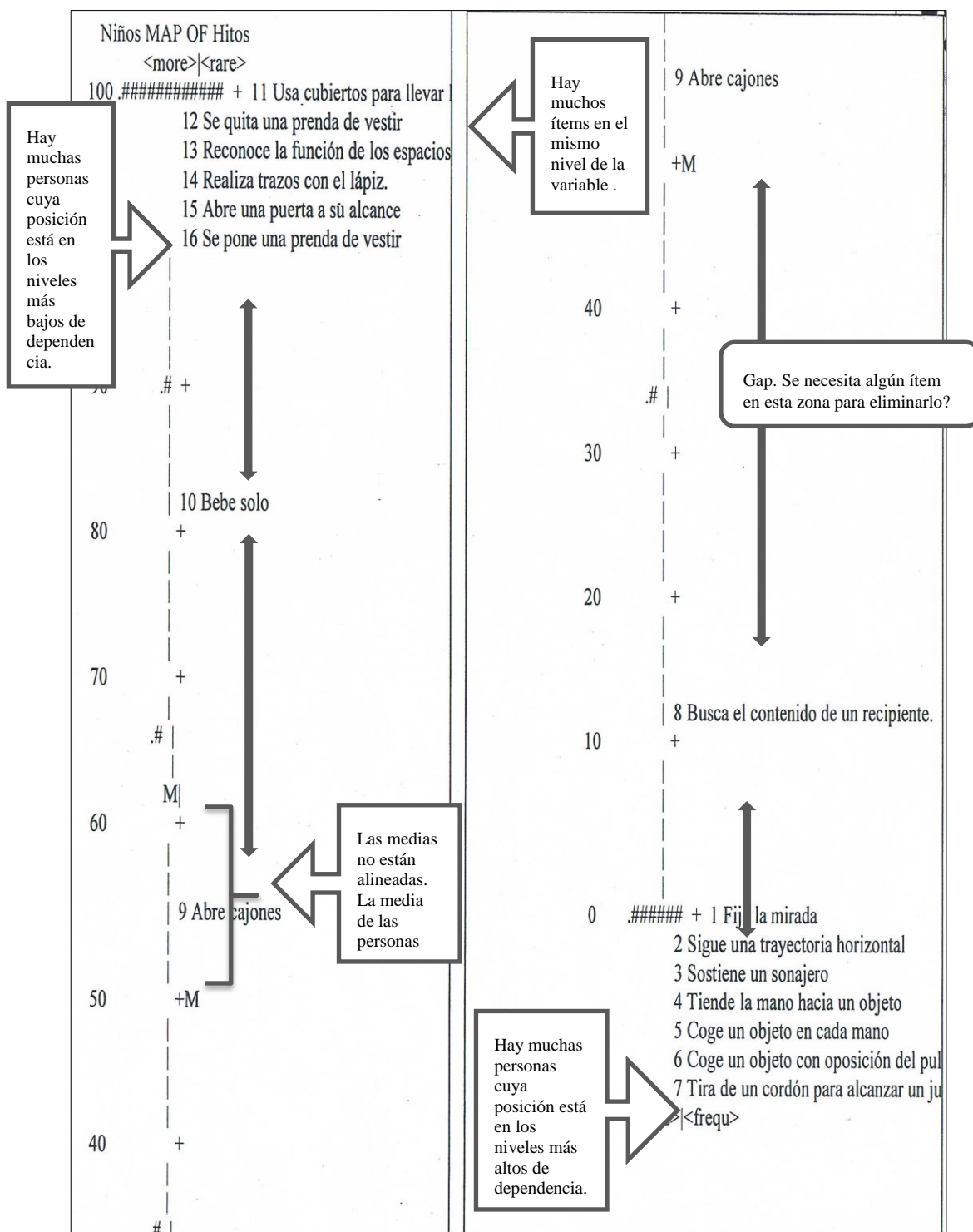


Figura 11. Mapa ítem - personas Actividad Adaptativa Muestra Piloto. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) (2006).

La conclusión que podemos extraer acerca de la evidencia de la estructura interna es que esta escala es útil para discriminar el nivel de dependencia de los niños en función de su nivel evolutivo y posición en la variable latente dependencia.

Encontramos que la EVE cumple requisitos de fiabilidad y validez respecto al fin con el que ha sido construida. No obstante, no se ha podido analizar su validez comparando sus resultados con otro instrumento de valoración.

Asimismo, parecen surgir dudas respecto a que pueda ser más sensible a unas dificultades del desarrollo infantil que a otras, dejando fuera a niños que puedan ser considerados dependientes.

Por tanto, con este estudio piloto se pudo comprobar que esta escala permite discriminar a los niños entre dependientes y no dependientes, lo que sin duda es un objetivo muy importante de acuerdo con de la Ley 39/2006, pero aún quedan pendientes de analizar otros aspectos, como la sensibilidad y especificidad de la escala; o lo que es lo mismo, los niños que siendo dependientes no son detectados y al revés: niños que puntuando dependientes no lo sean.

### **2.3.5. Características de aplicación**

Para describir cómo se aplica la escala EVE nos centramos en el Real Decreto 504/2007 y el 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, pues es el que en estos momentos se sigue utilizando en la valoración (Anexo 4).

La EVE se aplica mediante la observación directa de los profesionales cualificados y formados en la misma. Se han de considerar las ayudas técnicas que hayan sido prescritas y observar al niño en su entorno habitual. No se requiere el empleo de materiales específicos (RD 504/2007), pues los hitos recogidos en la escala pueden observarse en la actividad espontánea del niño con sus familiares y cuidadores habituales. Se debe anotar si el niño realiza o no un determinado hito.

No puede establecerse necesariamente el carácter permanente de la valoración, por lo que se proponen revisiones de oficio a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. A los 36 meses un niño ya será valorado con el baremo de mayores de 3 años, el BVD.

La escala se aplica mediante la observación del funcionamiento en Variables de Desarrollo y Necesidades de Apoyo en Salud (RD 174/2011)

Se recogen tres tipos de situaciones (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana, 2012):

- 1- Las derivadas del bajo peso al nacimiento.
- 2- Las derivadas de la necesidad de medidas de soporte vital por condiciones de salud de carácter crónico prolongado, de larga duración o de frecuente recurrencia, entre las que destaca particularmente la necesidad de contar con medidas de soporte de la movilidad.
- 3- Las derivadas de las condiciones de desarrollo investigando la actividad motriz y la adaptativa a través de la EVE.

Como vemos, el planteamiento es que el valorador que va a aplicar la escala se centre en observar el funcionamiento de un niño en diferentes actividades, pero también se ha de recoger información sobre sus condiciones de salud en el momento de la observación.

### 2.3.6. Puntuación que determina el grado de dependencia

La puntuación final, que determina el grado de la situación de dependencia en un niño se obtiene a través de la combinación de puntuaciones obtenidas en las distintas variables que se tienen que observar y registrar y cuya puntuación se incluye en las tablas de baremación del RD 174/2011 (Anexo 4) y que ya se ha detallado anteriormente.



Figura 12. Determinación del grado de dependencia. Gobierno de Cantabria (2007a).

En la figura 12 observamos las diferentes combinaciones que se realizan hasta llegar al resultado final del Grado de Dependencia. Como ya se vio con más detalle en las tablas de combinación de los diferentes subgrados ahora simplemente incluimos un resumen del resultado final.

Por su importancia a la hora de entender el funcionamiento de la escala y el resultado final destacamos cómo, según el baremo, a mayor puntuación asignada se obtiene más situación de dependencia, lo cual significa que un niño alcanza menos hitos.

### 2.3.7. Versión final de la EVE

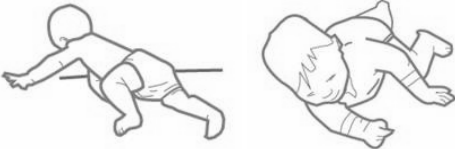

Existen dos versiones de la EVE: la inicial, incluida en Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia y la Escala de Valoración Específica para las personas menores de 3 años; y la segunda, incluida en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, que deroga el anterior. En esta última se mantienen las variables de desarrollo y se modifican las de salud, pues se incorporan algunas modificaciones menores a efectos de aclaración del texto. También se añaden dos nuevos ítems en la tabla de movilidad “para una mayor precisión de este bloque de actividad” (Sánchez y Cobo, 2013, p. 6). Dichas modificaciones aparecen en la tabla 18. Igualmente, se revisa la tabla de combinación de necesidades de apoyo en salud para mejorar su sensibilidad, al cruzarlas con las medidas de soporte para funciones vitales (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana, 2012).

Tabla 18. Cambios y versión definitiva en variables del desarrollo. RD 504/2007 y RD 174/2011.

RD 504/2007	RD 174/2011
<u>PEG exclusiva</u> (Recibe alimentación, únicamente, a través de una sonda que se inserta quirúrgicamente a través de un orificio en la piel del abdomen y llega al estómago o a un asa intestinal)	<u>Alimentación por estoma</u> (Recibe alimentación a través de una sonda que se inserta quirúrgicamente a través de un orificio en la piel del abdomen y llega al estómago o a un asa intestinal)
<u>Monitor de apneas</u> (Precisa un soporte mecánico que alerta de las pausas respiratorias no fisiológicas).	<u>Monitor permanente de apneas</u> (Precias un soporte mecánico que alerta de las pausas respiratorias no fisiológicas durante todo el día)
	Se añade :
	<u>Más de una prótesis/órtesis de miembro superior y /o inferior</u> (dispositivo ortopédico que compensa la extremidad y/o sus funciones)
	<u>Bomba de insulina</u> (Dispositivo que permite administrar la insulina de manera continua)

En el manual de instrucciones (Anexo 4) se amplían las explicaciones de lo que hay que observar en un hito, con objeto de servir de apoyo a los profesionales que la han de aplicar y unificar criterios de aplicación. Vemos un ejemplo en la tabla 19, en la que se compara cómo se describe un hito de la actividad motriz y adaptativa en el RD 504/2007 y en el RD 197/2011 (Anexo 4).

Tabla 19. Ejemplo de definición de hitos RD 604/2007. RD 174/2011.

RD 504/2007	RD 174/2011
<p><b>ACTIVIDAD MOTRIZ</b></p> <p>6-Gira sobre sí mismo En decúbito, sobre una superficie horizontal gira sobre el eje de su propio cuerpo. Se valora desde los siete meses</p>	<p><b>ACTIVIDAD MOTRIZ</b></p> <p>6.- Gira sobre sí mismo En decúbito, sobre una superficie horizontal gira sobre el eje de su propio cuerpo. Se valora desde de los siete meses Se considera adquirido este hito, si cuando se le deja tumbado sobre una superficie plana gira sobre su propio cuerpo. Se le puede mostrar, como incentivo, un juguete animándole. Se trata de comprobar que, estando tumbado, es capaz de girar de boca arriba a boca abajo, y/o a la inversa.</p> 
<p><b>ACTIVIDAD ADAPTATIVA</b></p> <p>11. Abre cajones. Abre un cajón a su alcance utilizando el tirador. Se valora desde los dieciséis meses</p>	<p><b>ACTIVIDAD ADAPTATIVA</b></p> <p>11. Abre cajones. Abre un cajón a su alcance utilizando el tirador. Se valora desde los dieciséis meses. Se introduce, ante su mirada, uno de sus juguetes favoritos en un cajón situado a su alcance. Se le anima a buscarlo. Se valora positivamente si es capaz de abrir el cajón, cualquiera que sea el tirador del mismo.</p> 

Por último, en la versión definitiva hay una serie de aspectos prácticos a tener en cuenta cuando se aplica la escala y que vemos interesante destacar, como: “Dado que la valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, se trata de observar la realización de actividades mediante el uso de los objetos y materiales que habitualmente se encuentran en el mismo y a los que el/la niño/a está acostumbrado” (RD 504/2011, p. 18646). Si tenemos que observar algún hito que no se manifiesta espontáneamente en el curso de la observación

se puede indicar al niño lo que debe hacer, y si no es posible la observación se puede provocar que el niño lo lleve a cabo.

Se especifica que “el objetivo de la EVE es valorar las actividades que el/la niño/a puede hacer, independientemente de cual sea la ayuda que habitualmente recibe. Por ejemplo, el hito 12 de actividad adaptativa valora que “bebe solo”. El valorador observará si puede hacerlo por sí mismo, aunque habitualmente el/la cuidador/a le dé de beber, sosteniéndole el vaso.” (RD 504/2011, p. 18646).

Se hace hincapié en que “Se deben de valorar todos los hitos, de ambas escalas, correspondientes a la edad de la persona, aun cuando debido a la deficiencia de una estructura corporal, pueda no existir una función. Así puede darse el caso de un niño que debido a una deficiencia de la estructura del globo ocular, careciera de la función visual; el hito 2 de la tabla de actividad adaptativa, “fija la mirada”, se considerará como no adquirido, asignándose la puntuación correspondiente, según cual sea su edad.” (RD/ 504/2011, p. 18647)

Para considerar adquiridos los hitos de ambas escalas se tendrá en cuenta la funcionalidad de la acción, intencionalidad y comprensión de la misma, independientemente del modo de realización. De esta manera, por ejemplo, se observará que “busca el contenido” de la caja, o “tira del cordón con el propósito de alcanzar el juguete”, independientemente de la mano que utilice y de la calidad de la coordinación manual.

En conclusión, pensamos que para que la observación sea coherente con los objetivos de la Ley 39/2006, el observador ha de tener en cuenta lo que un niño es capaz de hacer por él solo, dentro de un contexto lo más natural posible y sin tener en cuenta la calidad con que realiza una actividad.

## **CAPÍTULO 3.- LEY DE DEPENDENCIA Y ATENCIÓN TEMPRANA**

### **3.1. INTRODUCCIÓN**

Comprender la vinculación entre un servicio de Atención Temprana para niños pequeños y la valoración de la situación de dependencia ha sido algo habitual para la autora de este estudio, pues la valoración de niños, sus familias y el entorno en el que se desenvuelven, así como la determinación de sus necesidades y apoyos forma parte del trabajo cotidiano en el Centro Base de Valladolid.

En este capítulo se presentan las bases de la Atención Temprana, para establecer una concordancia entre los modelos de Atención Temprana que empiezan a implantarse en algunas provincias españolas y el servicio de apoyo a los niños y a las familias en el marco de la ley 39/2006, pues como se explica más adelante, ambos comparten una base teórica común.

En este sentido veremos cómo en Castilla y León la relación entre dependencia en menores y Atención Temprana es estrecha, pues el equipo de Atención Temprana de los Centros Base es el que realiza la valoración, así como el que diseña el Plan de Intervención de dichos niños.

Comenzamos con una breve revisión de cómo se empezó a trabajar en este campo con los niños pequeños para exponer después lo que ha supuesto la Ley 39/2006 en la Atención Temprana. Se presenta la escala Brunet Lézine-R, pues las puntuaciones que se obtienen con esta escala se utilizarán en el estudio empírico de este trabajo, así como los datos de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2004 a; Grupo de Atención Temprana 2004 b; Grupo de Atención Temprana, 2008; Grupo de Atención Temprana, 2013).

Como en capítulos anteriores, el marco teórico en el que nos basamos es el que se publica en los documentos oficiales de la administración, ya que marcan las directrices del funcionamiento de los servicios.



## 3.2. LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS PEQUEÑOS EN ATENCIÓN TEMPRANA

### 3.2.1. Concepto

La importancia de la Atención Temprana hoy en día es una realidad en la intervención con niños pequeños. Gran parte del potencial humano viene determinado por los seis primeros años de vida y está ampliamente demostrado cómo la intervención en esos primeros momentos supone un beneficio para el desarrollo. De la misma forma, el apoyo que se le puede dar a una familia para que sepa adaptarse a las necesidades de su hijo y favorecer su desarrollo es uno de los predictores de buen funcionamiento y de calidad de vida familiar. (De Linares y Rodríguez, 2004; Giné, Gràcia, Vilaseca y Balcells, 2009).

A medida que ha ido transcurriendo el tiempo y avanzando los estudios se han ido utilizando diferentes términos para referirse al trabajo realizado con niños con algún problema en su desarrollo o riesgo de padecerlo: estimulación precoz, atención precoz, intervención temprana y atención temprana. A veces estas denominaciones han sido usadas con el mismo sentido, pero conviene matizar que son diferentes y además han implicado momentos históricos distintos.

Más en detalle, y como se referencia en Belda y Casbas (2012, p 6) la evolución del concepto se puede resumir en las siguientes décadas (tabla 20).

Tabla 20. Evolución del Concepto de Atención Temprana. Fuente: Belda y Casbas (2012).

Estimulación Precoz	Intervención Temprana	Atención Temprana	Atención Temprana De Calidad
70 – 80	80 – 90	90 – 00	00 - 10
Niño	Niño – Familia	Niño-Familia-Entorno	Niño-Familia-Entorno-Sociedad
Minusvalías (0-2) (0-6)	Minusvalías (0-6) Poblaciones de Riesgo	Población General (De cero a seis años)	Derecho Universal (De cero a seis años)
Prevención 3ª	Prevención 2ª y 3ª	Prevención 1ª , 2ª y 3ª	Prevención 1ª , 2ª y 3ª
Unidades de Estimulación Precoz	Servicios de Intervención Temprana Centros Base	Centros de Atención Temprana	CDIAT

Observamos en la tabla 20, que en la década de los 70 para la estimulación precoz el centro de la intervención es el niño que tiene una minusvalía y por tanto hay que tratar de paliar sus efectos (prevención terciaria). En este marco los centros de trabajo se llamaron

unidades de estimulación precoz. En el año 2000 el panorama cambió, pues en la atención temprana de calidad se pone el foco en el niño, la familia, el entorno y la sociedad, ya que se entiende que la atención es un derecho universal que ha de trabajar en diferentes niveles, desde la prevención primaria a la terciaria. En este contextos los centros de trabajo se denominan “Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana” (CDIAT).

Se va produciendo un importante cambio conceptual y metodológico con respecto al primer planteamiento que tenía un carácter organicista y centrado en el niño (De Linares y Rodríguez, 2004. Pérez-López, 2009). Se supera el término inicial de “Estimulación Precoz” como un tratamiento únicamente dirigido a la persona para dar paso a un importante avance globalizador en la atención al niño. Este avance conlleva el considerar el contexto socio-familiar como elemento no solo básico, sino imprescindible en cualquier proceso de intervención. (García-Sánchez, Escorcia, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez, 2015; Candel, 1998; Millá y Mulas, 2005)

El término Atención Temprana es fruto de una evolución conceptual que lleva implícita una evolución metodológica. Este concepto supera los modelos de estimulación precoz (con énfasis en la aceleración del proceso normal de desarrollo) y de estimulación temprana (donde se comienza a valorar el contexto del niño). Supone el paso de medidas asistenciales de carácter clínico – rehabilitador, a la adopción de medidas preventivas y acciones que contemplan los aspectos psicosociales y educativos del desarrollo del niño (Gútiérrez, 2005; Calvo y Tejero, 2008).

Diversos estudios e informes en materia de atención temprana provenientes tanto del marco europeo, tales como los elaborados por la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, como del marco estatal, en especial el Libro Blanco de la Atención Temprana del Real Patronato de Atención a la Discapacidad, ponen de manifiesto el desarrollo de un concepto de atención temprana en el que la salud, la educación y las ciencias sociales se involucran e interrelacionan para procurar una acción integral en las intervenciones que, aun centradas primordialmente en el niño o niña, también dan cabida a las necesidades de la familia y el entorno. (Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León. BOCYL, 2010).

Por tanto el término “estimulación” se sustituye por el de “atención”, debido a que desde una concepción “ecológica” del desarrollo, el objeto de la intervención no va a ser el niño considerado aisladamente y con una serie de programas de carácter madurativo y

conductual para él exclusivamente, sino todo el sistema del que forma parte el niño: la familia y, en un sentido aún más amplio, la comunidad (Pérez-López, 2009).

De este modo, se entiende por Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2000):

El conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar. (p.13).

En la línea de esta definición, la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010) plantea la Atención Temprana que debe ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias, como:

Conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un 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. (p.7).

Peterander (1999) señala que la Intervención Temprana significa una metodología multidisciplinar (participan varias disciplinas y necesitan trabajar juntas) y también un enfoque ecológico (el centro no es sólo el niño como hasta ahora, sino el niño, la familia y la comunidad) , también destaca que la clave de la Atención Temprana debe ser la precocidad en su detección, la multidisciplinaridad y el enfoque ecológico, aspectos que cada vez son más tenidos en cuenta en la práctica de la atención con niños, sus familias y el entorno en el que se desenvuelven.

Por último, nos gustaría destacar que lo expuesto respecto al concepto de intervención temprana y la metodología de trabajo más actual la caracterizan como un recurso útil para trabajar con niños en situación de dependencia y para apoyar a sus familias en el contexto cotidiano, para ir favoreciendo su desarrollo general y su nivel de autonomía en particular y promover así la participación más activa del niño en la comunidad o entorno más próximo.

### **3.2.2. Objetivos y Principios**

Presentamos en este punto los objetivos y principios que se delimitan en el Libro Blanco de la Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2000) resultado del trabajo de un grupo de expertos. Para los que nos dedicamos a este ámbito de trabajo constituye un referente, pues es indispensable para la comprensión y desarrollo del trabajo diario.

El objetivo fundamental de Atención Temprana según el Libro Blanco (Grupo de Atención Temprana 2000):

Es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (p.17-18).

Partiendo de este objetivo general se desglosan seis específicos, que según este mismo documento guían la práctica de la Atención Temprana:

- 1- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- 2- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso de desarrollo del niño.
- 3- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- 4- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.

5- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.

6- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

Se plantean los siguientes principios básicos, esenciales para poder hablar de un modelo de atención de calidad para la primera infancia (Grupo de Atención Temprana, 2000):

Principio de diálogo, participación e integración: El respeto a la condición de sujeto activo del niño que presenta un trastorno en el desarrollo es fundamental para la integración familiar, escolar y comunitaria. La Atención Temprana debe facilitar el conocimiento social del niño y estimular la expresión de sus necesidades. Implica un modelo en el que participan y colaboran las partes implicadas: la familia, la sociedad y los profesionales. (p.46).

Reforzamos esta idea con lo que plantea la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010), pues refiere que es necesario realizar un esfuerzo para que los servicios lleguen a las familias y los niños y dar respuestas a sus necesidades. Consideramos que esta recomendación viene a reforzar el hecho de que un servicio de atención temprana pueda estar en el catálogo de prestaciones para un niño que se encuentra en situación de dependencia.

Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades: Es necesario que la Atención Temprana sea un servicio público, universal y gratuito para todos aquellos niños y familias que lo necesiten, más allá de su nacionalidad, condición social política y económica, pues la misma actúa en la prevención y/o evitación de riesgos facilitando así la igualdad de oportunidades en los distintos contextos de la vida social.

Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional: El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas, que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo.

Los profesionales, para conseguir un trabajo en equipo cooperativo, deben realizar algún tipo de formación común, añadiéndolo al conocimiento adquirido durante su formación inicial. (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales, 2010).

**Coordinación:** Corresponde a los servicios de Atención Temprana promover el trabajo en redes locales organizadas, que se complementen y utilicen los recursos humanos y económicos óptimamente, facilitando así, la calidad de vida familiar.

**Descentralización:** Se refiere al establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia, en su proximidad, incluyendo la prestación de servicios a domicilio. Implica la inserción de la Atención Temprana en las redes de atención primaria de salud y de servicios sociales, en la intermediación de las escuelas infantiles y en el contexto en el que se desenvuelve la familia. En este sentido la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010), destaca que los servicios y/o la intervención deberían estar situados tan cerca como sea posible de las familias para:

- a) Facilitar un mejor conocimiento de las condiciones del entorno social de las familias
- b) Asegurar la misma calidad de servicios a pesar de las diferencias en la situación geográfica
- c) Evitar solapamientos, procedimientos irrelevantes o engañosos

**Sectorización:** hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

Concluimos, después de repasar los objetivos y principios del Libro Blanco, que son similares a los que plantea la Ley 39/2006 y que se detallaron en el capítulo anterior (ver figura 1). También podemos afirmar que la evolución en la Atención Temprana nos lleva a entender que una intervención no sólo ha de estar centrada en el niño, sino en el contexto en el que tiene lugar su desarrollo, en el que se incluye la familia. Por ello en la actualidad se está trabajando con los modelos centrados en la familia, que también sugiere la Ley 39/2006 para atender a los niños en situación de dependencia.

### 3.2.3. Modelos de intervención

Hemos expuesto que el concepto de Atención Temprana, así como los modelos de intervención, han ido cambiando en sus casi 50 años de existencia. La práctica profesional también se ha modificado, desde un modelo centrado en la rehabilitación y con un papel preponderante del técnico hacia otros modelos en los que intervienen más roles, y en especial el de la familia (Candel, 2004). Poco a poco, nos estamos dirigiendo a modelos de intervención en entornos naturales y basados en las rutinas (Perpiñán, 2009).

Sin duda, el cambio en el modelo de intervención ha venido avalado por los diferentes estudios, sobretodo fuera de nuestro país, que tratan de averiguar si los programas de atención temprana sirven para mejorar el desarrollo de un niño y para favorecer la competencia de una familia a la hora de atender a su hijo en la vida cotidiana. En este sentido, García-Sánchez (2014) cita los trabajos de Boavida, y Carvalho, (2003), Pinto, Grande, Aguiar, de Almeida, Felgueiras, Pimentel, et al., (2012) y Hanson (2003) en EEUU y Portugal, que además ya han desarrollado legislaciones que plantean que hay que trabajar para la familia. Mencionamos a nivel nacional los trabajos de García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López y Hernández-Pérez (2014) y García-Sánchez, Mirete, Martín y Romero (2008) que también cita García-Sánchez (2014).

Más allá de la Ley 39/2006, las posiciones teóricas de Giné et al. (2009) y Pérez-López (2004) respecto al modelo de intervención en atención temprana nos insisten en la conveniencia de adoptar una perspectiva social y ecológica-transaccional del desarrollo, y citan los trabajos de autores como Vygotski (1964), Bronfenbrenner (1979), o Sameroff (1993) para insistir en que la intervención ha de estar centrada no sólo en el niño, sino también en la familia. Además, se destaca la importancia de aprovechar las rutinas diarias para potenciar el desarrollo del niño y la adaptación de la familia, así como capacitar a las familias para que puedan afrontar y adaptarse a las necesidades y condiciones del niño con discapacidad o con riesgo de padecerla. Nos insisten en que hay que adoptar un modelo basado en la colaboración padres-profesionales, pues los padres no son meros receptores, sino también proveedores de información y por tanto deben ser participantes activos en el proceso de intervención.

Nos referimos a que partimos de modelos como la Teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1987), que nos permite entender la influencia que tienen los distintos ambientes relacionados con el desarrollo de una persona; del modelo ecológico-transaccional de Sameroff (1983, 1987), que explica las influencias mutuas entre la parte ligada a la

herencia, lo biológico y lo aprendido o adquirido por un individuo en su contexto. En definitiva, un niño tendrá la oportunidad de provocar cambios en su propio ambiente según las experiencias que el contexto le proporcione.

Anteriormente, en Bronfenbrenner (1974) se revisan 12 estudios realizados con niños de 1 a 6 años para analizar la eficacia de los métodos de intervención temprana en el desarrollo de la persona. En 8 de estos estudios se incluyen comparaciones de un grupo experimental aleatorizado con un grupo control, y se concluye que la eficacia de la intervención es evidente, pero siempre y cuando esta intervención esté centrada en la familia, sea ecológica y que el programa sea amplio; es decir, que haya una estrategia secuencial.

Bennett (1989) concluyen que el éxito de los programas radica en su ampliación a esferas más allá del propio niño. La intervención debe dirigirse al contexto de la familia y es necesario utilizar un modelo ecológico y transaccional.

Hemos mencionado reiteradamente que el paradigma actual en Atención Temprana se centra en potenciar la calidad de vida familiar para procurar la autonomía del niño a través de la misma (Giné, et al., 2009). En este sentido, destacan el modelo y las prácticas de atención temprana en contextos naturales centradas en la familia y basadas en rutinas de McWilliam (2010) y que plantean que el eje central del trabajo de un profesional que pertenece a un equipo transdisciplinar ha de ser el entorno habitual y cotidiano del niño. En este modelo la Atención Temprana se basa y proporciona apoyos y recursos para ayudar a los miembros de la familia y prestadores de recursos, de forma que se mejore el aprendizaje del niño y su desarrollo mediante oportunidades de aprendizaje diarias. Por tanto, la atención temprana se concibe para ayudar a la familia en contextos naturales, aspecto éste muy en sintonía con un servicio de atención en el marco de la situación de dependencia, pues se trata de facilitar a la familia aquellas estrategias que le permitan dar respuesta a las necesidades de su hijo y que se puedan presentar en cada circunstancia, creando así aprendizajes funcionales. McWilliam (2010) plantea que la mayoría de los aprendizajes significativos para un niño se producen en su entorno natural y entre las sesiones de intervención.

Pérez-López (2004) también señala, citando al modelo ecológico transaccional de Guralnick (2005), que está demostrado cómo la eficacia de los programas se basa en el trabajo con la familia y muestra claramente cómo la calidad de las primeras relaciones padres hijos puede estar influenciada tanto por las características de los padres (familia) como por las de los hijos. Este modelo destaca que la intervención ha de centrarse en las competencias sociales y comunicativas. Además se refiere que el ser humano se desarrolla en las relaciones



interpersonales significativas y el aprendizaje se mejora en los contextos emocionales y afectivos. El aprendizaje se fortalece en tres procesos:

- a) La calidad de las interacciones padres e hijos.
- b) Las experiencias que proporciona la familia.
- c) El vínculo y seguridad que aporta la familia a un niño.

Concluimos con la tabla 21, en la que se presentan los Modelos de Atención Temprana centrados en la familia, basados en los planteamientos anteriores. Para entender esta tabla hacemos referencia al trabajo de García-Sánchez (2014), en el que se destaca que el profesional de atención temprana ha de tener una práctica participativa con la familia. Este autor refiere que un servicio que sigue un enfoque centrado en la familia debe hacer un uso consciente y planificado de prácticas específicas que las impliquen como colaboradores activos y necesarios en las actuaciones a realizar, y cita a García-Sánchez, Escorcía, Sánchez-López, Orcajada y Hernández-Pérez (2014) para destacar que de esta forma se consigue que los cuidadores implicados en los programas de atención temprana se conviertan en co-responsables de las decisiones y verdaderos agentes del cambio en el entorno natural del niño. Esto supondría capacitar a la familia y considerarla como experta, frente al modelo enfocado a la familia en el que la misma participa en la determinación de objetivos y en la planificación pero las opciones las plantea el profesional, que es el experto. Si consideramos a la familia como aliada se limita aún más su papel, pues aunque colabora es exclusivamente el profesional experto el que planifica y toma decisiones.

Tabla 21. Modelos de Atención Temprana centrados en la familia. Fuente: Vicente (2015).

Modelo/Enfoque	Rol del profesional	Participación de la familia la determinación de objetivos	Participación de la familia en la planificación	Principal en la toma de decisiones
Modelo centrado en el terapeuta	Experto	No	No	Profesional
Modelo familia-aliada	Experto	Sí	No	Profesional
Modelo enfocado a la familia	Apoyo a la familia como experto	Varía de acuerdo con los deseos de la familia	Sí, aunque a partir de opciones plantadas por los profesionales	Familia, aunque condicionada por las opciones que presentan los profesionales
Modelo centrado en la familia	La familia es experta, profesional como apoyo	Sí	Capacitación familiar para la planificación	Familia, decisiones informadas buscando siempre consenso con los profesionales

Desde una menor a mayor implicación de la familia, avanzamos de un modelo centrado en el profesional, ya prácticamente en desuso, pasando por el modelo de familia como aliada, que participa en la determinación de objetivos pero no en la toma de decisiones, hasta un modelo enfocado en la familia. En éste la misma ya es más protagonista en la planificación y toma de decisiones en función de las opciones planteadas por el profesional.

Nos atrevemos a decir, que actualmente en nuestro desarrollo profesional en el Centro Base (que se especifica con más detalle en el siguiente punto) nos situamos en este planteamiento.

En conclusión, se camina hacia un cambio de paradigma, hacia un modelo centrado en la familia que conlleva que la intervención en Atención Temprana esté más en sintonía con el planteamiento de un servicio de apoyo para la autonomía y desarrollo en niños de 0 a 35 meses.

#### **3.2.4. Algunos instrumentos de valoración del desarrollo infantil**

No es objeto de esta investigación detallar procesos de evaluación del desarrollo en niños pequeños, ni mucho menos detallar los instrumentos que están al alcance de los profesionales para tal fin. En este punto se pretende hacer una breve descripción de lo que es evaluar a niños y mencionar con más detalle la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R de Josse (1997), pues es la que utilizamos en el estudio empírico de esta investigación.

Los objetivos del proceso de evaluación psicológica en el ámbito de la atención temprana, tanto en un proceso inicial como en el seguimiento de una intervención, se pueden resumir en (Costas, 2009; Pérez-López, 2004):

a) Detectar si el niño se comporta, reacciona y se relaciona de acuerdo con unos parámetros considerados “normales”, o lo que es lo mismo, en concordancia con lo que se espera que haga según su edad y condicionamientos socioculturales.

b) Analizar y describir, lo más objetivamente posible, cuáles son sus “puntos fuertes” y sus “puntos débiles”, así como los de su entorno inmediato, la familia.

La evaluación no es siempre sencilla, pues en esta etapa nos encontramos con frecuentes cambios en el niño. Aun así podemos obtener una visión lo más completa posible del desarrollo para que tanto el profesional como la familia tengan un conocimiento de sus

puntos fuertes y débiles. Los puntos débiles indican las áreas de intervención inmediata, mientras que los puntos fuertes nos proporcionan información acerca de los recursos de los que dispone el niño, los cuales pueden ayudar a recuperar aquellas otras funciones más afectadas. (Costas, 2009).

<p><b>ABAS- II. Sistema de evaluación de la conducta adaptativa P. L.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación: Individual.</li> <li>• Tiempo: 20 minutos aproximadamente.</li> <li>• Edad: 0 a 89 años</li> <li>• Proporcionar una evaluación completa de las habilidades funcionales diarias de una persona en distintas áreas o contextos con el fin de determinar si es capaz de desenvolverse en su vida cotidiana sin precisar la ayuda de otras personas.</li> <li>• Las áreas que evalúa son Comunicación, Utilización de los recursos comunitarios, Habilidades académicas funcionales, Vida en el hogar o Vida en la escuela, Salud y seguridad, Ocio, Autocuidado, Autodirección, Social, Motora y Empleo. Además de las escalas anteriores, el ABAS-II también ofrece puntuaciones en tres índices globales: Conceptual, Social y Práctico, así como un índice global de conducta adaptativa (CAG)</li> </ul>	<p><b>ESCALAS REYNELL DE DESARROLLO DE LENGUAJE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación: Individual.</li> <li>• Tiempo: Variable, 30- 45 minutos aproximadamente.</li> <li>• Edad: 15 meses hasta los 17 años <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite valorar de una forma rápida aspectos gramaticales y semánticos del lenguaje expresivo y comprensivo. Determinar el nivel de desarrollo de algunos aspectos estructurales del lenguaje y su influencia en la adquisición y uso del lenguaje.</li> <li>• Consta de: pruebas para la evaluación de la comprensión y expresión del lenguaje. Incluye dos escalas diferenciadas: “Comprensión” –que incluye comprensión y comprensión verbal- y “Expresión”.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Escalas Bayley de desarrollo infantil (BSID)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación: Individual.</li> <li>• Tiempo: Variable, 45 minutos aproximadamente.</li> <li>• Edad: Hasta los dos años y medio. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consta de tres escalas diferenciadas que contribuyen a evaluar el desarrollo del niño en los primeros dos años y medio de vida. La primera, Escala Mental, aprecia aspectos relacionados con el desarrollo cognitivo y la capacidad de comunicación. La Escala de Psicomotricidad evalúa el grado de coordinación corporal, así como habilidades motrices finas en manos y dedos. Por último el Registro del Comportamiento permite analizar la naturaleza de las orientaciones sociales y objetivas hacia el entorno.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>MP-R, Merrill-Palmer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación: Individual.</li> <li>• Tiempo: Entre 30 y 60 minutos aproximadamente.</li> <li>• Edad: De 1 a 78 meses (de 0 a 6 años y medio).</li> <li>• Son una batería de tests de aplicación individual destinada a la evaluación global del desarrollo infantil y que explora específicamente las cinco principales áreas del mismo (desarrollo cognitivo, lenguaje y comunicación, desarrollo motor, desarrollo socio-emocional y conducta adaptativa)</li> </ul>	<p><b>BATTELLE, Inventario de Desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación: Individual.</li> <li>• Tiempo: De 10 a 30 min. la prueba de “screening”; de 60 a 90 min. el inventario completo.</li> <li>• Edad: 0 a 95 meses.</li> <li>• Aprecia el nivel de desarrollo del niño (con o sin minusvalías) y permite evaluar su progreso en cinco áreas diferentes: Personal /Social, Adaptativa, Motora, Comunicación y Cognitiva.</li> </ul>	<p><b>MacArthur, Inventario de Desarrollo Comunicativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación: Individual.</li> <li>• Tiempo: Variable, entre 60 y 90 minutos.</li> <li>• Edad: Niños de 8 a 30 meses.</li> <li>• Refleja el proceso normal de adquisición temprana del lenguaje mediante un conjunto de manifestaciones diversas: Gestos prelingüísticos, Vocalizaciones prelingüísticas, Vocabulario y Gramática.</li> </ul>

Figura 13. Test de desarrollo. Elaborada ad hoc (Basada en TEA, 2012).

Observamos en la figura 13 seis instrumentos de valoración de niños, los más utilizados en la práctica cotidiana en atención temprana. Entre ellos, las Escalas Bayley y Batelle han sido utilizadas en la revisión documental para la elaboración de la EVE.

Destacamos, por obvio que parezca, que para hacer una valoración completa no sólo se utilizan test o escalas de desarrollo; también hemos de realizar una entrevista con la familia así como una observación de conducta y juego en el niño. Pero si nos centramos en los instrumentos de evaluación del desarrollo infantil y los clasificamos en escalas ordinales basadas en secuencias de conducta y escalas ordinales con base teórica (Urbina, 2007), la diferencia entre unas y otras se encuentra en su estructura y base conceptual.

### **3.2.4.1. Escala del desarrollo psicomotor de la primea infancia Brunet Lézine-R**

Describimos esta escala de evaluación porque es la que se utiliza habitualmente en el Centro Base de Valladolid y sus datos se van a utilizar en el estudio empírico de esta investigación. En nuestro país, la escala está traducida por Pereda Marín de la Universidad Complutense de Madrid y ha sido editada por Psymtec en el año 1997.

Su autora es Denis Josse (1997) y como apunta Costas (2009) y cita en su trabajo (p. 9) se trata de una revisión de la clásica escala Brunet-Lézine (1965), cuya versión original fue editada en París el año 1951 y está inspirada en los trabajos de Gesell (1951) sobre el desarrollo infantil.

Se trata de una escala ampliamente utilizada en Atención Temprana, puesto que es una prueba rápida y adecuada para la edad de los niños. Es fácil de administrar y sirve para hacer un *screening* en las diferentes áreas del desarrollo con puntuaciones sobre el desarrollo evolutivo en distintas áreas. Nos permite detectar los puntos fuertes y débiles del niño, así como la necesidad de realizar una intervención, establecer los objetivos de la misma y poder evaluar los cambios producidos, al comparar puntuaciones en diferentes momentos.

Consta de 150 ítems que se organizan por meses y áreas del desarrollo, que se denominan: P, C, L y S:

P: motor o postural, que es el estudio de los movimientos del niño en posición dorsal, ventral, sentada y de pie. Evalúa el control postural.

C: Coordinación visomotora, que es el estudio de la prensión y del comportamiento del niño con los objetos. Evalúa la percepción (a través de diferentes sentidos), así como la

motricidad fina (coger objetos) y las estrategias de planificación de la conducta (soltar un objeto para agarrar otro) y de pensamiento (permanencia del objeto).

L: Estudio del lenguaje en sus funciones de comprensión y expresión. Evalúa los prerrequisitos del lenguaje y primeros actos comunicativos hasta llegar a la emisión de frases.

S: Relaciones sociales, englobando la toma de conciencia de sí mismo, las relaciones con otros, las reacciones emocionales y la adaptación a las situaciones sociales. Evalúa la capacidad de entender al otro como fuente de información.

Nos permite medir el desarrollo de los niños desde los 2 a los 30 meses. Para ello la escala se estructura en los 15 niveles (meses) siguientes: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 17, 20, 24 y 30. Cada nivel consta de 10 ítems, por lo que hay un total de 150. Son ítems dicotómicos, pues se puntúa si el niño logra o no un determinado ítem.

El resultado final son cocientes de desarrollo de cada área, así como una puntuación global que estima el desarrollo general de los niños, situando sus adquisiciones en relación al grupo de niños de su misma edad. Los cocientes de desarrollo de cada área permiten establecer un perfil de sus posibilidades en un momento dado. En esta investigación utilizamos tanto los cocientes de desarrollo (QD) de cada área como el total. Aclaremos que el cociente de desarrollo es el resultado de tener en cuenta la edad cronológica de un niño (o la corregida, si se trata de un niño prematuro) en relación a su edad madurativa multiplicada por 100. Según el manual un QD por debajo de 70 se considera como signo de retraso.

La revisión que realiza Josse (1997) se basa en una muestra de 1.055 niños de 2 a 30 meses procedentes de distintos puntos de Francia. Los ítems se clasifican según el porcentaje de éxito, que oscila entre el 50% y el 90%. Para su interpretación, se ofrece una distribución de medias y desviaciones típicas, calculadas sobre una submuestra de 997 niños de la misma muestra.

#### **3.2.4.2. Cualidades psicométricas, especificadas en el manual de aplicación**

En el manual de aplicación de la escala aparecen reflejadas las características métricas de la misma:

Sensibilidad: es la capacidad del test que permite poder diferenciar y discriminar entre los sujetos. Se concluye que la escala es sensible a las diferencias por edad en los diferentes campos de medición, excepto:

Escala postural en 10-11 meses, 17-18 meses y 27-30 meses (valores de  $p > 0,05$ ).

Escala del lenguaje en 12-13 meses, 14-15 meses y 20-22 meses.

Escala de sociabilidad en 14-15 meses, 17-18 meses, 20-22 meses y 27-30 meses.

Fiabilidad: es la capacidad del test para mantener estables las puntuaciones en el tiempo. Se obtiene a través de la Fiabilidad test-retest, calculada con 79 sujetos de 6 a 18 meses, con 15 días de intervalo entre una aplicación y otra. Concluyen que el 90% de los coeficientes obtenidos en las diferentes escalas son  $> 0,70$ , excepto escala social a los 6 meses. Se concluye con que, a excepción de un resultado en socialización con el grupo de niños de 6 meses, la escala posee una buena estabilidad en el tiempo.

También se comprueba la fiabilidad por equivalencia, que tiene por objetivo verificar que la escala Brunet Lézine-R mide lo mismo que la Brunet-Lézine. Con 76 niños de 6 a 18 meses se concluye que es fiable en todas las áreas excepto en lenguaje y sociabilidad, donde las correlaciones son más débiles en la escala de la versión revisada.

En relación con la fiabilidad interna la fórmula Alpha de Cronbach muestra correlaciones comprendidas entre 0,69 y 0,87

Validez: Respecto a la validez interna de la escala, las correlaciones son poco elevadas, escalonándose entre 0,24 y 0,67.

La ventaja de esta escala (Costas, 2009) es su estructura, puesto que permite un análisis intraindividual de los resultados. Se obtiene un perfil del desarrollo de un niño que es muy operativo, pues a simple vista se puede observar el nivel alcanzado por el sujeto en cada una de las áreas. Su principal inconveniente (Costas, 2009) es que no dispone de una tipificación. Como ya se ha indicado, se obtienen cocientes de razón y no de desviación. Esto, además de limitar su valor psicométrico, complica el proceso de corrección de la prueba, por lo cual los datos acerca de su validez, fiabilidad y valor predictivo son poco conocidos.

En conclusión, en esta investigación se utilizan los cocientes de desarrollo de esta escala aunque quizá no sea la que mejor características métricas tenga, pero es la que habitualmente se utiliza en el Centro Base de Valladolid y también se aplica en la EVE.

### 3.2.5. Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT)

Presentamos en este punto la Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (en adelante ODAT), pues es una herramienta de trabajo de uso cotidiano para la autora de esta investigación. Se utiliza para determinar los factores de riesgo en el diagnóstico del niño, familia y entorno. En esta investigación se emplea con objeto de analizar diferencias en la situación de dependencia en los niños según sus condiciones de riesgo y su diagnóstico.

Se trata de una clasificación para ordenar las situaciones de riesgo y los trastornos que pueden darse en la etapa infantil de cero a seis años, tanto en los niños y sus familias como en su entorno (Belda, 2006; Valcarce, 2006, Equipo de Investigación Sociológica, 2007).

Nació como fruto del trabajo del Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Profesionales de Atención Temprana (GAT) en el año 2004. Se validó en el año 2007 por el GAT y el Equipo de Investigaciones Sociológicas (EDIS) y en el 2008 se realizó una actualización por el GAT, en la que se ampliaron las categorías diagnósticas y se incorporó una aplicación informática. En el año 2011 se completó la ODAT con la publicación del nivel III de la clasificación (Grupo de Atención Temprana, 2011).

Se planteó como una herramienta útil para los colectivos de profesionales que trabajan en atención temprana, para unificar criterios a la hora de determinar las causas que originan, o pueden originar, trastornos en el desarrollo infantil. Su objetivo general es manejar un lenguaje común entre los servicios educativos, sanitarios y sociales, así como entre los diferentes perfiles profesionales de los equipos multidisciplinares de atención temprana.

Es importante que destaquemos que no es una nueva clasificación de diagnósticos, sino una organización de los ya existentes teniendo en cuenta las características especiales del abordaje de la Atención Temprana (Junta de Andalucía, 2012).

Sus orígenes están en otras clasificaciones (Grupo de Atención Temprana, 2008):

- OMS. Clasificaciones Internacionales (CIE-10, CIDDM, CIF).
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)
- Retraso Mental. Definición, Clasificación y Sistemas de Apoyo. (RM).
- Clasificación Diagnóstica 0-3 de la salud mental y los trastornos en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. (0-3).
- Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente. (CTMEA).

- Otras clasificaciones.

Los objetivos de la ODAT son (Grupo de Atención Temprana, 2008):

- Elaborar un instrumento útil que sirva para clasificar los factores de riesgo y los trastornos del desarrollo.
- Establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales que intervienen en la atención temprana.
- Aglutinar en la misma clasificación todos los aspectos que intervienen en atención temprana (biológico, psicológico y social).
- Desarrollar estudios epidemiológicos, estableciendo la prevalencia de los distintos trastornos del desarrollo y situaciones de riesgo, a nivel estatal y de las diversas comunidades autónomas.
- Diseñar investigaciones.
- Organizar las observaciones clínicas.
- Facilitar la toma de medidas preventivas

Tiene una estructura multiaxial, que comprende los niveles enumerados en la tabla 22.

Tabla 22. Ejes y Niveles de la ODAT. Fuente: Belda, 2006 y Grupo de Atención Temprana, 2013.

	<b>NIÑO</b>	<b>FAMILIA</b>	<b>ENTORNO</b>
<b>EJE I</b>	Factores de riesgo		
<b>EJE II</b>		Factores de riesgo	
<b>EJE III</b>			Factores de riesgo
<b>EJE IV</b>	Trastornos en el desarrollo		
<b>EJE V</b>		Trastornos en la familia	
<b>EJE VI</b>			Trastornos en el entorno
<b>EJE VII</b>	Intervención en el niño		
<b>EJE VIII</b>		Intervención en la familia	
<b>EJE IX</b>			Intervención en el entorno



El primer nivel describe los factores de riesgo de los trastornos en el desarrollo en los distintos contextos: en el propio niño, en su familia y en el entorno, que corresponden con los ejes I, II y III. El segundo nivel describe el tipo de trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño, en las interacciones con la familia y con las características del entorno. Corresponden a los ejes IV, V y VI. El tercer nivel se ocupa de la intervención en atención temprana, que haciendo referencia a recursos, necesidades y apoyos disponibles se incluye en los ejes VII, VIII y IX. En el año 2011 aparece la versión completa, con los niveles I, II y III (Grupo de Atención Temprana, 2013)

Para comprobar si la EVE puede ser más o menos sensible a los diferentes problemas que pueden tener los niños y los factores de riesgo asociados a ellos en esta investigación hemos utilizado algunos de los códigos relativos a los factores de riesgo en los niños, así como los trastornos en el desarrollo; concretamente, los que pertenecen a los ejes I y IV.

En la tabla 23 enumeramos las situaciones que se han tenido en cuenta en esta investigación a la hora de clasificar a cada niño en la situación de riesgo y en el trastorno.

Tabla 23. Situaciones de riesgo y trastornos según la ODAT en la muestra de estudio. Elaborada ad hoc.

Riesgo	Trastorno
Factores Prenatales	En el desarrollo motor
Peso < 1.500 gr	Auditivo
Peso <2.500 gr	Psicomotor
Edad gestacional <37 semanas	Retraso evolutivo
Edad gestacional <32 semanas	En el desarrollo cognitivo
Edad gestacional <28 semanas	En el desarrollo de la comunicación y del lenguaje
Sufrimiento Perinatal	Emocional
Distocias	En la regulación y comportamiento
Daño cerebral evidenciado por neuroimagen	Del espectro autista
Hipoacusia	Pluridificiencias
Alteraciones visuales	Otros
Signos de alerta detectados por pediatría o centro infantil	
Otros factores postnatales	

En factores prenatales de riesgo incluimos los antecedentes familiares de trastornos auditivos, visuales, neurológicos o psiquiátricos de posible recurrencia, administración de agentes ototóxicos, administración de drogas o infecciones que pueden afectar al feto en el embarazo, radiaciones, insuficiencia placentaria, cromosopatía y síndromes dismórficos, neurometabolopatías, malformación del Sistema Nervioso Central, hidrocefalia congénita,

patología craneal, y síndrome malformativo somático con riesgo de trastorno del desarrollo neuropsicensorial.

En factores perinatales hemos incluido por su interés para esta investigación los relativos a la edad de gestación, al peso al nacimiento, así como al sufrimiento perinatal (necesidad de ventilación mecánica y asfixia severa). También se incluyen las distocias en el momento del nacimiento (cesárea).

En factores postnatales se tienen en cuenta el daño cerebral evidenciado por neuroimagen, la hipoacusia detectada en los programas de cribado al nacimiento, las alteraciones visuales, los signos de alerta detectados por pediatra o centro infantil y otros factores postnatales.

En cuanto a los trastornos se han tenido en cuenta los siguientes: Trastornos en el desarrollo motor (parálisis cerebral infantil; de origen espinal, periférico, muscular, óseo-articular; trastorno del tono y hábitos y descargas motrices), trastornos auditivos, trastornos psicomotores (de la coordinación, de la organización, del esquema corporal, de la lateralidad y de control respiratorio), trastornos en el desarrollo cognitivo (retraso mental), en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje (dislalias, retrasos simples del habla, disartria, disfemia, retraso simple del lenguaje, disfasia, afasia, trastorno multisistémico), trastornos emocionales (por estrés traumático, afectivo, de ansiedad, reacción al duelo, depresión, reactivo del vínculo y adaptativo), trastorno de la regulación y comportamentales (hipersensibilidad, hiporeactivo, desorganizado, trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador con o sin hiperactividad, disocial y negativista desafiante), trastornos del espectro autista y plurideficiencias.

### **3.3. LA ATENCIÓN TEMPRANA A PARTIR DE LA LEY 39/2006**

#### **3.3.1. Introducción**

En este punto nos vamos a centrar en el marco que la administración delimita para el funcionamiento del Servicio de Atención Temprana, no tanto porque haya implicado un cambio sustancial en éste, un antes y un después de la Ley, sino porque ha supuesto una consistencia y un reconocimiento a una forma de intervención con los menores de tres años y sus familias, pues se reconoce como una prestación básica del estado, como queda reflejado en el desarrollo normativo de las comunidades autónomas.

En los diferentes foros de profesionales de la Atención Temprana uno de los aspectos más discutido y que más preocupa es el acceso de los niños a un programa de Atención Temprana previa valoración de la situación de dependencia a través de la EVE (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana, 2012; Esparís et al., 2011).

La razón fundamental es que no se ha comprobado que ésta sea adecuada para discriminar a la población diana de niños de 0 a 35 meses, lo que puede implicar que algunos niños queden excluidos del sistema de protección de dependencia y por tanto no se incluyan en un programa de Atención Temprana.

Centraremos los aspectos más importantes de la Ley en este ámbito de actuación, sobre todo los que se refieren a los Planes de Atención Integral en menores de 3 años.

### **3.3.2. Ley 39/2006 y Atención Temprana**

Recordemos que La Ley 39/2006, de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, tiene por objeto (art. 1):

Regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en la ley, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

En el caso de niños de 0 a 3 años, y según el objeto de la Ley, la Atención Temprana figura entre las prestaciones y servicios derivados de la Ley. Se trata, por tanto, de un servicio que forma parte del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y es un derecho subjetivo para los niños, inherente a su condición de ser persona.

Como se recoge en un estudio preliminar de la Federación Estatal de asociaciones de profesionales de la Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana, 2012), que gran parte de los principios de la Ley 39/2006 son

coincidentes con los que definen la prestación de Atención Temprana, según establecen sus documentos fundamentales, principios que se han mencionado y se pueden consultar en el capítulo anterior.

En el Consejo del SAAD de 28 de Octubre de 2010 (BOE 18-02-2011) se estableció que la Atención Temprana es una prestación asistencial del SAAD incluida como servicio de promoción de la autonomía personal para los menores dependientes de grado 1. Esta prestación incluye una intensidad mínima de 6 horas mensuales, sin perjuicio de que las autonomías pudieran establecer mayores intensidades de los servicios y programas, acciones complementarias, asesoramiento o acompañamiento activo, asistencia en formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones para facilitar la realización de las actividades de la vida cotidiana.

La entrada en vigor de esta norma quedó aplazada con motivo de las modificaciones introducidas en la aplicación de la Ley 39/2006 por causa de la situación económica del momento. Sólo las personas en situación de dependencia anterior a la fecha del 1/01/2012 y valorados con dependencia moderada tuvieron acceso al catálogo de prestaciones. El resto de personas con grado 1, lo harán en el año 2014.

La presencia de la Atención Temprana en el desarrollo de la Ley 39/2006 se complementa con el acuerdo de 26 de enero de 2011 (Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo), por la que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado 1. También aparece en la resolución del 31 de Julio de 2014 para los grados 2 y 3.

Se define la Atención Temprana como (BOE 22/08/2011 p. 93314 y BOE 14 /08/2014 p. 65337):

El conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico y de intervención que de forma coordinada se dirigen a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno, que tienen por finalidad dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Dichas actuaciones, que deben considerar la globalidad del niño o de la niña, han de ser programadas y ejecutadas por equipos multiprofesionales.

De la anterior definición, muy similar a la que plantea el Libro Blanco de Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2000), destacamos el hecho de que se incluyen en su ámbito además de la intervención, la prevención y el diagnóstico, para los niños de 0 a 6 años con algún tipo de limitación en la actividad por una alteración en su desarrollo o riesgo de que ésta suceda. Resaltamos que la misma puede ser permanente o transitoria, pues con este matiz se insiste en la importancia de la evolución del niño propia de su desarrollo, pues como ya hemos destacado en más de una ocasión es importante tener en cuenta este aspecto cuando valoramos la situación de dependencia. Además también se recoge que los equipos de trabajo han de ser multiprofesionales, lo cual aporta una importante ventaja a la hora de intervenir con un niño, su familia y su entorno.

En el Acuerdo de los servicios de promoción de la autonomía también se perfila el contenido de los servicios y sus actuaciones (BOE 22/08/2011 p. 93314 y BOE 14/08/2014 p. 65337):

Se establecerán programas de Atención Temprana orientados a la prevención, a la consecución del nivel óptimo del desarrollo evolutivo del niño y de la niña, y a la reducción de las consecuencias negativas de las discapacidades, alteraciones y trastornos del desarrollo. Las estrategias de Atención Temprana se realizarán, preferentemente, en el entorno normalizado en que se desenvuelve la vida del niño o de la niña.

Se pretende apoyar al niño desde la globalidad para ayudarle a alcanzar el nivel óptimo de su desarrollo, interviniendo en el entorno en el que se desenvuelve (familia, centro infantil,...). En definitiva, apoyar al niño para mejorar su desarrollo y por tanto su independencia en las actividades cotidianas. Éste es también uno de los objetivos que plantea el Libro Blanco de Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2000), que desde nuestro punto de vista da sentido a una intervención que pretende conseguir la inclusión del niño.

De esta manera, en la intervención se van a utilizar técnicas y programas que están destinados a potenciar (BOE 14/08/2014 p. 65338): Desarrollo psicomotor, desarrollo cognitivo, desarrollo del lenguaje y la comunicación, desarrollo de la autonomía, desarrollo del área social y afectiva y apoyo, información, habilitación y formación de la familia.

Por último, se menciona en el Acuerdo publicado en el BOE 22/08/2011 que los anteriores servicios de promoción de la autonomía personal se prestarán en los diferentes dispositivos que configuran la actual red de servicios sociales de cada Comunidad Autónoma y se insiste en la coordinación de los sistemas de sanidad, educación y servicios sociales.

Al respecto, en Castilla y León se han utilizado coordinadamente los dispositivos de los Centros Base de la Gerencia de Servicios Sociales y los Centros de Acción Social Municipales, que a través de los equipos de Atención Temprana llevan a cabo la valoración del desarrollo del niño, y a través del trabajador social la valoración familiar, respectivamente. El 9 de junio de 2011, la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León publicó la resolución por la que se determinaba el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal, en el que se incluye la Atención Temprana, y hace referencia a todo lo mencionado con anterioridad.

En conclusión: La ley 39/2006 ha supuesto para la Atención Temprana un reconocimiento como forma de intervención que mejora y potencia el desarrollo infantil y ayuda a las familias. Por ello forma parte de un catálogo de servicios que se reconocen como un derecho subjetivo y, por tanto, inherente al individuo, para satisfacer sus necesidades e intereses.

### **3.3.3. Planes de Atención Integral a los menores de tres años**

El marco legal que venimos exponiendo delimita la forma y contenido de actuación de los servicios públicos y, en concreto, del servicio de Atención Temprana cuando se destina a apoyar al niño en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

La forma de plasmar las necesidades, y por tanto los apoyos, orientados a la promoción del bienestar del niño y su familia se recoge en un documento denominado Plan de Atención Integral.

Con fecha 2 de agosto de 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publica los criterios comunes, recomendaciones y condiciones mínimas de los Planes de Atención Integral a menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla (Resolución de 25 de julio de 2013, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. BOE 2 de Agosto de 2013).

Dichos Planes tienen por objeto promover la autonomía del niño para potenciar su capacidad de desarrollo y bienestar, posibilitando su inclusión en el medio familiar, escolar y social, facilitando el apoyo y la participación de la familia, tutores y/o personas cuidadoras, así como las características específicas del entorno. Como se observa, se sigue redundando en la idea principal de apoyo e inclusión, objeto último de la atención a los niños como se detalla en todos los documentos oficiales que abordan este asunto.

Este propósito tiene bastante que ver con los modelos de atención centrados en la familia, que están suponiendo un cambio de paradigma en la forma actual de abordar la atención temprana, y con los que se está trabajando actualmente en algunos centros en nuestro país y desde hace unos años en Portugal y EEUU, como ya hemos mencionado en el apartado anterior.

Continuando con los Planes de Atención Integral para los menores de tres años destacamos que tienen en cuenta los siguientes principios (BOE 2/08/2013 p. 56450):

**Universalidad:** La Atención Integral ha de garantizar el principio de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal. Es necesario que la Atención Temprana sea un servicio de responsabilidad pública, universal y gratuito para todos los menores de tres años y familias que lo precisen.

**Normalización:** La inclusión familiar, escolar y comunitaria implica el respeto al menor y se han de facilitar las medidas de adecuación del ambiente físico, social y de aptitud según sus necesidades.

**Interés superior del menor:** El menor deberá disfrutar de todas las posibilidades de desarrollo, de una vida plena, de forma global y saludable, en condiciones que le permitan conseguir el máximo de autonomía posible, facilitando su participación activa en la familia y en la comunidad. Se debe reconocer su derecho a recibir los cuidados necesarios.

**Coordinación:** El sistema sanitario, el educativo y los servicios sociales están implicados en la protección de los menores y deben establecer mecanismos de coordinación eficaces para optimizar los recursos.

**Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional:** El trabajo en equipo más allá de la suma paralela de distintas disciplinas, implica la formación en una disciplina específica, así como un marco conceptual común a todas ellas.

Diálogo y participación familiar: Las familias y/o tutores son las personas facilitadoras del desarrollo del menor, y por ello su participación tendrá lugar en diferentes ámbitos:

- Como destinatarios de los recursos a los que tengan derecho
- Como participantes en la propuesta de medidas de apoyo y su ejecución
- Como evaluadores de la calidad de los servicios

Globalidad: Las actuaciones médicas rehabilitadoras, educativas, psicológicas, de intervención social y/o familiar se planificarán teniendo en cuenta la particularidad de cada menor y de su familia, con sus recursos y sus capacidades y en un entorno concreto.

Calidad: Se procurará establecer criterios de seguridad, sistemas de gestión de calidad para los centros y servicios, indicadores de calidad que permitan la evaluación de las actuaciones, guías de buenas prácticas y cartas de servicios adaptadas a las condiciones específicas de las personas usuarias de estos centros y servicios, así como sistemas de evaluación del grado de satisfacción de la familia o tutor.

Sostenibilidad: El Plan de Atención Integral a menores de tres años acreditados en situación de dependencia, o en riesgo de desarrollarla, debe contemplar su viabilidad y sostenibilidad.

Descentralización: Los servicios que se presten a menores de tres años deberán estar lo más próximos posible al domicilio familiar, teniendo en cuenta las zonas rurales y/o las peculiaridades propias de cada Comunidad Autónoma.

En definitiva, hemos detallado estos principios pues definen el modelo de actuación en Atención Temprana, cuyo objetivo central es “posibilitar de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal” (Grupo de Atención Temprana, 2000).

Los Planes de Atención Integral se llevarán a cabo a través de las siguientes líneas de actuación (BOE 2/08/2013 p. 56452):

Desarrollo de un marco normativo básico cuyo objetivo sea garantizar la Atención Temprana, como derecho subjetivo de los menores de tres años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla.

Informar y sensibilizar a la sociedad para que la inclusión social de las personas en situación de dependencia, o en riesgo de padecerla, sea una realidad desde las edades más



tempranas, y posibilitar el acceso a la información sobre recursos y servicios, sobre desarrollo infantil y alteraciones del desarrollo.

Prevención. *Prevención Primaria*: Disminuir la aparición de factores de riesgo, tanto de carácter congénito como adquirido, que pueden afectar el normal desarrollo del menor, potenciando actuaciones complementarias a otros programas que se estén llevando a cabo, como programas de educación para la salud y promoción del desarrollo infantil en centros sanitarios, sociales y educativos, dirigidos a apoyar el crecimiento sano y el desarrollo en condiciones óptimas en la edad de 0-3 años, fomentando la participación activa de la familia o tutores y de los y las profesionales. *Prevención Secundaria*: Garantizar la detección precoz de los menores de 0-3 años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla, como por ejemplo la colaboración en “Programas de Cuidados Centrados en el Desarrollo” desde las Unidades de Neonatología. *Prevención Terciaria*: Garantizar por un lado la inmediata derivación, tras la detección, hacia una intervención temprana orientada a potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, que posibilite su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal de la forma más integrada posible y por otro el acceso a la intervención por parte del menor y de sus familias o tutores.

Coordinación entre los colectivos de profesionales de los diferentes sistemas y servicios involucrados en la atención temprana, así como facilitar apoyo y asesoramiento técnico entre los colectivos de profesionales de los diferentes sistemas implicados, para poder asegurar el cumplimiento de la cartera de servicios de cada uno de ellos. Por último, posibilitar el acceso de los colectivos de profesionales del sector a la información de calidad, precisa y directa, sobre los aspectos relacionados con la atención temprana, habilitación y rehabilitación.

Participación y apoyo familiar. Se trata de establecer mecanismos para la sistematización de la participación de las familias o tutores en los diferentes procesos implicados en la atención temprana a través, por ejemplo, de la generalización de modelos de atención temprana centrados en la familia, así como proporcionar a las mismas apoyo emocional, que permita favorecer el proceso de vinculación y la realización de las funciones parentales, necesarios para el futuro desarrollo del menor.

Garantizar la protección integral con prestaciones y servicios como atención a las necesidades de ayuda a domicilio, prestaciones económicas para facilitar el acceso a servicios de Atención Temprana, cuando no sea posible el acceso del menor a dicho servicio público o concertado; programas de formación para cuidadores no profesionales, subvenciones

individuales para la adquisición de ayudas técnicas, orientación e información sobre la solicitud del reconocimiento del grado de discapacidad y garantía de plaza en escuela infantil.

Calidad. Hace referencia a la mejora de la capacidad de prestación y la calidad de la intervención de los servicios de atención temprana, teniendo en cuenta la creación de equipos interdisciplinares; la ratio adecuada de profesionales; acreditación de centros; garantizar la continuidad de la intervención; evitar la duplicidad de servicios y de profesionales alrededor del menor; usar instrumentos de mejora de la calidad de vida y evaluación del grado de satisfacción de los servicios recibidos.

Garantizar la formación continuada de todos los colectivos de profesionales y promover la adecuación de las cualificaciones profesionales a las demandas y necesidades sociales que vayan surgiendo.

Desarrollar iniciativas de investigación e innovación, en prevención de deficiencias en enfermedades de escasa incidencia estadística que causen discapacidades severas; impulsar la investigación haciendo hincapié en la prevención y tratamiento de discapacidades y en las situaciones de dependencia y riesgo de desarrollarlas.

Hemos expuesto cómo en el marco de la Ley 39/2006 se han elaborado los Planes de Atención Integral a los menores de 3 años, cuyos principios y líneas de actuación están en la misma sintonía que los planteados en el Libro Blanco de Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana, 2000) y por tanto justifican teóricamente la inclusión de este servicio en el catálogo de prestaciones para atender a un niño en situación de dependencia.

Pensamos que, en la práctica, este servicio no debe limitarse sólo a atender a niños con reconocimiento de grado 1 de dependencia o más, pues sabemos que existen niños que no alcanzan la suficiente puntuación para ser considerados en situación de dependencia, pero que tanto ellos como sus familias necesitan ser incluidos en el Programa de Atención Temprana. Estamos de acuerdo con la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana., 2012) y Alonso (2001) en que el ámbito de la Atención Temprana es más amplio que el de la dependencia. Además, la detección precoz de discapacidades y trastornos en el desarrollo, así como los distintos tratamientos de Atención Temprana, no debe circunscribirse sólo a los parámetros presentes en la Ley 39/2006; no obstante, como hemos venido argumentando en este apartado, y como sabemos desde la práctica profesional, la Ley

39/2006 ha supuesto un cambio en la organización y en la forma de acceso de los usuarios del servicio.

### **3.4. ATENCIÓN TEMPRANA EN CASTILLA Y LEÓN**

#### **3.4.1. Introducción**

En el apartado anterior se han abordado cuestiones generales de la Atención Temprana, la aparición de la Ley 39/2006 y lo que ha supuesto a nivel estatal. En este punto describimos la repercusión de dicha ley para la comunidad castellano leonesa de cara a la organización de los servicios autonómicos, pues las diferentes comunidades autónomas han aprobado una normativa sobre Atención Temprana. En concreto en Castilla y León se publicó el Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa, que se verá más adelante.

Se presenta lo que ha supuesto la unificación de los servicios sociales, para luego hacer un repaso al proceso con el que se inicia la valoración de la situación de dependencia y el acceso al Servicio de Atención Temprana.

Para iniciar este capítulo nos gustaría destacar cómo la Ley 39/2006, ha supuesto un cambio de terminología, pues en Castilla y León se ha pasado de la denominación de Programa de Atención Temprana a Servicio de Atención Temprana para ajustarse a los estándares de calidad que edita el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004) y a los nuevos retos y planteamientos más actuales (Pérez-López, 2004).

#### **3.4.2. Integración en Servicios Sociales**

En Castilla y León la Atención Temprana y la Ley 39/2006 se han integrado en los Servicios Sociales a través de la Gerencia de Servicios Sociales la Consejería de Familia de la Junta de Castilla y León, con apoyo y coordinación de las Corporaciones locales.

La Fundación Caser para la Dependencia, que nació en el 2009 con el objetivo de impulsar la Ley 39/2006 informa en su página web, [www.fundacioncaser.org](http://www.fundacioncaser.org), que en Castilla y León se ha tratado de coordinar a la Gerencia de Servicios Sociales con las Corporaciones

locales para evitar duplicidades entre los que, de otra forma, serían sistemas paralelos. Esta coordinación se ha concretado en aunar esfuerzos en los siguientes aspectos:

- a) Solicitud unificada para el acceso a los servicios sociales que atienden situaciones de necesidad basadas en la falta de autonomía. Se ha eliminado la doble puerta de entrada para personas que solicitaban la misma prestación por Dependencia o por Servicios Sociales. En el caso de menores de tres años existe una solicitud específica para el acceso a Atención Temprana y a la valoración de la situación de dependencia. En el anexo 1 se incluye dicha solicitud. Aunque es innegable que simplificar las gestiones es una ventaja para las familias, hemos observado que este trámite conjunto supone un inconveniente para algunas, que sólo desean que sea valorada o la necesidad de Atención Temprana o la de la situación de dependencia. Como se ha mencionado la solicitud del servicio de Atención Temprana incluye la solicitud de la Valoración de la situación de dependencia, necesaria para el acceso a este servicio.
- b) La unificación de criterios de valoración para todos los usuarios, sean o no dependientes a efectos de la ley 39/2006, que se ha conseguido con la unificación de los baremos para la valoración de dependencia y para el acceso a prestaciones y de los órganos de valoración. Esto permite mejorar la eficiencia en el trabajo de los profesionales y simplificar los procesos de valoración.
- c) Se ha llevado a cabo la creación de un Sistema de Acceso Unificado a los Servicios Sociales, denominado SAUSS. Se trata de una herramienta informática y un sistema de gestión unificado para todas las entidades que están incluidas en los Servicios sociales de Castilla y León. Incluye una base de datos de personas de la que se nutren los diversos módulos que gestionan prestaciones económicas y servicios y genera a los diversos agentes del sistema tareas de tramitación administrativa y de valoración funcional, social y económica. Esto permite tramitar un volumen extraordinario de procedimientos con el mismo personal, con orden, seguridad y agilidad. La aplicación informática también permite el trabajo en red no presencial de los equipos de valoración y el acceso a la información en tiempo real de todos los

profesionales que pertenecen al sistema, ya sean de la propia Administración autonómica o de las corporaciones locales.

Hemos mencionado cómo en Castilla y León la ordenación administrativa otorga a la Consejería de Familia (a través de los Centros Base) la responsabilidad de las actuaciones con referencia a los niños de primer ciclo de educación infantil y a los de segundo ciclo, pero en este caso sólo cuando no estén escolarizados. Por otra parte, atribuye a la Consejería de Educación (y sus Equipos de Orientación Educativa de las Direcciones Provinciales) la atención de los niños de segundo ciclo escolarizados.

### 3.4.3. Reconocimiento de la situación de dependencia en menores de tres años en Castilla y León

Para iniciar el proceso de valoración la familia ha de presentar una solicitud que será facilitada en las oficinas administrativas dependientes de la Gerencia de Servicios Sociales, corporaciones locales y centros de acción social pertenecientes a las mismas o también en los propios centros de atención a personas dependientes (mayores y con discapacidad), tanto públicos como privados.

En el caso de menores de tres años con la solicitud (Anexo 1) se adjuntan otros documentos: fotocopia del libro de familia, empadronamiento e informe de las condiciones de salud (Anexo 2).

En la figura 14 se especifican los documentos que se incluyen inicialmente en un expediente de valoración de la situación de dependencia.

EXPEDIENTE DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA			
Solicitud, presentada por la familia. Libro de familia. Empadronamiento.	Informe de condiciones de salud, que se completa por el pediatra o especialista del sistema nacional de salud.	Informe sobre el entorno, realizado por técnico de servicios sociales (T.Social del Centro de Acción Social)	La Escala de Valoración Específica EVE

Figura 14. Documentación inicial en un expediente de dependencia. (Fuente: Junta Castilla y León, 2015).

A parte de la documentación presentada por la familia, se incluyen el informe sobre el entorno realizado por técnicos de los centros de acción social y la escala de valoración específica EVE.

Una vez que se aplica la EVE y se barema, se realiza un dictamen para comunicar a la familia si su hijo está o no en situación de dependencia. Junto con éste, se elabora un Plan Individual de Atención (en adelante PIA), regulado en el artículo 29.1 de la Ley 39/2006, en el que se establece la modalidad de atención más adecuada, lógicamente en función de las necesidades del niño, la familia y el entorno.

Cada vez que se revisa de oficio el grado de dependencia se vuelve a aplicar la escala EVE y se elabora el dictamen correspondiente para comunicar a la familia cualquier cambio que se haya producido en la situación de dependencia de su hijo, junto con las medidas de actuación más adecuadas para su atención. También se puede revisar el PIA a instancia de la familia o con motivo del cambio de residencia a otra Comunidad Autónoma.

En conclusión, en Castilla y León son los técnicos del equipo de Atención Temprana del Centro Base los encargados de aplicar la EVE a los menores de tres años. El reconocimiento se realiza en el Centro Base y el informe social lo realizan los Trabajadores Sociales de los CEAS en el domicilio del niño.

#### **3.4.4. Implicaciones para la familia tras el reconocimiento de la situación de dependencia: El Servicio de Atención Temprana**

Las prestaciones a las que un niño y su familia tienen derecho cuando se reconoce su situación de dependencia vienen supeditadas al grado de dependencia reconocido.

La primera ventaja para la familia es la prórroga de la baja maternal, como reconoce el Ministerio de Empleo y Seguridad Social e informa en su web, [www.seg-social.es](http://www.seg-social.es):

Quedará acreditada dicha incapacidad si, por aplicación de la escala de valoración de los grados y niveles de dependencia, específica para menores de 3 años, la valoración es, al menos, del grado 1 moderado, conforme a lo establecido en el RD 504/2007, de 20 de abril. En estos casos existe una ampliación de 2 semanas de la baja maternal.

La Junta de Castilla y León en su página web, [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es), informa de que las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios o prestación económica y son, además de la Atención Temprana:

1. Ayuda a domicilio.
2. Prestación económica vinculada al servicio: “cuando no sea posible la atención mediante algún servicio público, se concederá una prestación económica vinculada, que deberá destinarse a la adquisición del servicio. También podrá reconocerse cuando el interesado no formule elección entre los servicios y prestaciones que sean adecuados a su situación”
3. Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Esta prestación es compatible con la Atención Temprana y con los grados II y III. Se trata de una prestación de carácter excepcional, cuya finalidad es la de contribuir a la cobertura de gastos derivados de la atención prestada en su domicilio a quien se encuentra en situación de dependencia por persona de su familia o de su entorno que no estén vinculadas entre sí por un servicio de atención profesionalizado y siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda.

#### ***3.4.4.1. El Servicio de Atención Temprana en los Centros Base de Atención a Personas con Discapacidad***

Como queda especificado en la información que la Junta de Castilla y León ofrece a los ciudadanos a través de su web, [www.jcyl.es](http://www.jcyl.es), la prestación del Servicio de Atención Temprana se realiza a través de los Centros Base de la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (figura 15). Cada una de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales serán las responsables del desarrollo de este servicio en su provincia.

El principal objetivo de la Atención Temprana es prevenir futuras alteraciones y potenciar al máximo las capacidades de desarrollo del niño, posibilitando de la forma más completa su autonomía personal e inclusión en el medio familiar, escolar y social.

El Servicio se dirige a niños de 0 a 6 años no escolarizados, un rango de edad más amplio que el de la valoración de la situación de dependencia, así como a sus familias. Se

lleva a cabo por especialistas en desarrollo infantil y atención temprana, que pertenecen al ámbito sanitario, educativo y social.

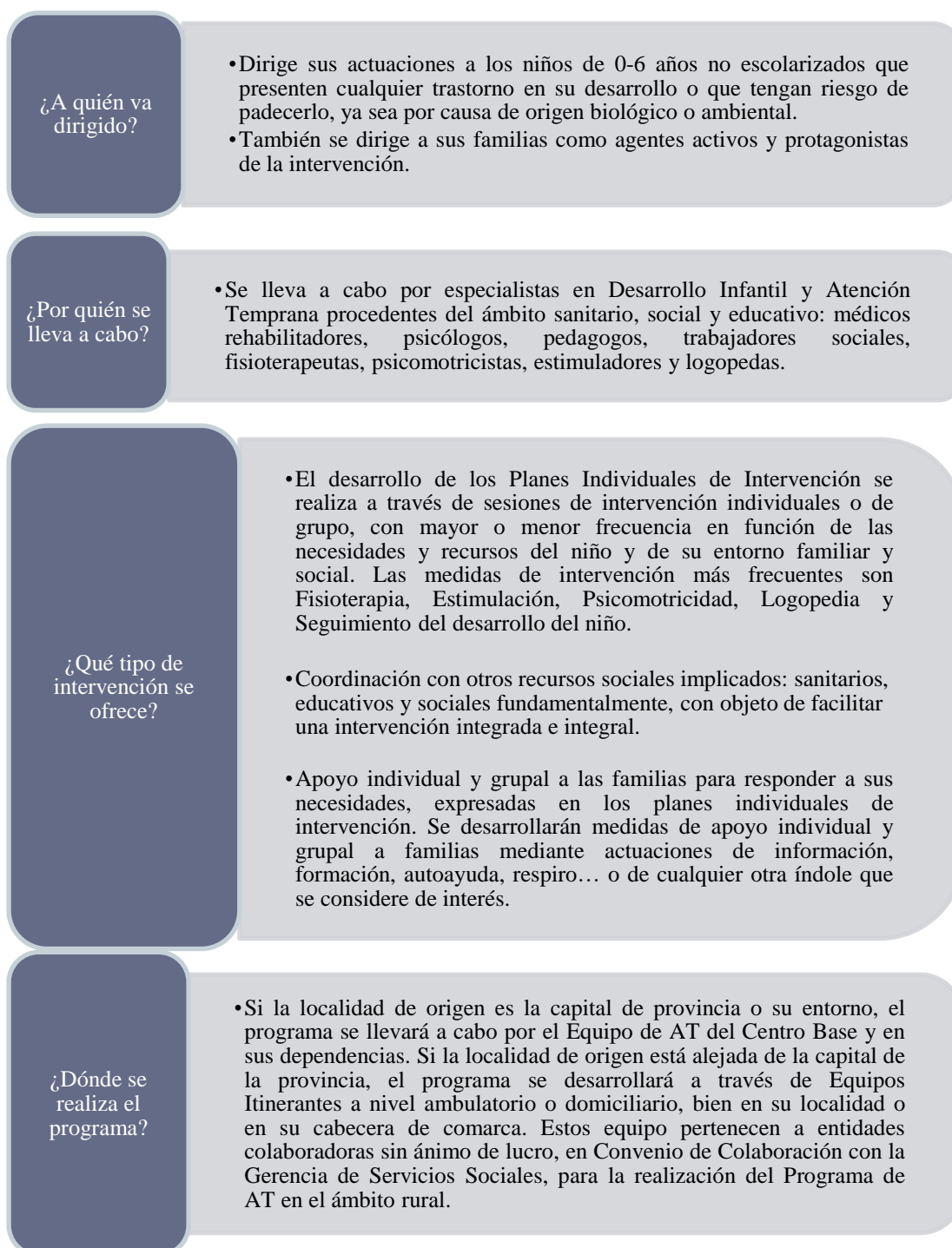


Figura 15. Servicio de Atención Temprana en Castilla y León. Elaborado ad-hoc.



Las intervenciones que se ofrecen se incluyen en un Plan Individual de Intervención, en el que, en función de las necesidades, se proponen sesiones de intervención con el niño, en formato individual o grupal, en una o varias medidas y que son: estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia y seguimiento del desarrollo. Asimismo se ofrece apoyo grupal y/o individual a las familias mediante actuaciones de información, formación, autoayuda y talleres, así como intervención en el entorno a través de la coordinación con otros servicios.

El proceso que se sigue en Atención Temprana aparece en la figura 16. Vamos a ir mencionado cada paso para detallar en qué momento de los pasos del Servicio de Atención Temprana se realiza la valoración de la dependencia.

Observamos que el proceso se inicia con la detección de las dificultades en el desarrollo del niño, lo que conlleva a la derivación de éste y de su familia al Servicio para la evaluación interdisciplinar de sus necesidades. Los resultados de dicha evaluación se recogen en el Plan Individual de Intervención, que es global e individualizado; en él se determinan las medidas de intervención que pueden ser individuales o grupales.

Las modalidades de intervención para el niño son: Fisioterapia, estimulación/psicomotricidad, logopedia y seguimiento del desarrollo.

De forma periódica se realizan revisiones para verificar el grado de consecución de los objetivos planteados y poder así programar los cambios que procedan. Las revisiones se hacen coincidir con los periodos de caducidad de dependencia (a los 6, 12, 18, 24, 30 y 35 meses de edad cronológica del niño).

El último paso llega con el momento del alta en el Servicio, que puede ser debido a cualquiera de las siguientes razones: alcanzar los objetivos propuestos, alcanzar los niveles adecuados de desarrollo o por iniciar la escolarización en la segunda etapa de educación infantil.

Hemos incluido en el proceso, desde que éste se pone en marcha, en qué momentos se realiza la valoración de la situación de dependencia (tanto la inicial como la realizada por caducidad), lo que inicialmente supone ventajas para la familia como que la gestión no implica una nueva cita; pero también inconvenientes, que hemos ido observando con la práctica diaria, como que a veces les cuesta entender la diferencia entre dos trámites distintos pero relacionados, como la valoración de la situación de dependencia y la valoración para el acceso al servicio de atención temprana.

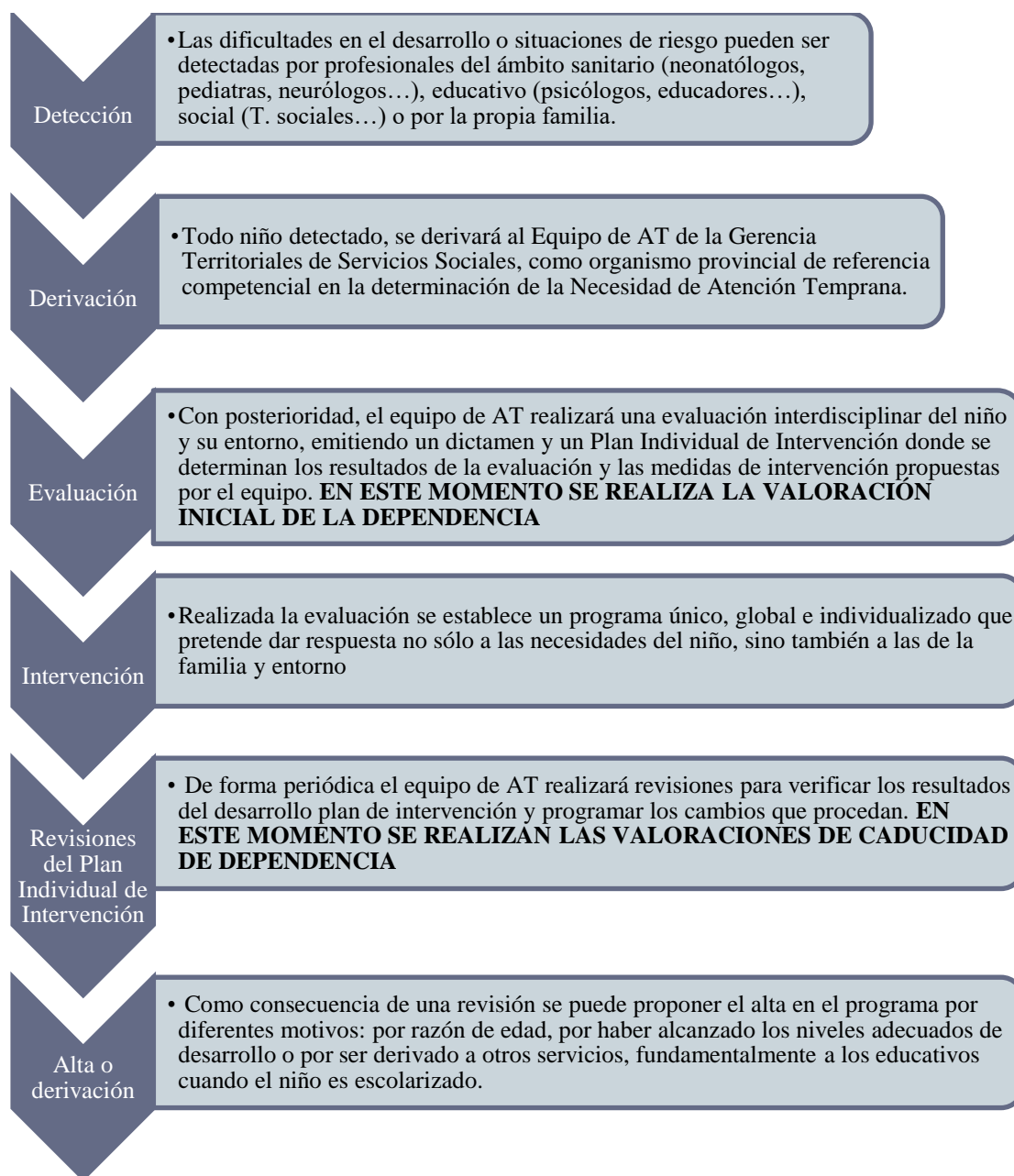


Figura 16. Proceso de Atención Temprana y valoración de dependencia. Elaborado ad-hoc.

Continuando con el Servicio de Atención Temprana, la Junta de Castilla y León ofrece información a través de su web ([www.jcyl.es](http://www.jcyl.es)) de los usuarios atendidos por modalidad de intervención desde el año 2007 hasta el 2013. Dicha información se expone en la tabla 24. Se presenta el número de niños de toda la Comunidad que ha recibido intervención en fisioterapia, estimulación/psicomotricidad y seguimiento del desarrollo. También se incluye el número de familias que han recibido alguna intervención grupal.

Tabla 24. Programa de Atención Temprana. Usuarios por modalidad o medida de intervención. Elaborado ad-hoc.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fisioterapia	529	600	694	694	716	704	672
Estimulación Psicomotricidad	797	890	1106	1106	1063	1054	1010
Logopedia	408	529	730	730	718	695	713
Seguimiento Desarrollo	804	966	1105	1180	1049	1137	1047
Apoyo a familias (Grupos)	147	119	235	235	85	85	73
<b>Total</b>	<b>2685</b>	<b>3104</b>	<b>3945</b>	<b>3945</b>	<b>3631</b>	<b>3675</b>	<b>3515</b>

Observamos que en el último año la medida en la que se han incluido más niños es la de seguimiento del desarrollo, seguida de estimulación, logopedia y fisioterapia. En todas estas medidas, ha habido un incremento de usuarios atendidos con el paso del tiempo, a excepción de la medida de apoyo a familias en grupo, en la que se ha descendido; probablemente no hay una única razón para este cambio, aunque habrá que analizarlo con más detalle, puesto que se está apostando cada vez más por un modelo de atención centrado en la familia, por lo que a priori parece algo contradictorio.

Es evidente que a la vista de estos datos se atiende a más niños de los considerados en situación de dependencia, pues a pesar de que la Atención Temprana forma parte del catálogo de prestaciones del SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia) se continúa atendiendo a un niño y a su familia aunque puntúe en Grado 0 en dependencia.

Como conclusión, podemos analizar cómo está consolidado el Servicio de Atención Temprana en Castilla y León, pues en el global de usuarios atendidos hay más o menos una estabilidad desde los años 2009 y 2010 momento en el que fueron atendidos más niños y familias.

### **3.4.5. Decreto 53/2010, de 2 de diciembre, de coordinación interadministrativa en la Atención Temprana en Castilla y León**

La Junta de Castilla y León ha considerado como algo necesario regular la Atención Temprana en la Comunidad Autónoma a través del Decreto 53/2011. Consta de 11 páginas, en las que se presenta una acción interadministrativa integral a realizar con la población

infantil de 0 a 6 años con discapacidad o riesgo de padecerla, y procurando una adecuada coordinación de todos los sistemas implicados en su atención y protección.

Se reconoce de manera especial la Atención Temprana como un servicio específico, con el objeto de llevar a cabo una intervención integral entre los servicios educativos, sanitarios y sociales, que han de coordinarse y cooperar para prestar una atención global, eficaz y de calidad a las necesidades de los niños y de las familias.

Una vez más, destaca como principios rectores que fundamentan la acción administrativa los siguientes: igualdad, coordinación, atención individualizada e integral, intervención profesional de carácter integral, participación y proximidad en su prestación.

En el artículo 4 se expone la finalidad y objetivos específicos de la Atención Temprana, que nos parece interesante destacar (p.4):

Finalidad: atender a la población infantil mediante actuaciones de carácter preventivo y asistencial dirigidas a potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, facilitando su integración en el ámbito familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Objetivos específicos:

- a) Garantizar el acceso a la información y a los recursos autonómicos.
- b) Neutralizar los efectos de las circunstancias desfavorables que afecten a sus destinatarios proporcionándoles la atención que sea más adecuada a sus necesidades.
- c) Garantizar que cada niño cuente con un plan de atención individual único e integral.
- d) Considerar al menor y a su familia como sujetos activos de la intervención.
- e) Proporcionar apoyo y procurar la satisfacción de las necesidades y demandas de la familia y el entorno.
- f) Alcanzar estándares de calidad en la prestación del servicio de atención temprana que incluya el desarrollo de planes de formación continua para los profesionales que trabajen en este ámbito.

El Decreto también menciona el desarrollo de actuaciones que corresponden a las Consejería competentes en materia de sanidad, de servicios sociales y de educación, que actuarán bajo los principios de coordinación y cooperación en la intervención, el seguimiento, y el intercambio de información.

En Julio de 2014 la Gerencia de Servicios Sociales, al amparo de este decreto, pone en marcha la Instrucción nº 2/14/69 para el Funcionamiento del Servicio de Atención Temprana en los Centros Base, que se enmarca en un proceso de adaptación y mejora del servicio de Atención Temprana con el fin de garantizar una prestación homogénea del servicio en toda la comunidad y mejorar, por tanto, la calidad del mismo bajo los principios de equidad, efectividad y eficiencia.

Dicha instrucción se fundamenta en:

- Cambios normativos en el ámbito estatal y autonómico.
- La necesidad de adaptar el contenido de la prestación de Atención Temprana a la evolución de los principios teóricos y metodologías de intervención.
- Los resultados de la evaluación y el seguimiento realizado del servicio de Atención Temprana en los Centros Base de la comunidad.

Se destaca que el equipo se constituye por profesionales del ámbito médico, psicológico, educativo y social. Será de carácter interdisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca aspectos intrapersonales (biológicos, psíquicos y educativos) e interpersonales (familia, escuela y contexto social). Se rige por el principio de flexibilidad en el funcionamiento, pues se ha de adaptar a las demandas y necesidades de los usuarios.

El equipo se reunirá al menos una vez a la semana, entre otras cosas para nombrar el coordinador de caso, que será el referente en el Centro para la familia y para el resto de profesionales. Asimismo, el coordinador aplicará la EVE tanto a menores que tengan reconocida algún grado de dependencia como a los que no lo hayan obtenido anteriormente, por si fuera necesario informar a la familia sobre la conveniencia de solicitarlo.

La instrucción también incluye un Guía de Atención Temprana cuyo objeto es el desarrollo pormenorizado de todos los aspectos que componen la prestación del servicio, así como servir de apoyo procedimental de referencia para los equipos de A.T. de la Comunidad.

Por tanto, vuelve a hacerse hincapié en todos los planteamientos vistos anteriormente, que llevan implícitos varios principios fundamentales que nos interesa destacar, ya que marcan la directriz del quehacer diario de los técnicos y ponen la atención temprana en el lugar de un servicio público que se pretende sea moderno y adaptado a los recursos actuales:

- La intervención debe ser planificada con carácter global, considerando las capacidades y limitaciones del niño en las distintas áreas de desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone y el conocimiento del entorno social.
- Incorporar a la familia en todo el proceso de intervención. Es bien sabido que no es posible intervenir con un niño sin hacerlo simultáneamente con su familia, ya que la familia es la constante en la vida de cualquier niño y no así el profesional. El profesional debe actuar potenciando sus puntos fuertes e incrementando su sentimiento de competencia, para lograr un funcionamiento eficaz. El esfuerzo, por tanto, debe centrarse en planificar y desarrollar un plan de trabajo de forma conjunta, implicando a toda la familia, de forma especial en la toma de decisiones y en los procesos de cambio, y no sólo plantear una colaboración para que los padres compartan tareas y responsabilidades con los profesionales, sino reconocer un estado de igualdad entre ambos.
- El equipo de Atención Temprana del Centro Base es responsable del desarrollo del Plan Individual de Intervención, y debe observarse como criterio preferente, salvo excepciones, que la intervención se desarrolle por un solo profesional, que actuará incorporando las aportaciones específicas de los demás. Este abordaje supone una intervención de carácter transdisciplinar, que constituye uno de los criterios de calidad en el Programa.
- El coordinador ha de ser el único interlocutor de la familia, un profesional que recoge y aglutina las indicaciones específicas del resto del equipo, transmitiendo a la familia un mensaje sólido y coherente, generador de confianza.
- Favorecer la intervención en contextos ecológicos. Es necesario dejar atrás el modelo de experto en el centro, aislado de todos los agentes que determinan la vida del niño.

En la figura 17 se detallan los pasos a seguir desde que una familia visita por primera vez el Centro Base.

El proceso se inicia con la entrevista de acogida, realizada por un técnico del equipo (trabajador social). Posteriormente se lleva a cabo la evaluación de necesidades y de dependencia por parte de médico rehabilitador y/o psicólogo y trabajador social. El equipo se

reúne para determinar las necesidades del caso y elaborar un plan de intervención, que contiene una aproximación diagnóstica y una medida de intervención, que forman parte de una resolución del procedimiento que se comunica y acuerda con la familia en una entrevista de devolución. El siguiente paso es iniciar una intervención en cualquiera de las medidas descritas anteriormente, para revisarla pasado un tiempo y coincidiendo con la caducidad de la situación de dependencia. Como consecuencia de la revisión del plan de intervención se decidirá en el equipo, acordándolo con la familia, el cambio de objetivos o de medidas, o la finalización del servicio.

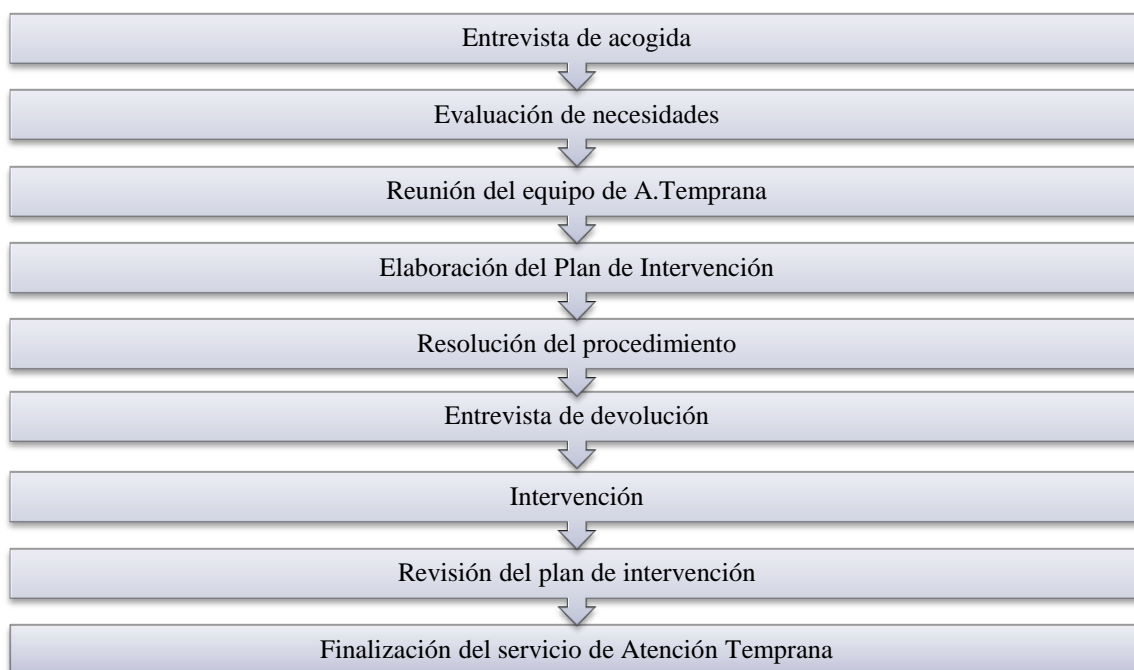


Figura 17. Secuencia del Proceso de Atención Temprana. Elaborada ad hoc.

En este punto, hemos hecho referencia a la normativa autonómica más relevante en Castilla y León, que se ha publicado como consecuencia de la Ley 39/2006. También hemos visto que en Castilla y León la atención temprana se ha ido consolidando en los últimos años como un servicio de referencia para atender a las necesidades de los niños con factores de riesgo o con trastornos del desarrollo. Esto incluye la necesidad de apoyar la reorganización familiar para lograr una mejor aceptación y adaptación a la nueva situación, así como coordinarse con otros profesionales y servicios implicados, para responder de forma coherente, responsable y eficaz a las necesidades planteadas.

En conclusión, la ley 39/2006 y los avances en materia de atención temprana están configurando un contexto en el que Castilla y León, a través de la Gerencia de Servicios Sociales, se va integrando para avanzar en servicios de calidad para la atención de niños y sus familias. Así ha sido reconocido por el XV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, 2015) que destaca, en agosto de 2015, que la Comunidad de Castilla y León obtiene una calificación que se aproxima al máximo (9,58 puntos sobre una escala de 10) en la escala de valoración que utilizan para valorar la implantación del Sistema.



## **BLOQUE 2: MARCO METODOLÓGICO Y ESTUDIO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO 4.- ENFOQUE METODOLÓGICO**

### **4.1. INTRODUCCIÓN**

En el capítulo anterior se ha detallado el marco teórico de la investigación. Por un lado nos hemos centrado en el marco legal y normativo que delimita la valoración de la situación de dependencia y por otro en los primeros pasos en la construcción de la EVE, todo ello con el objeto de entender la necesidad que ha llevado a la elaboración de este instrumento y las fases seguidas en su construcción. También se ha hecho referencia al catálogo de prestaciones y servicios disponibles al estar en una situación de dependencia, y en concreto al Servicio de Atención Temprana como una de las prestaciones a las que los menores de tres años tienen derecho.

En este capítulo nos vamos a centrar en especificar el marco metodológico que se ha seguido en el estudio empírico realizado.

### **4.2. ENFOQUE METODOLÓGICO**

Desde el punto de vista metodológico esta investigación se enmarca dentro de los estudios de tipo cuantitativo. Más concretamente, sigue los directrices básicas de una investigación *ex post facto*. Como indica Bisquerra (2004), este tipo de investigación se caracteriza por el estudio de aquellos fenómenos “...en el que los hechos que los configuran ya se han producido cuando nos aproximamos a su estudio” (p.196). En nuestro caso, ya se han realizado valoraciones de la situación de dependencia en niños en Castilla y León, el hecho ya ha ocurrido y nosotros lo hemos recogido para describirlo, no lo vamos a modificar.

Arias (2015), citando a Nieto y Recamán (2010), refiere que la elección de este tipo de investigación se fundamenta en el hecho de que, debido a su carácter exploratorio, es útil en las primeras aproximaciones a un área y facilita el proceso de generar hipótesis que estimulen otras investigaciones. Éste es el objetivo último de esta investigación, estimular el interés por la EVE con objeto de profundizar en su funcionamiento, dada la implicación social que tiene.

Por tanto, no se han manipulado variables independientes para comprobar su efecto en variables dependientes, como ocurre con estudios experimentales (León y Montero, 1996), sino que simplemente se ha descrito de forma precisa lo que ha supuesto la aplicación de la EVE en Castilla y León durante los primeros cinco años de implantación de la ley 39/2006, con el objeto de describir el funcionamiento de la EVE y hacer sugerencias que estimulen nuevos estudios.

Como cualquier tipo de investigación, la investigación *ex post facto* ofrece una serie de ventajas e inconvenientes. Arias (2015) citando a Jiménez y Tejada (2007, p.592) destaca las siguientes, que aparecen en la tabla 25.

Tabla 25. Ventajas e inconvenientes de la investigación *ex post facto* (Arias, 2015).

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Proporciona una gran variedad de hipótesis para probar con mayor seguridad en investigaciones experimentales.	La falta de control impide la manipulación de las variables, o la asignación aleatoria de los grupos.
Es particularmente importante cuando se quiere explorar relaciones simples de causa-efecto.	Grandes dudas sobre la identificación de la causas y si ellas son las causantes reales.
Adecuado cuando por motivos técnicos y éticos no es posible realizar estudios experimentales.	Idénticos resultados pueden producirse por diferentes causas o alguna de éstas ser debidas a una tercera.
Aporta información de gran interés sobre los fenómenos y la naturaleza de éstos, a quién afecta, cómo, cuándo y en qué condiciones.	Es complejo determinar entre el efecto y la causa si esto se produce a la inversa.
Los avances técnicos en informática facilitan los cálculos, con lo cual dicha aplicaciones amplían sus posibilidades.	El encontrar dos variables relacionadas no siempre quiere decir que se establezca relación causa-efecto.
Se basa en situaciones “naturales” ya producidas restando artificialidad y disminuyendo el efecto del experimento.	La dicotomización artificial es complicada.
	Al actuar sobre cuestiones pasadas es difícil determinar el principio.
	Al actuar sobre fenómenos pasados la precisión de los datos puede que esté contaminada.
	En cuanto a la flexibilidad, por su misma concreción, puede estar cargada de subjetividad.

Teniendo en cuenta estas ventajas e inconvenientes (tabla 25), somos conscientes que en esta investigación nos limitamos a explorar relaciones simples de causa-efecto entre variables y aportar información que estimule otras investigaciones, sin realizar manipulación de variables.

Bisquerra (2004) determina varios tipos de estudios en la investigación *ex post facto*: descriptivos, de desarrollo, comparativo-causales y correlacionales.

En este estudio hemos optado por utilizar una metodología descriptiva, pues como señalan Hernández, Fernández y Baptista (1997) en este tipo de metodología el “propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.191-

192). También si tenemos en cuenta a Namakforoosh (2005) “Se usa un diseño descriptivo para hacer una investigación cuando el objetivo es: Describir las características de ciertos grupos y calcular la proporción de gente en una población específica que tiene ciertas características” (p. 91).

Desde otro punto de vista, se denomina investigación de campo a:

Aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular ni controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes. De aquí su carácter de investigación no experimental. (Arias, 2012, p.31).

En este sentido, realizamos una investigación de campo de tipo ex post facto a un nivel explicativo (Arias, 2012).

En conclusión, un análisis descriptivo de las variables medidas, como un primer paso para la interpretación de los resultados, nos permitirá establecer una panorámica de la valoración de la situación de dependencia infantil en Castilla y León durante los cinco primeros años de la puesta en marcha de la Ley 39/2006. Este análisis se lleva a cabo con estadísticos descriptivos y con tablas de contingencias de frecuencias de datos de las variables de interés, con las que podemos comprobar cómo se relacionan entre sí. Somos conscientes que este análisis de los datos es muy sencillo, pero por su claridad y simplicidad nos aporta información útil para, posteriormente, profundizar más en los datos.

#### **4.3. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS MÉTRICAS DE UNA ESCALA**

Es importante que los técnicos que aplicamos instrumentos de valoración tengamos un conocimiento e interés por entender las características de los mismos, pues ello nos va a llevar a una mejor práctica profesional. Estamos de acuerdo en que obtener puntuaciones para evaluar las competencias de unos sujetos o clasificar a los niños en diferentes grados de dependencia (como es el caso de la EVE) requiere de una legitimidad y eficiencia de los instrumentos que en gran parte dependen de su fiabilidad y validez. En este sentido, utilizar

teorías estadísticas que permitan la estimación de las propiedades psicométricas de los tests va a garantizar que las decisiones tomadas a partir de ellos son adecuadas (Muñiz, 2010).

Prieto y Delgado (2010) recuerdan que existen varios malentendidos a la hora de especificar y entender estas características psicométricas, como considerar que la fiabilidad y la validez son características de los tests, en vez de entenderlas como una propiedad mediatizada por las interpretaciones, inferencias o usos específicos de las pruebas de evaluación. Otro malentendido consiste en considerar que la fiabilidad y la validez se poseen o no, en lugar de entenderlas como una cuestión de grado.

La denominada Teoría Clásica de los Tests (en adelante TCT) ha sido el principal modelo psicométrico empleado en la construcción y análisis de tests. Se trata de un modelo lineal simple, que ha sido dominante durante gran parte del siglo XX y que mantiene una vigencia notable todavía en nuestros días (Muñiz, 2000). Sin embargo, sus limitaciones han llevado a la propuesta de modelos alternativos, de los cuales el más parsimonioso es el modelo de Rasch, que permite, dado un buen ajuste de los datos, la medición conjunta de personas e ítems en una misma dimensión o constructo (Prieto y Delgado, 2003). No obstante, Gómez (2010) señala que para estudiar la validez de un instrumento, los expertos han utilizado tradicionalmente la TCT, cuyos planteamientos se utilizan también en este estudio.

#### **4.3.1. Validez**

El concepto de validez ha experimentado transformaciones importantes durante el último siglo, provocadas por los diversos objetivos a los que se han destinado los tests. (Padilla, Gómez, Hidalgo y Muñiz, J., 2006).

Nos sumamos al planteamiento de Prieto y Delgado (2010) y de Gómez (2010) de presentar la validez como un concepto unitario basado en diferentes tipos de evidencia, pues como refiere esta última autora haciendo referencia a nuevas concepciones que la validez “es una cuestión de grado, no de todo o nada, por ello debe evitarse hablar de resultados como válidos o no válidos” (p.251). Se basa en el planteamiento de validez de Martínez-Arias, Hernández y Hernández (2006), que apuntan a una validez basada en el aspecto de contenido, el aspecto sustantivo, el aspecto estructural, el aspecto de la generabilidad, el aspecto externo y los aspectos consecuenciales.

A continuación detallamos las evidencias que vamos a utilizar en esta investigación:

1-Basada en el contenido de la escala: Se refiere a la correspondencia entre la muestra de tareas de la escala y el dominio que pretende medir. En esta investigación se lleva a cabo a través del análisis del poder discriminativo de los ítems. Un ítem es discriminativo si distingue entre los sujetos que puntúan alto en el test y los que puntúan bajo (Muñiz, 2010). Analizaremos, por el interés para este estudio, las diferencias en las respuestas en las distintas variables de la EVE en los grados 0, 1, 2 y 3.

2-Basada en el aspecto sustantivo: Se refiere a las bases teóricas de las consistencias observadas en las respuestas, que son las evidencias basadas en el análisis de los procesos de respuesta. Analizamos las respuestas “SÍ” y “NO” en las actividades adaptativa y motriz.

3-Basada en el aspecto externo: Incluye la relación con un criterio (evidencia referida a criterio). Para este estudio, y teniendo en cuenta las bases teóricas que sustentan el concepto de dependencia, y más concretamente la CIF-IA, se va a utilizar como criterio el retardo en el desarrollo de los niños; es decir, el desfase o retraso evolutivo que en un momento puntual se puede evaluar. Dadas las características de nuestra muestra (que se explicarán más adelante), así como las pruebas que se utilizan en la práctica profesional en el Centro Base, se usará como criterio el Cociente de Desarrollo Global en la prueba de desarrollo de la primera infancia Brunet Lézine-R (Josse, 1997).

4-Basada en aspectos consecuenciales: Evalúan el poder de la interpretación de las puntuaciones; esto es, la evidencia basada en las consecuencias (Messick, 1989). Este análisis lo hemos vinculado al estudio de la especificidad y sensibilidad de la escala, asociadas a criterios de eficacia y eficiencia de una escala. Consideramos que es interesante tenerlas en cuenta, pues de los resultados en la EVE se deriva el derecho a un servicio y/o a una prestación económica.

Es interesante destacar, como apuntan Prieto y Delgado (2010), que el objeto de la validación no es el test, sino la interpretación de sus puntuaciones en relación con un objetivo o uso concreto. En la práctica profesional, el uso continuado de la EVE junto con otra prueba de desarrollo infantil permite obtener información de la concordancia y discrepancia entre los resultados de ambas, y como se mencionó al inicio de este estudio, poder plantear interrogantes al respecto.

Según lo expuesto en el marco teórico, usamos la EVE para establecer puntos de corte que permitan clasificar a un niño en su nivel de dependencia, en función de lo que se observa que consigue o no hacer en un momento determinado de su desarrollo evolutivo.

Refieren Prieto y Delgado (2010) que el marco de validación se define a partir de teorías en las que se especifican el significado del constructo a evaluar, sus relaciones con otros constructos, sus manifestaciones y sus potenciales aplicaciones e interpretaciones.

En este sentido, el constructo a evaluar con la EVE es claro teniendo en cuenta todo el marco teórico planteado al inicio: Situación de salud y de desarrollo que retrasa, en distintos grados, la evolución de un niño, limitando la adquisición de su independencia. Además, reconocer esta situación, tiene una clara implicación social, pues si se considera que un niño está en situación de dependencia, ello supone un derecho subjetivo que le dará paso a un catálogo de prestaciones sociales, gestionadas con presupuestos del Estado de acuerdo con la Ley 39/2006 y RD 1051/2013, que ya se han expuesto.

En conclusión, nuestro marco de validez aborda la relevancia y representatividad del test con el poder discriminativo de los ítems; las razones teóricas de la consistencia, observada con las respuestas; las relaciones de la EVE con otra escala de desarrollo, o lo que es lo mismo, un criterio; y las consecuencias sociales con la especificidad y sensibilidad.

#### **4.3.2. Fiabilidad**

Analizar la precisión con la que se mide en los test permite que se tomen decisiones acerca de su fiabilidad, entendida como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite. Si la variabilidad de las medidas es grande se considera que los valores son imprecisos y en consecuencia poco fiables (Prieto y Delgado, 2010). Una manera de obtener variabilidad en las puntuaciones de una prueba es disponer de repeticiones en la medición (Gómez ,2010), pero no es el caso de esta investigación, en la que nos centramos en la coherencia interna del test a partir de los ítems.

En este estudio nos interesa realizar una cuantificación de la fiabilidad a través de la consistencia interna, que dependen del grado de homogeneidad de los ítems. Se utiliza el coeficiente Alpha de Cronbach (1951), considerado como el límite inferior de fiabilidad de una prueba. Autores como Pardo y Ruiz (2002) destacan cómo “los valores por encima de 0,8 se suelen considerar meritorios” (p.598), mientras que para Thorndike (1997) es aceptable a

partir de 0,6. Para Nunnally (1978) los rangos de fiabilidad se clasifican de la siguiente forma: > 0,9 Excelente; 0,8 – 0,9 Bueno; 0,7 – 0,8 Aceptable; 0,6 – 0,7 Débil; y 0,5 – 0,6 Mediocre.

Para ser considerada aceptable la magnitud de los estadísticos de fiabilidad depende de las consecuencias derivadas del uso de las puntuaciones. Cuando las puntuaciones vayan a emplearse para tomar decisiones que impliquen consecuencias relevantes para las personas, como en nuestro caso, en el que el hecho de que una familia pueda tener una prestación se deriva del resultado de la valoración, el coeficiente de fiabilidad debería ser muy alto (al menos de 0,90). (Prieto y Muñiz, 2000). Por tanto, en esta investigación tendremos en cuenta esta recomendación.

#### **4.3.3. Sensibilidad y especificidad**

Una de las aportaciones de esta investigación es analizar la validez de la EVE a través de la sensibilidad y especificidad. La validez, en este sentido, es el grado en el que sus resultados corresponden al fenómeno real que se mide, el cual se representa por medio de un estándar debidamente aceptado, denominado *gold standard*. (Pita y Fernández, 2003; Passas, 2012).

Tomamos como referencia la validez diagnóstica de instrumentos de cribado, que viene determinada por su sensibilidad (tasa aceptable mayor del 70%,) y especificidad (tasa aceptable mayor del 80%) (García-Primo, Hellendoorn, Charman y Roeyers, 2014). Una prueba de *screening* o cribado es una prueba sencilla que trata de detectar en breve tiempo unas dificultades en la población con objeto de poder intervenir cuanto antes (Fernández-Ballesteros, 2012). Desde este punto de vista la EVE se puede considerar una prueba de despistaje para la detección de niños en situación de dependencia. Argumentamos este tipo de análisis haciendo referencia al punto 3.4.2 de esta investigación. En él se explica que el procedimiento de evaluación de la dependencia se ha integrado en los servicios sociales de tal forma que sólo existe un formulario para solicitar la valoración de la atención temprana y de la situación de dependencia (Anexo 1). Esto implica que en Castilla y León, se valora con la EVE a todos los niños que son derivados a los Centro Base. Por tanto, se está utilizando esta escala como una herramienta de cribado pues se aplica a todos los niños.



En este sentido, la EVE tiene validez si es capaz de clasificar correctamente a los niños, lo que supone que sea efectiva y eficaz, y esto nos dará indicios de su validez basada en los aspectos consecuenciales.

La sensibilidad y la especificidad se obtienen mediante la creación de una tabla de contingencia 2x2, con las variables prueba (EVE) y estándar de referencia.

En la tabla 26 se muestra la prueba diagnóstica (filas) y la prueba de referencia o *gold standard* (Pita y Fernández, 2003). El resultado de la prueba puede ser correcto (Verdadero positivo y negativo) o incorrecto (falso positivo y falso negativo). La especificidad se calcula hallando la razón entre los verdaderos negativos y la suma de éstos con los falsos positivos. La sensibilidad se calcula hallando la razón entre los verdaderos positivos y la suma entre éstos y los falsos negativos.

Tabla 26. Tabla 2x2 para el cálculo de la sensibilidad y especificidad. Elaborada ad hoc.

		PRUEBA DE REFERENCIA		
		Negativos	Positivos	Total
P R U E B A	No dependiente (negativo)	VN: Verdaderos –  <b>Especificidad=</b> <b>VN/(FP+VN)</b>	FN: Falsos –  <b>Error</b>	VN+FN
	D I A G.	FP: Falsos +  <b>Error</b>	VP: Verdaderos +  <b>Sensibilidad=VP/</b> <b>(VP+FN)</b>	FP+VP
Total		VN+FP	VP+FN	N

La sensibilidad corresponde a la tasa de casos positivos que son bien diagnosticados por la prueba, o como refieren Verdugo, Arias y Navas (2014), haciendo referencia a Loong, (2003) “el grado en que un instrumento de evaluación es capaz de identificar a aquellas personas que presentan una condición concreta” (p. 15).

Consideramos como positivos a los niños dependientes, los que tiene la característica que buscamos para intervenir. La EVE será más sensible cuanto mayor sea la proporción de niños dependientes bien clasificados como tales (verdaderos positivos) con respecto al total de casos positivos. En éstos se incluye a los niños no dependientes incorrectamente clasificados (Falsos Negativos).

La especificidad corresponde a la tasa de casos negativos que son bien diagnosticados por la prueba, o lo que es lo mismo, el porcentaje de casos en los que se rechaza correctamente el diagnóstico (Verdugo et al., 2014).

Consideramos como caso negativo a un niño que no sea dependiente (no tiene la característica buscada). De esta forma, la escala es específica cuando clasifica como no dependientes a niños que no lo son. A mayor especificidad menor será la proporción de falsos positivos en el total (niños incluidos como dependientes que no lo son).

Para complementar la validez de la EVE se calcula su potencia o valor predictivo, que puede ser positivo o negativo. El valor predictivo es la probabilidad de estar en situación de dependencia una vez que conocemos la prevalencia de la misma (porcentaje de la población que posee la enfermedad). Un valor predictivo positivo (VPP) de 90% indica que de cada 100 niños que puntúen con dependencia, 90 tienen la característica buscada, y se detecta un 10% de falsos positivos. También podemos calcular el valor predictivo negativo, que corresponde a la probabilidad de no tener la enfermedad si el resultado de la prueba es negativo. Si el valor predictivo negativo (VPN) fuera de 95% indicaría que de cada 100 niños que puntuaran no dependientes, 95 no lo son, y el 5% restante serían falsos negativos, y en consecuencia serían incluidos en el catálogo de prestaciones sin ser dependientes.

Lo expuesto anteriormente nos permite cuantificar la exactitud diagnóstica de la EVE para el caso en el que se dicotomiza la variable: establecer el punto de corte entre no dependientes (valor de 0) y dependientes (valores de 1, 2 y 3). Pero a la hora de valorar el punto en el que más se optimiza la sensibilidad y la especificidad de la escala es adecuado utilizar toda la variable dependencia. La metodología del análisis ROC (en español COR, Característica Operativa del Receptor) nos permite aportar datos de todo el rango de la variable que nos interesa.

Las curvas ROC representan el espacio de los resultados que se obtienen como positivos de la prueba, tanto en los que se acierta como se falla. Se trata de una representación gráfica del funcionamiento de una prueba en todos los contextos posibles (Passas, 2012). En la figura 18 se muestra un ejemplo de una curva ROC. Cada punto representa la sensibilidad (eje Y) y los falsos positivos (1- especificidad (eje X)) para un umbral de corte de la prueba, lo cual nos facilita, como refieren Burgueño, García y González (1995), conocer la capacidad diagnóstica global de la misma a lo largo de todos sus valores y la elección del mejor punto de corte.

El punto (0,0) representa la ausencia de falsos positivos, mientras que el (1,1) representa la ausencia de falsos negativos. La línea diagonal representa una clasificación totalmente aleatoria, que como se observa divide el espacio ROC en dos mitades. Los puntos por encima de la diagonal incluyen los buenos resultados de clasificación (mejor que el azar). La línea curva por encima de la diagonal es la curva ROC de la prueba (Cerdea y Cifuentes, 2012).

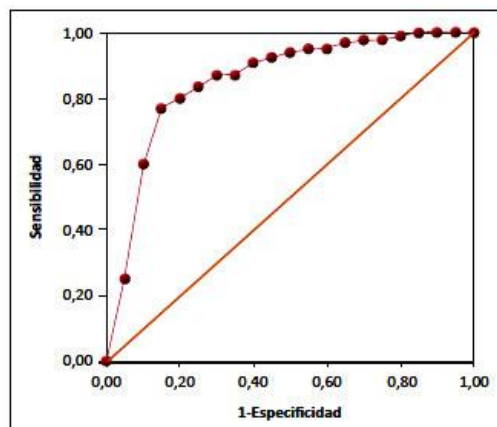


Figura 18. Ejemplo de curva ROC. Fuente: Cerdea y Cifuentes (2012).

El área que queda por debajo de una curva ROC (AUC) nos da una medida de la exactitud de una prueba diagnóstica. Para obtener unos resultados adecuados debe ser mayor de 0,5, que representaría un resultado aleatorio. Cerdea y Cifuentes (2012), así como Passas (2012) haciendo referencia a Swets (1988) destacan que “cuanto más se acerque a 1 mayor poder discriminatorio tendrá. Valores entre 0,5 y 0,7 indican baja exactitud, entre 0,7 y 0,9 se consideran útiles y un valor mayor de 0,9 indica exactitud alta” (p. 28).

Lo que nos interesa sobre todo para esta investigación es la alta sensibilidad, lo que sería una muestra de la efectividad de la prueba, y un alto valor predictivo positivo, lo que supone un criterio de la eficacia de la prueba. También es de interés que los falsos negativos sean los mínimos, pues de esta forma no se deja fuera de la protección de la Ley a niños que pueden estar en situación de dependencia. Seguimos de esta forma la recomendación de Passas (2012) que refiere: “por ello es preferible una prueba con alta sensibilidad cuando la enfermedad es grave y tratable como puedan ser las pruebas que se aplican para la detección precoz de enfermedades (cribados o *screening*) en donde los falsos negativos pueden llegar a ser graves” (p.9).

La razón tiene que ver con la utilidad social de la EVE: poder incluir en el catálogo de prestaciones a los niños que tienen derecho porque sean dependientes (sensibilidad) así como excluir a los niños que verdaderamente no son dependientes (especificidad).

En el siguiente capítulo detallamos los objetivos, hipótesis, variables y la muestra que se utiliza en el estudio empírico.

Por último mencionar, que para los análisis realizados se ha utilizado *SPSS Statistics* v.19 (SPSS, 2010), así como las aplicaciones *Microsoft Excel* y su extensión *XLSTAT*.

Utilizamos *XLSTAT* para obtener las curvas que nos van a permitir calcular los datos de sensibilidad, falsos positivos, especificidad, falsos positivos, VPP, VPN y representar gráficamente la tasa de verdaderos positivos (sensibilidad) frente a la tasa de falsos positivos (1- especificidad) y así visualizar la capacidad de una prueba para discriminar entre la ausencia o presencia de una condición concreta (Verdugo et al., 2014).

## **CAPÍTULO 5.- ESTUDIO EMPÍRICO**

### **5.1. OBJETIVOS**

1. Describir las características de la muestra de niños de 0 a 35 meses, a los que se valora la situación de dependencia a través de la EVE en Castilla y León.
2. Describir la escala EVE mediante métodos cuantitativos clásicos derivados de la TCT (aportar evidencias sobre su validez y fiabilidad, que permitan complementar los obtenidos en la muestra piloto).
3. Aportar evidencias de la sensibilidad y especificidad de la EVE.

### **5.2. HIPÓTESIS**

1. No existen diferencias en la valoración de la situación de dependencia entre niños y niñas. La EVE no está sesgada en función del género.
2. Existe una distribución uniforme entre los diferentes niveles de dependencia alcanzados y los distintos periodos de edad en los que se aplica la EVE, o lo que es lo mismo, no hay razón por la cual un nivel determinado de dependencia sea más o menos probable en una determinada edad, pues los hitos que se observan en cada periodo de edad se ajustan al nivel evolutivo esperado. Como señala el RD 174/2011: “Se valora a cada niño o niña en comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad” (p. 18465).
3. Existe relación entre la puntuación de dependencia y el grado de discapacidad. Esperamos que a mayor grado de dependencia mayor sea el grado de discapacidad.
4. No hay diferencias entre el tipo de discapacidad y el grado de dependencia alcanzado. Si tomamos como referencia lo que ocurre en personas adultas, se espera que los niños que tienen dependencia tengan discapacidad. Además esperamos que el tipo de discapacidad (física, psíquica, sensorial visual, sensorial auditiva y pluridiscapacidad) no está relacionada con el grado de dependencia, puesto que no se valora la enfermedad sino sus consecuencias (Ley 39/2006). Confiamos en que la EVE no favorezca más unos niños que a otros con respecto a la condición de su discapacidad.

5. No hay diferencias entre los diagnósticos que se utilizan para establecer el trastorno de un niño a través de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT), y el grado de dependencia. Se espera, por el mismo motivo que en la hipótesis anterior, que la EVE no favorezca más a unos niños que a otros en función de su trastorno.
6. A mayor grado de dependencia se esperan puntuaciones menos elevadas en la escala del desarrollo psicomotora de la primera infancia Brunet Lézine-R. Si el nivel de desarrollo de un niño se encuentra en los límites normales o con ligero desfase esperamos que tenga adecuado funcionamiento y por tanto obtenga un grado 0 de dependencia. En definitiva, si hay relación significativa e inversa entre el grado de dependencia y el cociente de desarrollo podemos tener una evidencia de la validez de la escala con un criterio externo.
7. La actividad motriz de la EVE está asociada con el cociente de desarrollo postural de la escala Brunet Lézine-R. Si encontramos una relación significativa e inversa entre estas variables y no significativa con el resto de cocientes de desarrollo que mide la escala Brunet Lézine-R obtenemos una evidencia de la validez de la actividad motriz de la EVE a través de un criterio.
8. La actividad adaptativa de la EVE está asociada con el cociente de desarrollo de coordinación y social de la escala Brunet Lézine-R. Si encontramos una relación significativa e inversa entre estas variables y no significativa con el resto de cocientes de desarrollo que mide la escala Brunet Lézine-R obtenemos una evidencia de la validez de la actividad adaptativa a través de un criterio.

### **5.3. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES**

En el periodo de recogida de datos se han tenido en cuenta un conjunto de variables para poder comprobar las hipótesis de investigación.

Se han obtenido datos del género, edad, puntuaciones en la EVE, puntuaciones en la escala del desarrollo psicomotor Brunet Lézine-R, discapacidad (grado y tipo) y datos de la ODAT (situaciones de riesgo y trastorno).

En la tabla 27 se exponen dichas variables, así como su descripción (tipo de variable). Destacamos que la naturaleza de las variables es nominal y ordinal.

Tabla 27. Descripción de variables.

Variable	Descripción
<b>Género</b>	Nominal dicotómica: Masculino y Femenino
<b>Edad</b>	Cuantitativa continua. Se ha realizado una categorización de la variable, atendiendo a los períodos en los que se aplica la escala de dependencia: 0 meses - 5 meses 29 días 6 meses - 11 meses 29 días 12 meses - 17 meses 29 días 18 meses - 23 meses 29 días 24 meses - 29 meses 29 días 30 meses - 35 meses
<b>EVE</b>	Puntuaciones brutas de observación nominales dicotómicas (SÍ y NO) que se transforman a escala ordinal (0,1, 2 y 3). -Escala Motriz: Puntuaciones de 0 a 3 -Escala Adaptativa: Puntuaciones de 0 a 3 - Puntuación en grado de desarrollo: Puntuaciones de 0 a 3 - Puntuación en grado de salud: Puntuaciones de 0 a 3 - Puntuación TOTAL del grado de Dependencia de 0 a 3
<b>Brunet Lézine-R</b>	Puntuaciones cuantitativas de carácter ordinal correspondientes a: Cociente de desarrollo postural, Cociente de coordinación, Cociente de lenguaje, Cociente de desarrollo social, Cociente global de desarrollo.
<b>Discapacidad</b>	Se ha tenido en cuenta el porcentaje de discapacidad. Variable de tipo ordinal que se ha categorizado de la siguiente forma: - Sin discapacidad o inferior al 32% - Del 33 al 64% - 65% y superior También se ha tenido en cuenta el tipo de discapacidad, variable nominal que se ha categorizado en: Psíquica, Física, Sensorial Visual, Sensorial Auditiva y Pluridiscapacidad.
<b>ODAT</b>	<u>Variable factores de riesgo en el niño</u> , de tipo nominal, en la que se incluyen las siguientes categorías: Factores Prenatales, Peso<2.500 gramos, Peso<1.500 gramos, Edad gestacional <37 semanas, Edad gestacional <32 semanas, Edad gestacional < 28semanas, Sufrimiento perinatal, Distocias en el parto, Daño cerebral, Hipoacusia, Alteración visual, Signos de alerta detectados por pediatra o en escuelas infantiles, Otros factores de riesgo posnatales. <u>Variable trastornos en el desarrollo del niño</u> , de tipo nominal, en la que se incluyen las siguientes categorías: Motor, Visual, Auditivo, Psicomotor, Retraso evolutivo, Retraso en el desarrollo cognitivo, Trastorno en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, Trastorno en la expresión somática, Trastorno emocional, Trastorno en la regulación y el comportamiento, Trastorno del espectro autista, Plurideficiencias y Otros. También se ha incluido la categoría de <u>Desarrollo evolutivo normal</u> (Respecto a la edad cronológica y la edad corregida en niños prematuros), aunque no pertenece a la ODAT.

#### 5.4. MUESTRA

Comenzamos este apartado señalando que la población a la que hace referencia nuestra muestra es la de todos los niños que han sido valorados en su situación de dependencia en el territorio español.

Utilizamos una muestra de tipo incidental o casual, pues seleccionamos directa e intencionadamente a los niños de la población, debido a su fácil acceso (Guardia et al., 2007). En este caso hemos contado, por un lado, con los niños valorados en Castilla y León y, por otro, los del Centro Base de Valladolid, lugar de trabajo de la autora de esta investigación. Se trata por tanto de un muestreo no probabilístico, lo que supone que no se tiene certeza de que la muestra extraída sea representativa (Bisquerra, 2004).

Se ha utilizado:

- a) Muestra general no aleatoria e incidental. Corresponde a todos los niños de Castilla y León valorados en los Centros Base de todas las provincias desde la puesta en marcha de la Ley en el año 2007 hasta el primer trimestre del año 2013. Se tienen en cuenta datos de género, edad, puntuación en todas las variables de la EVE y grado de discapacidad.
- b) Muestra de Centro Base de Valladolid, no aleatoria e incidental. Se tienen en cuenta las variables género, edad, puntuaciones en todas las variables de la EVE, cocientes de desarrollo de la escala Brunet Lézine-R, grado y tipo de discapacidad, situaciones de riesgo y trastornos en el desarrollo según la ODAT. Los datos referidos a la EVE y la Brunet Lézine-R corresponden al mismo evaluador y en el mismo momento en el que se observa y se valora a un niño.

Los datos proceden del registro de usuarios de la Junta de Castilla y León, y su uso para este estudio ha sido autorizado por el Gerente de Servicios Sociales.

Detallamos a continuación, las variables y análisis realizados en cada muestra por separado.

#### **5.4.1. Descripción muestra general**

La muestra general está formada por niños cuyas familias solicitan atención temprana y valoración de dependencia.

Se ha diferenciado entre el número de sujetos que compone la muestra y el número de observaciones realizadas. Como hemos mencionado, la EVE se aplica en diferentes momentos temporales en función de la edad; por tanto, obtenemos medidas de un mismo niño en diferentes ocasiones.



A continuación se presentan los análisis exploratorios que nos ofrecen los estadísticos descriptivos de las variables que nos interesan para este estudio.

#### 5.4.1.1. Distribución por género

En la tabla 28 aparece el número de observaciones. Se han obtenido datos en 5.122 ocasiones, que corresponden a 2900 niños y 2222 niñas. El total de sujetos de esta muestra es 2688, 1550 son niños y 1138 niñas.

Tabla 28. Número de casos en la muestra general.

	Niños	Niñas	TOTAL
Observaciones	2900	2222	5122
Sujetos	1550	1138	2688

En términos de porcentaje, la muestra general está compuesta por un 58% de niños y un 42 % de niñas. Si tenemos en cuenta las observaciones el porcentaje es similar: 57% de niños y 43% de niñas.

#### 5.4.1.2. Distribución por edad

Analizamos la variable edad. Observamos en la tabla 29 que la media de edad de los niños de esta muestra es de 14 meses y 8 días. Se trata de una variable con ligera asimetría positiva (0,399); por tanto, hay más valores por debajo del valor medio de edad (14,08). También es platicúrtica (-1,18), pues presenta una baja concentración de datos en la parte central. El valor mínimo es de 0 meses y el máximo de 35.

Tabla 29. Estadísticos descriptivos variable edad. Muestra general.

	N	Mín.	Máx	Media	D.T	Var.	Asimetría	Curtosis
Edad	5122	0	35	14,08	10,05	101	,399	,034
							-1,18	,068

En la figura 19, que representa el histograma de los datos, observamos más casos en los momentos claves en los que se pasa la EVE: 6, 12, 18, 24 y 35 meses.

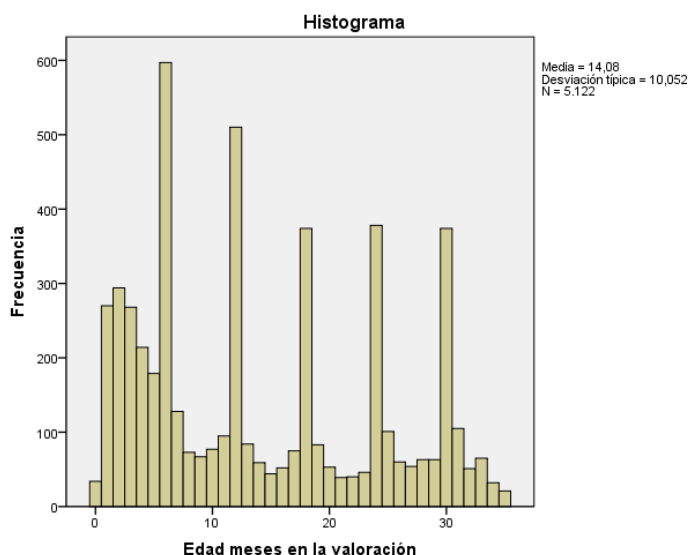


Figura 19. Histograma de la variable edad en la muestra general.

Esperamos más concentración de valoraciones en esas edades, pues en el caso de que un niño se encuentre en situación de dependencia durante los 6 primeros meses, se volverá a valorar a los 12 y así sucesivamente hasta los 30. Recordamos que se puede valorar a un niño a cualquier edad, de ahí que nos encontremos con datos en todas las edades.

Para esta investigación, nos interesa agrupar la variable edad en categorías, según los momentos en los que se hacen las revisiones de oficio y aplicación de la EVE y que son: 0 meses - 5 meses 29 días, 6 meses - 11 meses 29 días, 12 meses - 17 meses 29 días, 18 meses - 23 meses 29 días, 24 meses - 29 meses 29 días y 30 meses - 35 meses.

Teniendo en cuenta esta categorización, analizamos cómo se distribuyen los niños y observamos en la figura 20 que es similar en todas las categorías, aunque el mayor porcentaje de niños (24,6%) está en el tramo de 0 a 5 meses. Esto probablemente está asociado a la demanda de solicitudes de familias de bebés prematuros, pues durante los seis primeros meses es relevante la valoración del peso, así como el beneficio de la ampliación de la baja maternal en caso de que el niño tenga reconocido un grado de dependencia.

Este porcentaje va disminuyendo ligera y progresivamente hasta un pequeño repunte a los 24-29 meses, debido probablemente a la derivación para valoración de niños con problemas del lenguaje y comunicación, así como otros problemas de retraso en el desarrollo detectados por los pediatras y escuelas infantiles en torno a esas edades.

Al realizar un análisis exploratorio acerca de variable edad categorizada obtenemos los siguientes datos: Asimetría: 0,323 y Curtosis: -1,224. La distribución es ligeramente asimétrica, positiva y platicúrtica.

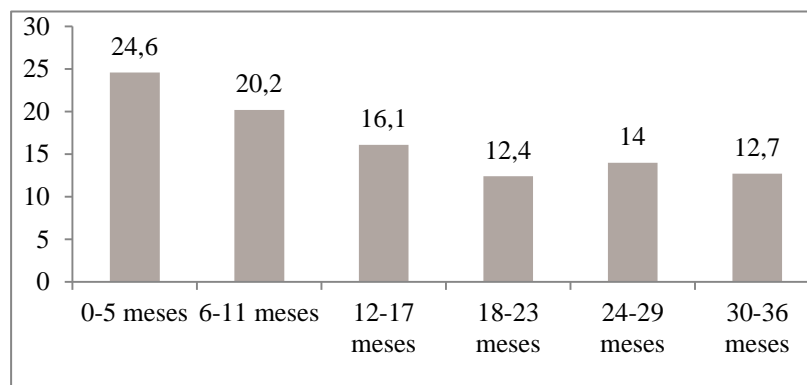


Figura 20. Distribución de porcentaje de observaciones en tramos de edad muestra general.

#### 5.4.1.3. Distribución del Grado de Dependencia.

Analizamos la puntuación total que determina si un niño está o no en situación de dependencia y el grado que alcanza, o lo que es igual, el resultado final de la EVE: Grado 0 (no dependiente), Grado 1 (dependencia moderada), Grado 2 (dependencia severa) y Grado 3 (gran dependencia).

Como se observa en la figura 21 en la que se presenta el porcentaje de dependencia en los diferentes grados, del total de valoraciones en un 36% de los casos no se alcanza la condición de dependiente.

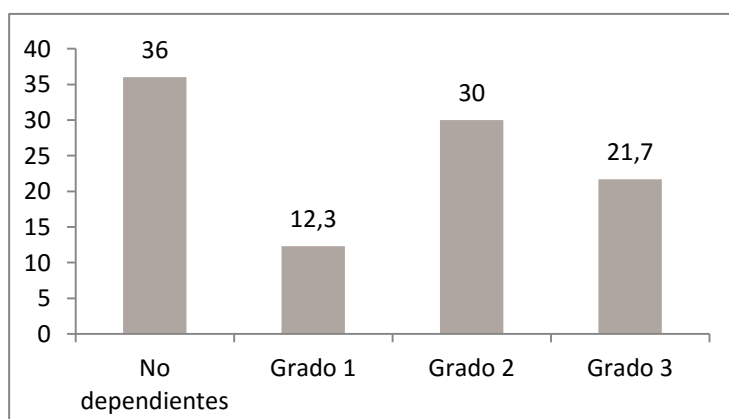


Figura 21. Porcentajes de los grados de dependencia respecto a las valoraciones realizadas. Muestra general.

En esta muestra, nos encontramos que en un 64% de las valoraciones se alcanza una situación de dependencia. El grado 2 es el más frecuente, con un 30% del total, seguido del 3 y del 1.

Si tenemos en cuenta las ocasiones en las que un niño es considerado dependiente, y por tanto nos centramos en los casos con grados mayores que 0 obtenemos que, casi en la mitad de los niños de esta muestra (47%), alcanzan el grado 2, el 33,8% el grado 3 y el 19,2% el grado 1.

En las estadísticas ofrecidas por el SISAAD en Castilla y León (2016), mencionadas en el capítulo 2 de esta investigación en el apartado “Castilla y León en cifras”, vemos que existe más igualdad en los grados de dependencia cuando se tienen en cuenta todas las edades. Se obtienen un 26%, 27%, 24% y 24% de valores correspondientes a grados 3, 2, 1 y 0 respectivamente. Como observamos en la figura 21, en el caso de los menores de 3 años esta homogeneidad no es tan evidente, y aunque coincide con la muestra general en que el grado más frecuente es el 2 cuando se tiene en cuenta que un niño es dependiente, hay una mayor diferencia con el resto de grados.

Comprobamos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov la  $H_0$ : Los grados de dependencia, obtenidos en la EVE, se distribuyen de forma uniforme. Como se observa en la tabla 30, el p-valor es  $<0,05$ . Se rechaza la  $H_0$ , no hay uniformidad en los niveles de dependencia alcanzados en nuestra muestra; es decir, hay diferencias significativas en los porcentajes encontrados en cada nivel de dependencia.

Tabla 30. Prueba Kolmogorov-Smirnov para homogeneidad en el grado de dependencia en la muestra general.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
N		TOTAL EVE 5122
Parámetros uniformes <sup>a,b</sup>	Mínimo	0
	Máximo	3
Diferencias más extremas	Absoluta	,360
	Positiva	,360
	Negativa	-,217
Z de Kolmogorov-Smirnov		25,738
Sig. asintót. (bilateral)		,000

a. La distribución de contraste es la Uniforme.

b. Se han calculado a partir de los datos.

En consecuencia, en nuestra muestra lo más probable es que un niño que alcance la puntuación necesaria para ser dependiente lo sea con un grado 2, seguido de grado 3 y del 1. No obstante, conviene matizar estos datos teniendo en cuenta los diferentes tramos de edad, como se expondrá más adelante.

#### 5.4.1.4. Distribución Dependencia y Género

Comprobamos si existen o no diferencias en el grado de dependencia, en función del género. En la tabla 31 se presentan las frecuencias de niños y niñas y el grado de dependencia alcanzado. Observamos que hay más diferencias entre niños y niñas en el grado 2 (dependencia severa), mientras que en el grado 3 (gran dependencia) apenas existe diferencia en función del género.

Nuestra **primera hipótesis** es que no existen diferencias en la valoración de la situación de dependencia entre niños y niñas en ningún grado, pues esto sería una evidencia de que la EVE no está sesgada en función del género, y consecuentemente no favorece o perjudica en su valoración por el hecho de ser niño o niña.

Tabla 31. Dependencia y género. Muestra general.

TOTAL EVE					
	No dependencia	Moderada	Severa	Gran dependencia	Total
Niños	1041	352	908	599	2900
Niñas	801	280	628	513	2222
Total	1842	632	1536	1112	5122

Para comprobar si hay diferencias estadísticamente significativas entre dos muestras independientes y variable ordinal, la prueba más adecuada es la no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se plantea como  $H_0$ : Los promedios de niños y niñas en dependencia son iguales. Los datos obtenidos nos muestran que el rango promedio para los niños es de 2551,24 y de 2527,89 para las niñas. Observamos en la tabla 32 que el p-valor es  $> 0,05$ , por lo que se acepta la  $H_0$  y concluimos que las muestras definidas por el género proceden de poblaciones con el mismo promedio. De esta forma, en nuestra muestra no hay diferencias en los valores alcanzados en la EVE y el género.

Tabla 32. Prueba de Mann-Whitey entre género y dependencia.

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	TOTAL EVE
U de Mann-Whitney	3192147,000
W de Wilcoxon	7398597,000
Z	-,593
Sig. asintótica (bilateral)	,553

a. Variable de agrupación: Sexo/género

#### 5.4.1.5. Distribución por Dependencia y Edad

Si organizamos los datos en función de la variable edad categorizada y el grado de dependencia alcanzado, nos encontramos con la siguiente distribución, que se presenta en la tabla 33.

Tabla 33. Dependencia y tramos de edad. Muestra general.

	0 - 5 meses	6 -11 meses	12 - 17 meses	18 - 23 meses	24 - 29 meses	30 - 35 meses	Total
<b>No Depend</b>	417	467	372	189	235	162	<b>1842</b>
<b>D. Modera</b>	208	156	104	57	53	54	<b>632</b>
<b>D Severa</b>	460	295	217	219	175	170	<b>1536</b>
<b>Gran Depen</b>	174	119	131	170	256	262	<b>1112</b>
<b>Total</b>	<b>1259</b>	<b>1037</b>	<b>824</b>	<b>635</b>	<b>719</b>	<b>648</b>	<b>5122</b>

Observamos en la tabla 33 que en el tramo de edad de 0-5 meses es en el que más valoraciones se producen (n= 1259). Éstas disminuyen a medida que aumenta la edad, excepto por un ligero incremento en el periodo de 24-29 meses que puede ser debido a las valoraciones realizadas en niños que presentan dificultades en la comunicación y el lenguaje y que se manifiestan fundamentalmente en esas edades.

El hecho de que las valoraciones vayan disminuyendo con la edad puede tener una clara explicación, pues recordaremos que la EVE se aplica a casos nuevos o periódicamente a los niños que tienen dependencia y, por tanto, una vez que alcanzan un grado 0 se deja de valorar de oficio. Si tenemos en cuenta, como apuntaba en su estudio el G.A.T (2012), que se valora inicial y fundamentalmente a niños prematuros, podemos observar esta tendencia a ir mejorando su estado de salud así como su desarrollo, y por lo tanto a disminuir el número de valoraciones. Abordaremos más adelante este aspecto para hacer un análisis más detallado.

Comprobamos la **hipótesis segunda**: existe una distribución uniforme entre el nivel de dependencia alcanzado y los periodos de edad. No hay razón por la cual un nivel determinado de dependencia sea más o menos probable en una determinada edad, pues los hitos que se observan en cada periodo se ajustan al nivel evolutivo esperado. Tomamos como K muestras independientes la variable edad categorizada. Aunque hay sujetos que se repiten en los diferentes niveles de edad, tomamos como independientes las muestras, pues se mezclan las valoraciones con niños nuevos. Además los “n” son distintos en cada categoría de la variable. Comparamos la edad con los diferentes grados de dependencia. Utilizamos la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis para comprobar como  $H_0$ : los promedios en dependencia de la variable edad son iguales. Se obtienen diferentes rangos promedio en cada nivel de edad, que aparecen en la tabla 34.

Tabla 34. Rango promedio prueba de Kruskal-Wallis entre Edad y EVE. Muestra general.

TOTAL EVE	
0-5 meses	2477,64
6-11 meses	2186,13
12-17 meses	2268,34
18-23 meses	2808,84
24-29 meses	2875,40
30-35 meses	3107,24

El estadístico Chi-cuadrado, con 5 gl, es igual a 264, 299 y como su p-valor es  $< 0,05$  se rechaza  $H_0$ : Igualdad de promedios poblacionales. Concluimos que los niveles de edad difieren en el grado de dependencia alcanzado. Nuestra hipótesis de partida no ha sido confirmada.

Planteamos si hay asociación entre las variables; si la edad depende del grado en la situación de dependencia. Utilizamos la prueba de Chi-cuadrado de Pearson entre la categorización de la variable edad (K=6) y grado de dependencia (j=4). Los resultados aparecen en la tabla 35.

Tabla 35. Resultados Chi-Cuadrado con variables edad y grado de dependencia. Muestra general.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	441,616 <sup>a</sup>	15	,000
Razón de verosimilitudes	427,869	15	,000
Asociación lineal por lineal	160,213	1	,000
N de casos válidos	5122		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 78,35.

Se observa un valor significativo de Chi-cuadrado ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), lo que nos permite rechazar  $H_0$ : La edad es independiente del grado de dependencia. Por tanto podemos concluir que las dos variables tienen alguna asociación, por lo que el grado de dependencia alcanzado es diferente en función del tramo de edad en el que se valore.

Calculamos la cantidad y dirección de dicha relación, el coeficiente  $d$  de Somers, y los coeficientes Tau-b de Kendall, Tau-c y Gamma de Goodman y Kruskal. Cada coeficiente aparece en la tabla 36 y tabla 37. Puesto que los  $p$ -valores son  $< 0,05$ , podemos afirmar que las variables edad y grado de dependencia están relacionadas, por tanto rechazamos la  $H_0$ , y como el valor de las medidas es positivo (relación positiva), se concluye que a mayor nivel de edad corresponde mayor grado de dependencia.

Tabla 36. Medida direccional de la edad y el nivel de dependencia en muestra general.

Medidas direccionales					
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	d de Somers	,133	,011	11,686	,000
	TOTAL EVE dependiente edadR dependiente	,124	,011	11,686	,000
		,142	,012	11,686	,000

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 37. Medida simétrica de la edad y el nivel de dependencia en muestra general.

Medidas simétricas					
		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal	Tau-b de Kendall	,133	,011	11,686	,000
	Tau-c de Kendall	,136	,012	11,686	,000
	Gamma	,172	,015	11,686	,000
N de casos válidos		5122			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Hemos comprobado que hay diferencias en el grado de dependencia según la edad. También que los niveles de edad están relacionados con los niveles de dependencia; en concreto, hay una relación significativa y directa. Esto nos sugiere que a mayor edad mayor nivel de dependencia, por tanto no hemos podido confirmar la hipótesis segunda.

Continuamos explorando la variable edad. Según los tramos pretendemos analizar cómo se distribuyen, en porcentajes, los diferentes grados de dependencia, desde el porcentaje más alto, al menos alto. De esta forma tenemos que:

- En el tramo de 0 a 5 meses la distribución es: Grado 2, grado 0, grado 1 y grado 3.



- En el tramo de 6 a 11 meses la distribución es: Grado 0, grado 2, grado 3 y grado 1.
- En el tramo de 12 a 17 meses la distribución es: Grado 2, grado 0, grado 3 y grado 1.
- En el tramo de 24 a 29 meses la distribución es: Grado 3, grado 0, grado 2 y grado 1.
- En el tramo de 30 a 35 meses la distribución es: Grado 3, grado 2, grado 0 y grado 1.

En la figura 22 se representan estos datos. Resulta interesante esta información visual pues podemos observar las diferencias existentes en la disposición de los grados que sugiere la existencia de un comportamiento diferente de la EVE en función de la edad.

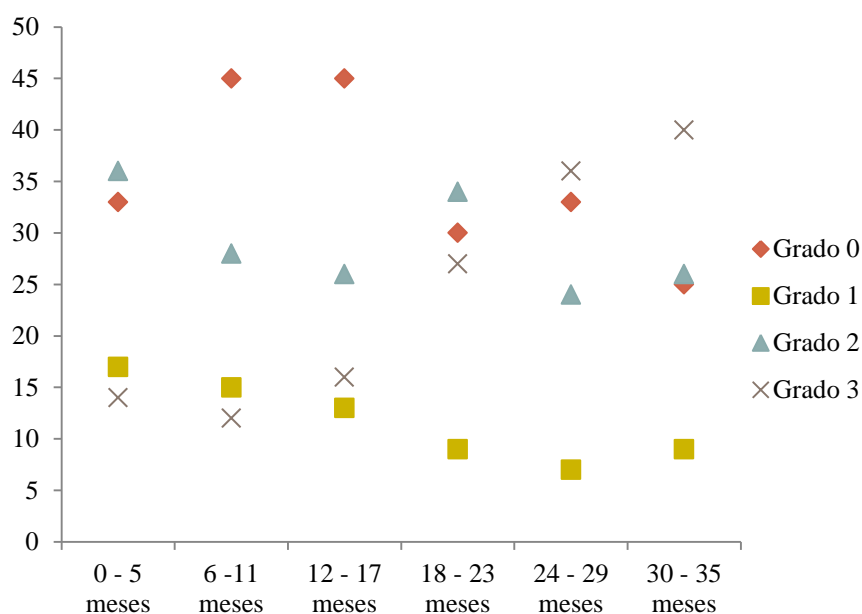


Figura 22. Distribución de los grados de dependencia por categoría de edad.

Algunos aspectos llaman la atención:

En 0-5 meses están muy próximos, por un lado los porcentajes de los grados 2 y 0, y por otro los grados 3 y 1. Los niños más pequeños, en nuestra muestra, es más probable que tengan un grado 2 o que no sean dependientes, hay una corta diferencia entre ambas opciones.

Un punto crítico es el tramo de 18-23 meses, en el que hay poca distancia en los grados 2, 0 y 3. Además se empiezan a distanciar notablemente los grados 1 y 3, lo cual parece más lógico, pues son los niveles más extremos de la variable.

Por último en el tramo de 30-35 hay prácticamente la misma probabilidad de tener dependencia severa que de no tener la condición de dependencia.

Vamos a analizar más en detalle la figura 22. Nos centramos en cada grupo de edad para analizar cómo se obtienen las puntuaciones finales de un niño en dependencia.

**1- De 0 a 5 meses**, lo más probable es la dependencia con grado 2 (36,5%) o con grado 0 (33,1%). Esto puede estar indicando que el bajo peso (variable de salud), que se tiene en cuenta en este tramo es relevante para no ser dependiente o serlo de forma severa. Los niños que más se benefician de esta condición son los prematuros. Se analiza con más en detalle el baremo que puntúa el peso en la tabla 38. Se observa que la mayor puntuación se obtiene con un peso menor de 1.100 gramos y la mínima entre 1.500 y 2.200 gramos.

Tabla 38. Puntuaciones en peso en tramo de edad de 0-5 meses. Fuente: RD 174/2011.

Peso Recién nacido	Puntuación
Menor de 1.100 grs.	3
Entre 1.100-1.500 grs.	2
Mayor de 1.500 grs y menor de 2.200 grs	1

Como vimos en la tabla 15 Tabla 15. Combinación de puntuaciones en variables de salud para obtener el grado de salud. Fuente: RD 174/2011.(Combinación de puntuaciones en variables de salud para obtener el grado de salud) y ahora en la tabla 39, si un niño obtiene tres puntos en el peso, aunque no puntúe en funciones vitales, obtendría 3 puntos en la grado de salud y aunque en el grado de desarrollo obtuviera 0 puntos, al combinar sus puntuaciones, obtendría un grado 3 en situación de dependencia.

Por tanto, en la práctica diaria hemos comprobado que sólo por el peso un niño puede obtener la siguiente situación de dependencia:

Tabla 39. Grado de salud en función del peso, grado de desarrollo y dependencia total. Fuente: RD 174/2011.

Puntuación en peso	Grado Salud	Grado desarrollo	Dependencia
Menos de 1.100gr	3	0	Grado 3
Entre 1.100-1.500 grs	2	0	Grado 2
Mayor de 1.500 grs y menor de 2.200 grs	0	0	Grado 0

Por tanto, los niños con peso igual o inferior a 1.500 gramos en los 6 primeros meses obtienen directamente un grado de dependencia 2 o 3.

Como observamos en la figura 22, llama la atención la poca distancia apreciada entre los grados 3 (gran dependencia) y 1 (moderada), próximos entre sí en porcentaje, lo que sugiere que pueden existir hitos cuya superación sea determinante para pasar de un grado a otro.

Veamos un ejemplo práctico, teniendo en cuenta el baremo del Real Decreto 174/2011 (Anexo 4) entre dos momentos de edad próximos: Supongamos que el grado de salud es 0 en todos los casos. Según la puntuación en el grado de desarrollo un niño puede alcanzar un grado 3, 2 y 1 de dependencia. Para puntuar a un niño teniendo en cuenta el baremo (Anexo 4), observamos los 5 primeros hitos de la actividad adaptativa y la motriz. Para analizar cómo cambian las puntuaciones en una de las actividades, mantenemos constante la puntuación 0 en la otra.

En la tabla 40 se presentan los hitos a observar en cada actividad y el grado de dependencia que le asigna el baremo con 5 y 6 meses. En caso de no superar el hito, suponiendo que en todas las demás variables un niño no puntúa, se presenta el resultado final de todas las posibilidades que nos podemos encontrar en la práctica.

Tabla 40. Puntuación en variables de desarrollo en 0-5 meses. Fuente: RD 174/2011.

Actividad adaptativa	Grado Dependencia		Actividad Motriz	Grado Dependencia	
	5 meses	6 meses		5 meses	6 meses
1-Succiona	2	2	1-Ajusta tono	2	2
2-Fija la mirada	2	2	2-Postura simétrica	2	2
3-Sigue objeto	1	2	3-Actividad espontánea	2	2
4-Sostiene	1	3	4-Sujeta cabeza	1	2
5-Tiende mano	0	0	5-Se sienta	0	1

Observamos como el hecho de que un niño con 5 meses no siga un objeto (hito 3), conlleva un grado 1 (dependencia moderada) o un grado 2 (dependencia severa) si tiene 6 meses. También ocurre lo mismo con la actividad motriz: El hecho de que

un niño no sujete la cabeza va a suponer que sea dependiente moderado con 5 meses, o severo con 6 meses.

Conviene llamar la atención sobre el hito 4 de la actividad adaptativa “sostiene un sonajero”. Si un niño con 5 meses no lo consigue hacer tendría una dependencia moderada y con 6 meses gran dependencia.

En la práctica es importante tener en cuenta que se dan estas diferencias en función del momento en el que se aplica la EVE en estos primeros meses, pues el baremo cambia de un mes a otro, produciendo resultados muy diferentes en la valoración de un niño y en lo que ello implica de cara a las prestaciones a las que tiene derecho.

En conclusión, y como se observó en el estudio piloto con el mapa de ítems y personas del análisis de Rasch, parece haber saltos importantes en la distribución de los hitos y en nivel madurativo que representan, pues superarlos o no hace cambiar sustancialmente el grado de dependencia. Se puede considerar que esto es una característica de la EVE, adecuada o no dependiendo del objetivo para el que se ha diseñado, como se comentará en el capítulo de discusiones.

## **2- De 6 a 11 meses**

La tendencia es que un niño no alcance una situación de dependencia en el 45% de los casos entre los 6 y los 11 meses, como observamos en la figura 22, o bien sea valorado con un grado 2 (28%). La situación con los grados 1 y 3 es similar a la planteada en el tramo 0- 5 meses.

Puede ocurrir que la distancia en porcentajes entre el grado 0 y el 2 se encuentre en el hecho de que la variable peso ya no se valora. Sin embargo, se tiene en cuenta la variable movilidad (ya mencionada en el capítulo 1) que también se incluye dentro de las variables que aglutinan las necesidades de apoyo en salud.

A diferencia del peso, el baremo es más exigente con la movilidad, pues se requieren más medidas para puntuar un 3 (el máximo); es decir, puntuar en movilidad es más difícil pues requiere, por ejemplo, que un niño tenga: fijación pelvipédica más vendaje corporal más protección lumínica más bomba de insulina, lo que es poco probable que ocurra en la práctica.

Vamos a ver qué ocurre con la dependencia si un niño sólo puntúa en la movilidad, suponiendo, por tanto, que en el resto de variables obtiene 0 puntos.

Tabla 41. Grado de salud en función de la movilidad, grado de desarrollo y dependencia total. Fuente: RD 174/2011.

Puntuación en movilidad	Grado salud	Grado desarrollo	Dependencia
3 puntos	1	0	<b>Grado 1</b>
2 puntos	1	0	<b>Grado 1</b>
1 punto	0	0	<b>Grado 0</b>

En la tabla 41 se observa cómo la movilidad tiene menos peso a la hora de ser considerado dependiente. Aunque obtenga la máxima puntuación, manteniendo el resto de variables a 0, podría alcanzar como máximo un grado 1 de dependencia. Esta variable se tiene en cuenta de la misma manera para los siguientes tramos de edad, pero como ya se ha mencionado es menos frecuente que un niño puntúe en movilidad. En nuestros datos hemos obtenido que el 91,9% de las ocasiones en las que se valora la dependencia, se obtiene una puntuación de 0 en esta variable.

### 3- De 12 a 17 meses

Según la figura 22, nos encontramos con una situación parecida al tramo de edad anterior en cuanto a los niveles de dependencia que alcanzan los niños, aunque sí se observa que empieza a subir ligeramente el porcentaje del grado 3.

### 4- De 18 a 23 meses

Podemos observar, en la figura 22, un cambio interesante en cómo se distribuyen los porcentajes de los grados en este periodo, pues están muy próximos los grados 2 y 3, con la posibilidad de que un niño no sea dependiente y parece menos probable alcanzar el grado 1 (un 9%).

En la tabla 42 vemos qué posibilidades de puntuación tiene un niño de 20, 23 y 24 meses siguiendo la lógica expuesta con anterioridad. Suponemos que obtiene una puntuación de 0 en el resto de las variables. Se recogen en esta ocasión los hitos correspondientes al nivel de edad de este tramo e inferiores, como aconseja el manual de instrucciones.

Observamos, como en casos anteriores, que en determinados hitos puntuar o no marca la diferencia en el grado de dependencia obtenido. Como puede apreciarse en el hito 14 de la actividad motriz “sube escaleras”, un niño de 20 meses obtendría grado 0, el de 23 grado 1 y el de 24 meses grado 2.

También a destacar el hito 12 de la escala adaptativa “bebe solo”, pues como observamos puede suponer a los 20 meses que un niño sea o no dependiente por el hecho de puntuar “SI” o “NO”.

Tabla 42. Puntuación en hitos de 18 a 24 meses en actividad motriz y adaptativa (RD 174/2011).

Actividad adaptativa	Grado Dependencia			Actividad Motriz	Grado Dependencia		
	20 meses	23 meses	24 meses		20 meses	23 meses	24 meses
Hitos del 1 - 10	2	2	2	Hitos del 1 - 12	2	2	2
11-Abre cajones	2	2	2	13-Anda solo	1	2	2
12-Bebe solo	1	2	2	14-Sube escaleras	0	1	2
13-Usa cubiertos	0	0	1	15-Empuja pelota	0	0	0
14-Se quita prenda	0	0	0				

En el hito 11 “abre cajones”, destacamos que el hecho de abrir o no cajones, tanto a los 20, 23 como 24 meses conlleva o no ser dependiente o tener una dependencia severa.

La conclusión general, es que se requiere un análisis más exhaustivo de ciertos hitos (ítems) y su distribución, pues se aprecia que son muy sensibles a que se puntúe o no en ellos, y aunque parece fácil saber si un niño bebe o no, no todos los evaluadores pueden entenderlo de la misma manera atendiendo a las instrucciones del baremo (Anexo 4).

##### 5- De 24 a 29 meses:

Como se aprecia en la figura 22, en este tramo de edad nos encontramos con más casos de grado 3 (36%) con poca diferencia con el grado 0 (33%), y al igual que ocurre en las anteriores ocasiones el grado 1 es el menos frecuente en nuestra muestra.

Pongamos un ejemplo con los datos de la tabla 43, comparando las edades de los extremos del tramo y siguiendo la misma lógica que en las anteriores ocasiones.

Tabla 43. Puntuación en hitos de 24 a 29 meses en actividad motriz y adaptativa. Fuente: RD 174/2011.

Actividad adaptativa	Grado Dependencia		Actividad Motriz	Grado Dependencia	
	24 meses	29 meses		24 meses	29 meses
Hitos del 1 al 12	2	2	Hitos del 1 al 13	2	2
13-Usa cubiertos	1	2	14-Sube escaleras	2	0
14- Se quita prenda	1	2	15-Empuja pelota	0	2
15-Reconoce espacios	0	1	16-Baja escaleras	0	2
16- Imita trazos	0	0			

A pesar de que en estas edades es más frecuente el grado 3, observamos que sólo con las puntuaciones en la actividad adaptativa o en la motriz un sujeto no alcanzaría dicho grado (igual que en los tramos anteriores, aunque este aspecto no se ha mencionado). En consecuencia, el resultado depende más de la combinación de puntuaciones en diferentes escalas (como se puede observar en el Anexo 4), quizá porque vaya haciéndose más patente el retraso o las dificultades de un niño y tenga más opciones de puntuar en más variables.

En este tramo se detectan más diferencias en los grados que se pueden alcanzar en la actividad motriz (0 y 2) que en la adaptativa (los cambios de grado son más progresivos: 0 y 1).

Destacamos en la actividad motriz el hito 15, “empuja una pelota con los pies”, que de los 24 a los 29 meses supone no tener dependencia o tenerla severa, y el hito 14, “sube escaleras, pues el “SÍ” o el “NO” marcan la diferencia entre alcanzar dependencia severa o no estar en situación de dependencia.

Por último, los hitos 13 y 14 de la actividad adaptativa, “usa cubiertos” y “se quita prenda de vestir”, también son determinantes en algunos casos para que un niño cambie de grado de dependencia a los 24 meses. Usar o no una cuchara puede suponer pasar de tener a no tener dependencia.

## 6- De 30 a 35 meses

Se sigue observando la tendencia a tener más casos de grado 3 en estas edades (40%), como se aprecia en la figura 22. Quizá lo que más llame la atención es la mínima diferencia entre el grado 2 (26%) y el grado 0 (25%).

Analicemos en detalle la tabla 44, que corresponde a las puntuaciones y los grados en niños de 30 a 35 meses en los hitos correspondientes a su edad.

Tabla 44. Puntuación en hitos de 30 a 35 meses en actividad motriz y adaptativa (RD 174/2011).

Actividad adaptativa	Grado Dependencia		Actividad Motriz	Grado Dependencia	
	30 meses	35 meses		30 meses	35 meses
Hitos del 1 al 14	2	2	Hitos del 1 al 15	2	2
15-Reconoce espacios	1	2	16-Baja escaleras	1	2
16- Imita trazos	1	2	17-Traslada recipientes	0	2
17- Abre puerta	0	2	18-Sortea obstáculos	0	1
18- Se pone prenda	0	1	19-Se sostiene sobre un pie	0	0
19-Abre grifo	0	0			

Observamos que los cambios de grado en los diferentes hitos son progresivos en este tramo de edad. Son los hitos 17, “Abre una puerta” en la actividad adaptativa y “Traslada recipientes con contenido” en la actividad motriz, en los que hay más diferencia en grado según las edades.

Me gustaría destacar el ítem 16 “Imita trazos” de la escala adaptativa, pues a partir de los 30 meses observamos que un niño alcanza dependencia cuando no lo consigue superar. En la práctica hemos observado que los niños con trastornos del neurodesarrollo (dentro del espectro del autismo, según la Asociación Psiquiátrica Americana (2014)), que no han alcanzado anteriormente una puntuación de dependencia, es en este hito en el que pasan a ser considerados como dependientes. El manual de instrucciones incluido en el anexo 4 detalla la observación de este hito de la siguiente manera:

**Imita Trazos:** Reproduce con el lápiz un trazo definido. Se valora desde los veintisiete meses. Se le ofrece la posibilidad de garabatear, poniendo a su alcance lápices y papel. Se considera positivamente si imita, en algún momento, la dirección de los trazos que realiza el/la valorador/a. Se aconseja utilizar trazos verticales, dado que su imitación resultará más fácil (RD 57/2011. p 18666).



Se destaca que el niño ha de imitar trazos que realiza el valorador, aspecto que a niños dentro del espectro del autismo les cuesta si no han sido entrenados en habilidades de imitación. Esto implica que en este hito están implícitas habilidades básicas de comunicación e interacción y que en él se puntúa a partir de los 30 meses. Esto quiere decir que si un niño antes de esta edad tuviera estas dificultades, que le impiden claramente la participación social, y no otras añadidas, no se encontraría en situación de dependencia según la EVE.

Siguiendo con la edad, en la figura 23 podemos ver qué ocurre con los grados de dependencia en las diferentes edades; esto es, cómo se distribuye cada grado teniendo en cuenta todo el rango de edad. Lo primero que llama la atención es que hay una tendencia a disminuir el grado de dependencia con la edad excepto en el grado 3, que sigue una trayectoria inversa: aumenta con la edad. Una posible explicación es que a medida que los niños van creciendo se hacen más evidentes las dificultades en algunas patologías y, por tanto, esto puede retrasar su desarrollo de una manera más marcada.

La tendencia del grado 1 es a disminuir progresivamente, aunque se estabiliza en los valores más bajos a partir de los 18 meses. Lo mismo ocurre con el grado 2, aunque sin tanta fluctuación en los porcentajes. Observamos más claramente en la figura 23 cómo los grados 0 y 3 siguen trayectorias inversas. El grado 0 es más probable en niños de 6-11 meses y menos en el de 30-35, mientras que en el grado 3 ocurre al revés. Destacamos el punto alrededor de los 18 meses donde los niños obtienen porcentajes similares en todos los grados.

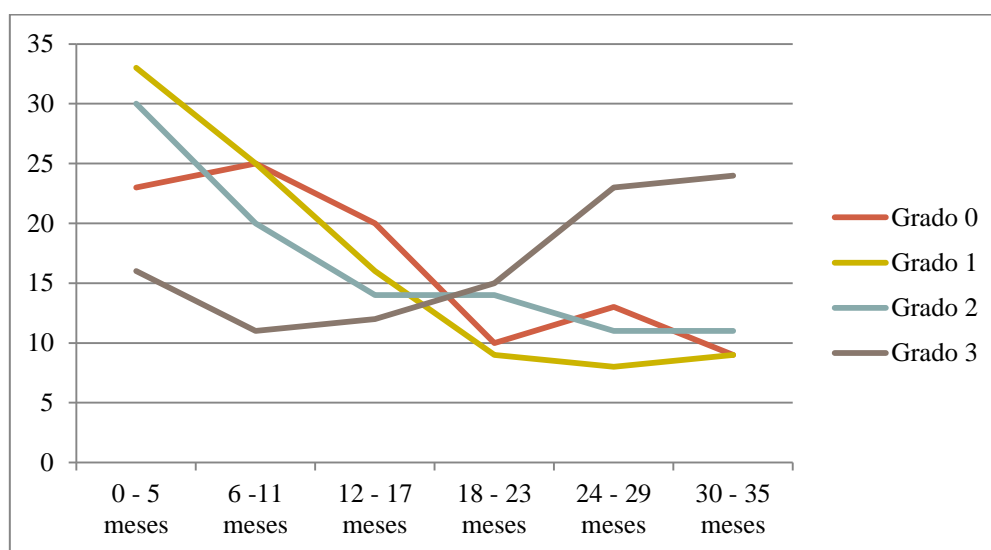


Figura 23. Distribución de las categorías de edad por grado de dependencia.

Por tanto, a medida que pasa el tiempo algunos niños van puntuando en dependencia, con más probabilidad en el grado 3. Esto puede ser lógico si pensamos que la mayoría de las valoraciones se hacen a niños prematuros, cuya tendencia en el desarrollo es mejorar su situación según va pasando el tiempo y mejoran sus condiciones de salud, lo cual en muchos casos hace disminuir su puntuación. También hay que mencionar que hay niños, como los que tienen Síndrome de Down, cuyas dificultades son más patentes a medida que pasa el tiempo, lo que hace que con la edad vayan teniendo más opciones de estar en una situación de dependencia más elevada al demorarse más su desarrollo respecto a sus iguales.

Otra posible razón de esta tendencia es que, aunque sean casos menos frecuentes, los niños que van acumulando valoraciones en las diferentes edades tienen mayor probabilidad de superar menos hitos en la actividad motriz y adaptativa (se retrasan más en su desarrollo) o tener más problemas de salud, lo que hace que aumente su situación de dependencia.

#### **5.4.1.6. Distribución de la EVE por número de aplicaciones**

La EVE se aplica en repetidas ocasiones en el caso de niños que obtienen un grado de dependencia mayor de 0. Como ya se ha detallado, en las instrucciones de aplicación del RD 174/2011 se delimitan las edades en las que se vuelve a obtener datos de los niños, por lo que las sucesivas aplicaciones también tienen que ver con la edad de los niños, aunque recordemos que a un niño inicialmente se le puede valorar a cualquier edad mientras lo solicite la familia.

Hemos analizado las veces que se repiten las valoraciones en los 2688 niños de esta muestra. Los datos indican que la mitad de ellos (52%) ha tenido una sola aplicación. Cabe la posibilidad de que, excepcionalmente, se haya cerrado un expediente y no se hayan realizado más valoraciones. Al 24% se le ha valorado en dos ocasiones; al 13%, en tres; al 5,8%, en cuatro; al 3,4%, en cinco; y tan sólo el 1,9% ha tenido seis aplicaciones de la EVE.

En la figura 24 observamos cómo existe una tendencia descendente en el número de valoraciones; es decir, la mayoría de los niños tienen una, que puede haber sido a cualquier edad y obteniendo cualquier grado. Cuando hay que volver a valorar, lo más probable es que vayan perdiendo la condición de dependientes. Nótese que hay un mínimo porcentaje de niños con 6 aplicaciones (n=50), que en caso de mantener su situación de dependencia pasarán a ser valorados con el baremo de mayores de 35 meses (BVD).

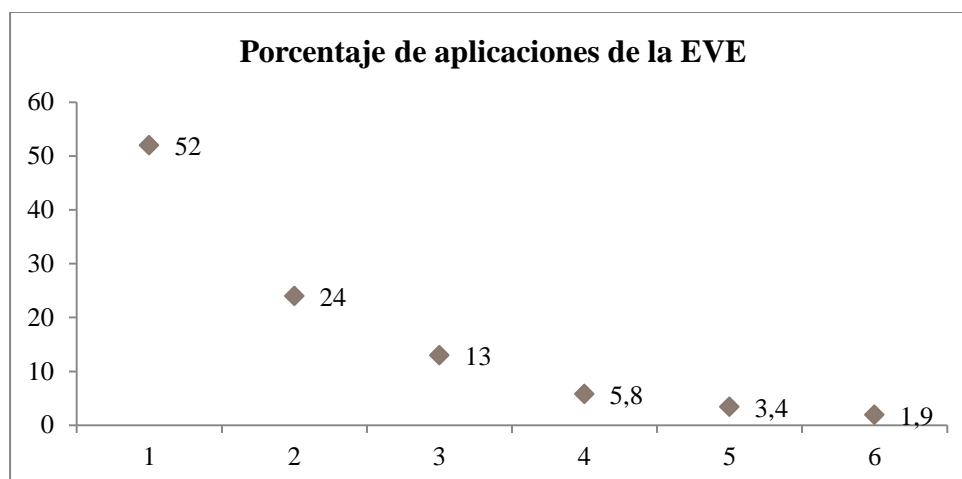


Figura 24. Porcentaje de niños que se valoran en distintas ocasiones. Muestra general.

El hecho de que vayan disminuyendo en número de aplicaciones de la EVE puede hacernos pensar que los niños mejoran en autonomía, algo que no hemos comprobado en esta investigación; pero lo que sí que observamos desde la práctica diaria es que, en general, los niños mejoran tanto en sus condiciones de salud como en desarrollo. Quizá una de las razones sea que han tenido acceso al Servicio de Atención Temprana.

#### **5.4.1.7. Distribución de las necesidades de apoyo en salud**

Recordemos que el RD 174/2011 refiere que se valora la necesidad de medida de apoyo debida a una condición de salud.

La variable salud incluye el peso al nacimiento, medidas de soporte básico para asegurar las funciones vitales y condiciones de salud que hacen necesarias medidas terapéuticas que afectan a la movilidad.

En la tabla 45 se presentan los porcentajes en las puntuaciones (0, 1, 2 y 3) que se pueden obtener en cada variable de salud, así como en la puntuación total en grado de salud.

Podemos observar que existe una alta probabilidad de puntuar 0 en todos los aspectos que contribuyen a la salud de los niños (83,4%). Por las razones que hemos expuesto anteriormente, es más frecuente que un niño puntúe en peso (48,7) más que el resto de las variables (Funciones vitales: 5,2% y movilidad: 8,1%).

Tabla 45. Porcentaje en las variables del grado de salud en muestra general.

Puntuación	Peso	Funciones vitales	Movilidad	Total Salud
0	51,3	94,8	91,9	83,4
1	21,8	,1	3,9	3,7
2	14,9	4,6	4,2	9,5
3	12,0	,5	,0	3,5

Aunque, como vemos, los porcentajes en los que se obtiene un grado de salud de 1, 2 o 3 son más bajos que en un grado 0, llama la atención que haya más probabilidad en funciones vitales de obtener 2 puntos que 1, lo que también contribuye a que sea más probable en el grado de salud una puntuación de 2 que de 1 o 3. En nuestra muestra no hemos obtenido niños con 3 puntos en movilidad.

En la práctica cotidiana se observa cómo, sobre todo en niños más mayores, si un problema de salud no lleva asociadas limitaciones en su desarrollo prácticamente no influye en la puntuación del grado de dependencia. Pero comprobemos la significación estadística de la contribución de la variable de salud a los niveles de dependencia a través de la prueba Chi-cuadrado para comprobar la hipótesis nula  $H_0$ : No hay relación entre salud y dependencia.

En la tabla 46 aparecen los datos que nos permiten calcular si hay o no relación entre la puntuación de salud ( $K=4$ ) y el grado de dependencia ( $j=4$ ). Nuestros datos revelan un valor significativo de Chi-cuadrado con un  $p$ -valor  $< 0,05$ , por lo que se puede rechazar  $H_0$  y por tanto afirmar que existe relación entre ambas variables.

Tabla 46. Prueba Chi cuadrado para variable de salud y dependencia en muestra general.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1522,113 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	1596,574	9	,000
Asociación lineal por lineal	821,620	1	,000
N de casos válidos	5122		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,84.

En conclusión, se ha comprobado estadísticamente que la variable salud no es independiente del grado de dependencia alcanzado en los niños, lo cual a priori no parecía ser tan claro desde la práctica profesional. Este aspecto nos lleva a plantear que sería interesante

un análisis en más profundidad para calcular lo que contribuye o pesa la variable salud en el grado de dependencia final del niño.

#### 5.4.1.8. Distribución del grado en desarrollo

El grado de desarrollo está formado por dos variables: actividad adaptativa y motriz. Analizamos en la tabla 47 los porcentajes en cada una de las puntuaciones posibles (0,1, 2 y 3) sobre el total de observaciones, tanto en la actividad adaptativa y motriz como en el grado de desarrollo.

Tabla 47. Porcentajes de las puntuaciones en variables del desarrollo en muestra general.

Puntuación	Adaptativa	Motriz	Grado de Desarrollo
0	49,2	38,4	39,7
1	15,6	12,2	14,3
2	8,6	15,3	27,3
3	26,6	34,1	18,7

Observamos con los datos de nuestra muestra, que en el grado de desarrollo lo más probable es un grado 0, pero cuando se alcanza la situación de dependencia hay más probabilidad de obtener un grado 2 (27,3%). Si nos fijamos en la actividad adaptativa, casi la mitad de los niños (49,2%) puntúan con un 0, seguidos con la máxima puntuación (3); lo mismo ocurre en la actividad motriz, aunque hay menos diferencias en los porcentajes de las puntuaciones de 0 y 3 puntos.

Analizamos si hay o no asociación entre el grado de dependencia y las variables de desarrollo a través de la prueba Chi-cuadrado.

Tabla 48. Relación entre grado de desarrollo y grado de dependencia en muestra general.

Pruebas de chi-cuadrado Variable de Desarrollo			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12482,874 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	10630,581	9	,000
Asociación lineal por lineal	4297,606	1	,000
N de casos válidos	5122		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 90,32.

Se plantea como  $H_0$ : No hay relación entre las variables. En la tabla 48, tabla 49 y tabla 50 aparecen los resultados de la prueba para el grado de dependencia ( $j=4$ ) con el grado de desarrollo ( $k=4$ ), grado de desarrollo ( $j=4$ ) con la actividad motriz ( $k=4$ ) y grado de desarrollo ( $j=4$ ) con la actividad adaptativa ( $k=4$ ).

Tabla 49. Relación entre grado de desarrollo y actividad motriz en muestra general.

<b>Pruebas de chi-cuadrado Actividad Motriz</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5035,555 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	5537,958	9	,000
Asociación lineal por lineal	3194,204	1	,000
N de casos válidos	5122		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 77,37.

Tabla 50. Relación entre grado de desarrollo y actividad adaptativa en muestra general.

<b>Pruebas de chi-cuadrado Actividad Adaptativa</b>			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4091,514 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	4518,435	9	,000
Asociación lineal por lineal	3015,729	1	,000
N de casos válidos	5122		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 54,29.

Puede concluirse que todos los Chi-cuadrado son significativos ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), por lo se rechaza la  $H_0$  y por tanto, como cabía esperar, la actividad motriz, la adaptativa y el grado de desarrollo tienen relación con el grado de dependencia; es decir, el nivel de dependencia alcanzado está asociado a las puntuaciones obtenidas en las actividades motriz, adaptativa y grado de desarrollo.

#### **5.4.1.9. Distribución de la Valoración de discapacidad**

Respecto a la valoración de discapacidad en nuestra muestra, se ha registrado que en 651 ocasiones los niños tienen reconocido un grado del 33 % o superior, lo que supone que el 12,71% del total de la muestra tiene reconocida una discapacidad. Hay una notable diferencia respecto a las valoraciones en las que los niños alcanzan algún grado de dependencia (64%).

Como vimos anteriormente, esto puede deberse a que la valoración de discapacidad en estas etapas de la primera infancia se lleva a cabo cuando se confirma que un niño puede tener limitaciones en su desarrollo más o menos permanentes, por lo que en muchas ocasiones se espera a la evolución del niño tras una intervención o tratamiento (RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía).

Si dividimos el porcentaje de discapacidad en tres categorías: 1-32% (no alcanza la condición de persona con discapacidad), 33-64% y 65 % o más, y respecto al total de las valoraciones de discapacidad (N=651), nos encontramos con que un alto porcentaje, el 76,3 %, tiene una discapacidad entre el 33 y 64%; por tanto, en nuestra muestra la mayoría de los niños que son considerados como personas con discapacidad lo son con grado menor al 65%.

#### **5.4.1.10. Distribución de dependencia y discapacidad**

Dependencia y discapacidad son dos condiciones de las personas que van asociadas en muchas ocasiones. En nuestra muestra observamos cómo se distribuyen los niños en función del grado de dependencia y de discapacidad, según la categorización que hemos establecido y que aparece en la tabla 51.

*Tabla 51. Frecuencia de niño con dependencia y discapacidad en muestra general.*

<b>Porcentaje Discapacidad</b>	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado2</b>	<b>Grado3</b>	<b>TOTAL</b>
<b>0-32 %</b>	1808	596	1322	745	4471
<b>33-65%</b>	33	34	188	243	498
<b>+65%</b>	1	2	26	124	153

En el apartado 1.5.2 de esta investigación “Dependencia y Discapacidad”, se hace referencia a que una persona puede tener discapacidad pero no necesariamente ser dependiente. Es menos probable que una persona tenga dependencia y no discapacidad. En nuestra muestra los porcentajes basados en la tabla 51 nos indican lo siguiente: Un 52% de niños tienen dependencia pero no discapacidad; el 35% ni dependencia ni discapacidad; el 12% tienen dependencia y discapacidad y por último el 1% corresponde a niños sin dependencia y con discapacidad. En consecuencia, nuestros datos nos sugieren que en

menores de tres años no ocurre lo mismo que en los adultos, pues es más probable que un niño sea considerado dependiente en un momento de su vida, pero no tener una discapacidad reconocida. Lo menos probable es que tenga discapacidad y no dependencia.

En la tabla 51 se observa que a partir de un 33% y un 65% de discapacidad aumenta progresivamente la frecuencia de niños a medida que aumenta el grado de dependencia, lo cual es coherente con lo esperado.

Analizamos la relación entre dependencia y discapacidad para así poder comprobar la **hipótesis tercera** de nuestro estudio: Existe relación entre la puntuación de dependencia y el grado de discapacidad. Esperamos que a mayor grado de dependencia mayor sea el grado de discapacidad.

En la tabla 52, con el valor de Chi-cuadrado y su probabilidad asociada  $<0,05$  podemos rechazar la  $H_0$ : No hay relación entre las variables (son independientes). Por tanto hay asociación entre el nivel de dependencia y el grado de discapacidad en nuestra muestra, lo que quiere decir que los diferentes niveles de dependencia están relacionados con los diferentes grados de discapacidad.

Tabla 52. Relación entre discapacidad y dependencia.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	717,593 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitudes	694,825	6	,000
Asociación lineal por lineal	576,347	1	,000
N de casos válidos	5109		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,90.

Calculamos la cantidad y dirección de dicha relación con el coeficiente de Somers en sus tres versiones y los coeficientes tau-b, tau-c y gamma (tabla 54 y tabla 54). Como el valor de las medidas es positivo (relación positiva), se concluye que a mayor nivel de discapacidad corresponde mayor grado de dependencia.

Por tanto, podemos afirmar que nuestra **tercera hipótesis** acerca de la existencia de relación entre el grado de dependencia y el de discapacidad es cierta. Además, como planteamos, a mayor grado de dependencia mayor grado de discapacidad.



Tabla 53. Medida direccional de la discapacidad y el nivel de dependencia en muestra general.

		Medidas direccionales				
			Valo	Error	T	Sig.
			r	típ.	aproxim	aproxim
				asint. <sup>a</sup>	ada <sup>b</sup>	ada
Ordinal	d de	Simétrica	,266	,009	23,156	,000
por ordinal	Somers	TOTAL EVE	,553	,016	23,156	,000
		dependiente				
		DISCAPAC.	,176	,008	23,156	,000
		dependiente				

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 54. Medida de simetría de la discapacidad y el nivel de dependencia en muestra general.

		Medidas simétricas			
		Valor	Error típ.	T	Sig.
			asint. <sup>a</sup>	aproximada <sup>b</sup>	aproximada
Ordinal por Ordinal	Tau-b de Kendall	,311	,010	23,156	,000
	Tau-c de Kendall	,189	,008	23,156	,000
	Gamma	,714	,018	23,156	,000

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

#### 5.4.2. Descripción muestra Centro Base de Valladolid

Se trata de una muestra de niños cuyas familias solicitan Atención Temprana en el Centro Base de Valladolid. Se obtienen datos de la valoración realizada por la autora de este estudio, psicólogo del equipo de atención temprana, y con variables que no se han tenido en cuenta en la muestra general (datos de la ODAT, Escala Brunet Lézine-R y tipo de discapacidad). Los datos recogidos de las distintas variables corresponden al mismo momento en la valoración.

##### 5.4.2.1. Distribución por género

Tabla 55. Casos de la muestra de Centro Base de Valladolid.

	Niños	Niñas	TOTAL
Observaciones	229	160	<b>389</b>
Sujetos	147	87	234

En la tabla 55 aparece el número de observaciones, que serían las puntuaciones teniendo en cuenta las medidas repetidas de los niños valorados. Son N=389, y corresponden a 229 niños y 160 niñas.

#### 5.4.2.2. Distribución por edad

Los estadísticos descriptivos para la variable edad en esta muestra se detallan en la tabla 56. En el Centro Base de Valladolid la media de edad de los niños valorados por la psicólogo es de casi 16 meses.

Tabla 56. Estadísticos descriptivos variable edad Centro Base de Valladolid.

Estadísticos descriptivos								
N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica	Asimetría		Curtosis	
					Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
389	1	35	15,25	8,792	,377	,124	-,885	,247

Vemos que la distribución de la edad sigue una curva ligeramente asimétrica positiva (índice de asimetría 0,377) y platicúrtica; sigue, por tanto, la misma tónica que en la muestra general.

En la figura 25 se muestra el resultado de categorizar la variable edad. Se observa que el grueso de valoraciones (46,3%) se producen entre los 6 y 17 meses, y el resto se reparte casi por igual entre el resto de las categorías de edad. Un pequeño porcentaje (10%) corresponde a los niños más mayores.

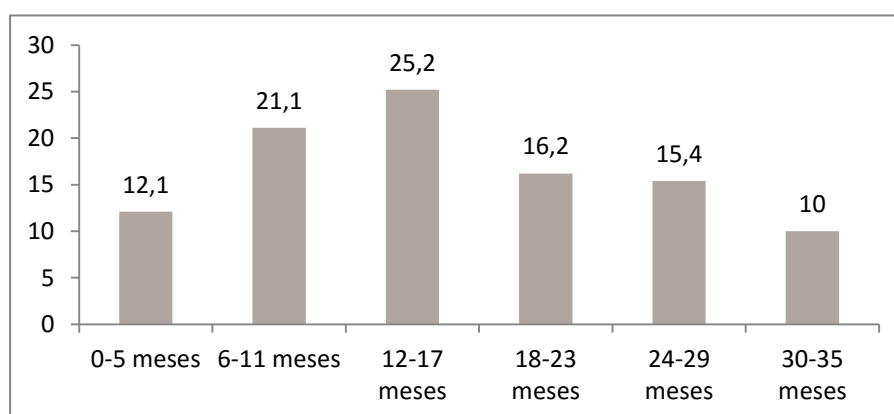


Figura 25. Distribución por categorías de edad. Centro Base de Valladolid.

### 5.4.2.3. Distribución del tipo de discapacidad

En esta muestra nos encontramos con 31 niños con discapacidad de los 234 valorados (un 13,25%). Si tenemos en cuenta todas las observaciones nos encontramos con 62 valoraciones de discapacidad, lo que supone el 15,9% del total (similar a la muestra general). Nos detenemos en el tipo de discapacidad, observamos en la tabla 57 como se distribuyen las frecuencias de niños teniendo en cuenta también el grado de dependencia alcanzado.

Tabla 57. Distribución de frecuencias de tipo de discapacidad y dependencia en muestra Centro Base de Valladolid.

Tipo discapacidad	TOTAL EVE				Total
	0	1	2	3	
Sin discapacidad	138	57	118	14	327
Psíquica	2	2	11	13	28
Física	1	1	2	0	4
Visual	0	0	0	2	2
Auditiva	3	2	1	0	6
Pluridiscapacidad	0	0	5	17	22
Total con discapacidad	6	5	19	32	62
Total	144	62	137	46	389

Observamos que en esta muestra es más frecuente la discapacidad psíquica, que se concentra en los grados 2 y 3, seguida por la pluridiscapacidad.

También es de destacar cómo el grado 3, que supone una gran dependencia, presenta la mayor frecuencia de niños con pluridiscapacidad, que son los que más dificultades en su desarrollo presentan, lo cual es coherente con el planteamiento teórico.

Hay 3 casos de niños con discapacidad sensorial auditiva que tienen dependencia 0, mientras que los dos casos con discapacidad visual obtienen un grado 3. Son muy pocos como para sacar conclusiones válidas, pero en la práctica profesional observamos que los niños con problemas visuales salen beneficiados en la EVE, pues en el hito 2 de la escala adaptativa “fija la mirada” ya puntúan como “NO”, lo que determina su puntuación en esta actividad independientemente de la edad que tengan.

Para comprobar la **cuarta hipótesis** de nuestro estudio nos interesa verificar si el tipo de discapacidad tiene relación con el grado de dependencia, pues atendiendo a los principios de la ley 39/2006, tendremos que aceptar la  $H_0$ : El tipo de discapacidad no está asociado al

grado de dependencia (independencia de las variables). Esto nos hace intuir que la EVE no está sesgada a favor de un tipo u otro de discapacidad.

En la tabla 58 se presentan los datos de la prueba Chi-Cuadrado. Hemos prescindido de los de la categoría sin discapacidad. Se obtiene un p-valor  $<0,05$ , lo que nos permite concluir que hay relación entre el tipo de discapacidad y el grado de dependencia alcanzado, lo cual no parece concordar con el planteamiento inicial, pero sí con las sospechas de que se puede favorecer con la EVE a unos niños más que a otros en función de sus dificultades. No obstante, hay que tomar con cautela estos resultados, pues existe más de un 20% de casillas con frecuencia teórica menor de 5. Una posible solución sería agrupar variables, pero no se ha llevado a cabo para no perder información.

Tabla 58. Chi-cuadrado entre tipo de discapacidad y grado de dependencia.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,335 <sup>a</sup>	12	,001
Razón de verosimilitud	34,821	12	,001
Asociación lineal por lineal	1,548	1	,213
N de casos válidos	62		

a. 16 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

Para cuantificar la posible relación entre ambas variables se utiliza el Coeficiente de Contingencia, cuyo valor es  $C=0,591$ , con una probabilidad asociada de  $p<0,05$ . Esto implica que existe una relación moderadamente significativa entre el tipo de discapacidad y el grado de dependencia alcanzado. En consecuencia, es probable que se pueda confirmar que el tipo de discapacidad depende del nivel de dependencia. Por tanto, no podemos confirmar la cuarta hipótesis planteada.

#### 5.4.2.4. Distribución por factores de riesgo en la ODAT

En esta muestra se han tenido en cuenta las situaciones de riesgo en el desarrollo del niño, según el Grupo de Atención Temprana (2004a, 2008) y que están recogidas en la ODAT. Observamos en la figura 26 que el mayor porcentaje de riesgo, que motiva la derivación al Centro Base de Valladolid, se encuentra en los signos de alerta detectados por el/la pediatra o por los técnicos de la escuela infantil, seguida de aquellas situaciones

asociadas a la prematuridad, como son la edad gestacional menor de 37 semanas y el peso al nacimiento menor a 1.500 gramos.

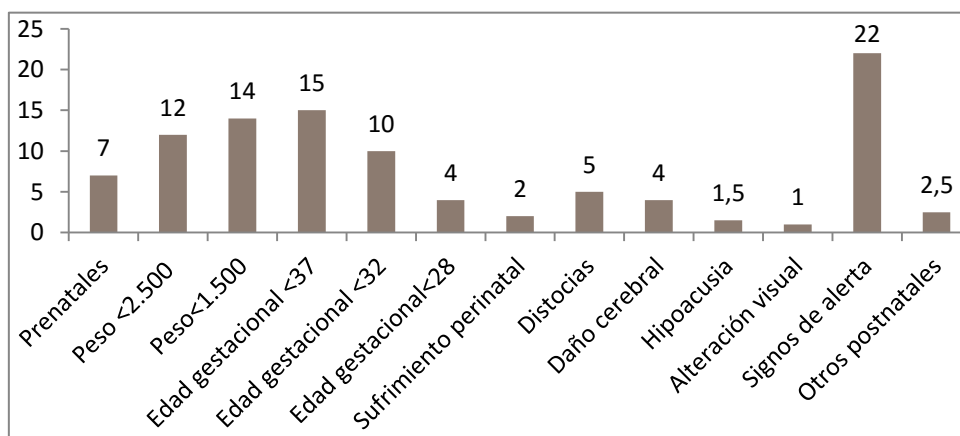


Figura 26. Porcentaje de factores de riesgo según la clasificación ODAT en muestra Centro Base de Valladolid.

#### 5.4.2.5. Distribución por trastorno en la ODAT

Como se puede apreciar en la figura 27, si tenemos en cuenta el tipo de trastorno según ODAT del Grupo de Atención Temprana (2004a, 2008), el más frecuente es el retraso evolutivo (24%). Éste hace referencia a la población infantil que a lo largo de su primer año de vida presenta: “algún factor de riesgo biológico, familiar o del entorno, y que además presenta retraso en la aparición de los hitos evolutivos promediados en dos o más de las áreas de desarrollo (psicomotor, perceptivo-cognitivo, comunicación, autonomía, relación personal, etc.)” (Grupo de Atención Temprana, 2008. p.58).

En nuestra muestra, al retraso evolutivo le sigue el trastorno en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, con un 15% de casos. Es importante, pues observamos en los niños una tendencia a aumentar patologías en este sentido, como así se confirma en las últimas investigaciones sobre el aumento de prevalencia de estos casos (Matson y Kozlowski, 2011).

En la figura 27 aparece la categoría desarrollo evolutivo normal, que no pertenece a la ODAT, pero se ha incluido en la gráfica. Representa a niños con valores de desarrollo en los límites de la normalidad o en previsión de serlo, como por ejemplo los niños prematuros cuyo desarrollo es acorde a su edad corregida (aspecto que contempla la escala Brunet Lezine-R (Josse,1997)). Aunque los niños prematuros manifiesten un desfase respecto a su edad

cronológica, no se considera que tengan retraso, mientras se sitúe su desarrollo en los valores próximos a su edad corregida. Como vemos en la figura 27 estos casos suponen un alto porcentaje de la muestra.

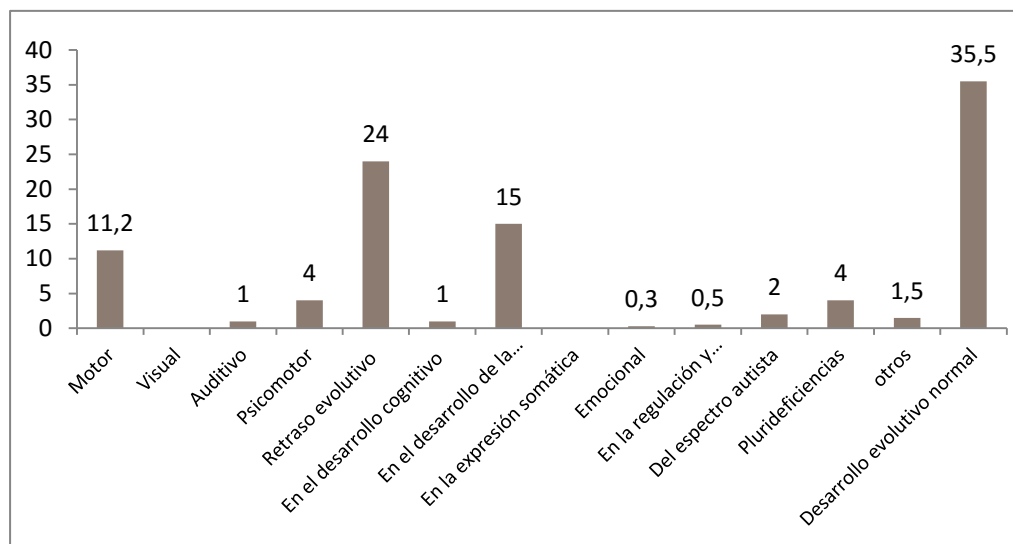


Figura 27. Distribución en porcentaje del tipo de trastorno en Centro Base de Valladolid.

#### 5.4.2.6. Distribución de Dependencia y trastorno en el desarrollo

Analizamos a través de la tabla 59 la distribución en porcentajes de cada trastorno según la ODAT del Grupo de Atención Temprana (2004a, 2008) en los diferentes grados de dependencia. Con estos datos tratamos de comprobar la **hipótesis quinta** de nuestro estudio, pues suponemos que no hay diferencias entre el diagnóstico de la ODAT y el grado de dependencia.

Se observa que un trastorno motor es más probable que sea puntuado con un grado 0 de dependencia, seguido en porcentajes iguales del grado 1 y 2.

Encontramos que los trastornos auditivos tienen un 66,7% de probabilidad de obtener un grado 1.

El retraso evolutivo, el trastorno más frecuente en nuestra muestra es el que resulta más probable que obtenga un grado 2 de dependencia, con un 55,8%. Por tanto, en el retraso evolutivo, que por definición afecta a diferentes áreas del desarrollo, es más frecuente que se alcance la dependencia severa, y en este caso parece que la escala es menos precisa a la hora de diferenciar entre los grados 0 y 1, pues en nuestra muestra los porcentajes son similares.

Tabla 59. Porcentajes de cada trastorno en el desarrollo y el grado de dependencia. Centro Base de Valladolid.

Trastorno	EVE			
	0	1	2	3
Motor	40	28,9	28,9	2,2
Auditivo	0	66,7	33,3	0
Psicomotor	0	17,6	35,3	47,1
Retraso evolutivo	13,7	12,6	55,8	17,9
Desarrollo cognitivo	0	0	0	100
Comunicación y lenguaje	68,4	10,5	19,3	1,8
Emocional	100	0	0	0
Regulación y comportamiento	100	0	0	0
Espectro autista	25	25	50	0
Plurideficiencias	0	0	26,7	73,3
Otros	80	20	0	0

En nuestra muestra hay 39 niños con trastorno de la comunicación y el lenguaje que puntúan con grado 0 en dependencia, lo que representa el 68,4% de los que lo padecen. Este dato llama la atención, porque la EVE no parece tener en cuenta las limitaciones de estos niños pequeños con dificultades que en muchas ocasiones son previas a un diagnóstico del espectro del autismo o un trastorno específico del lenguaje (Asociación Psiquiátrica Americana, 2014), lo cual sería interesante analizar con más detalle.

Si nos fijamos en niños que ya tienen un diagnóstico del trastorno del espectro del autismo, en nuestra muestra de los 8 casos detectados 4 presentan grado 2, mientras que el resto se reparte a partes iguales entre el 0 y el 1. En la práctica profesional observamos que la peculiaridad de estos niños es su limitada participación en actividades sociales, lo que requiere de la ayuda de un adulto para regular su interacción y comunicación; además un niño dentro del espectro del autismo puede tener o no retraso en el desarrollo. Es precisamente en los casos en los que hay un desfase evidente respecto a los niños de su edad en los que se alcanza el grado de dependencia más alto. Por tanto, parece ponerse de manifiesto que los niños con trastornos en la comunicación y lenguaje que no tienen retraso en la actividad motriz y la adaptativa, tienen menos probabilidades de tener dependencia, lo cual sugiere realizar un análisis más detallado de esta escala.

Más lógico parece que los niños con plurideficiencias alcancen mayoritariamente un grado 3, pues es más probable que tengan un retraso asociado en diferentes áreas evolutivas, lo cual es confirmado por nuestros datos.

Teniendo en cuenta que disponemos de pocos casos y que sólo estamos realizando una descripción de los datos, debemos ser prudentes en las conclusiones. Parece confirmarse lo que se apuntaba en el estudio llevado a cabo por el grupo de atención temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana, 2012). En él se destaca que se pueden dejar fuera del ámbito protector de la Ley 39/2006 algunos problemas evolutivos en sus momentos iniciales, como los trastornos motores, en la comunicación y el lenguaje, emocionales y en la regulación y el comportamiento.

Es interesante centrarnos en los niños que hemos clasificado en la categoría de desarrollo evolutivo normal. Vemos en la tabla 60 que puntúan en los distintos grados de dependencia. Aunque es cierto que el mayor porcentaje se da en el grado 0, llama la atención que haya un 52,9 de valoraciones en las que se puntúa con dependencia y más aún que un 32% de los casos obtengan un grado 2.

*Tabla 60. Desarrollo evolutivo normal y dependencia. Centro Base de Valladolid.*

	<b>Grado 0</b>	<b>Grado 1</b>	<b>Grado 2</b>	<b>Grado 3</b>
<b>Desarrollo evolutivo normal</b>	47,1	16,7	32,6	3,6

Una posible explicación a que la EVE discrimine positivamente a este grupo de niños (en el sentido de acceso a prestaciones) la encontramos en los antecedentes de riesgo, pues en la práctica profesional es frecuente que los niños prematuros que alcanzan un desarrollo acorde a su edad cronológica corregida, y por tanto se valora el mismo como normal, tengan un desfase o retardo respecto a su edad cronológica, lo que está contemplado por la EVE. Además, ya se ha mencionado como la variable peso, en la que también puntúan los prematuros, puede por sí sola hacer que se obtenga un grado 1 o 2 en la situación de dependencia.

Por tanto, los datos sugieren que puede haber diferencias entre la dependencia alcanzada y el diagnóstico según la ODAT, y que la EVE puede favorecer más a unas categorías diagnósticas que a otras, lo que no parece adecuado, pues desde la práctica diaria observamos que también niños no considerados dependientes tienen sus necesidades de apoyo.



Comprobamos las diferencias, tomando como K muestras independientes la variable diagnóstico (excluyendo el desarrollo evolutivo normal), que comparamos con los grados de dependencia utilizando la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis. Planteamos como  $H_0$ : los promedios en dependencia en la variable diagnóstico en la ODAT son iguales. En la tabla 61 se presentan los rangos promedio de dependencia en la variable de agrupación trastorno del niño (T-ODAT).

Tabla 61. Kruskal-Wallis entre grado de dependencia y trastorno. Centro Base de Valladolid.

	T-ODAT	Rango promedio
G	En el desarrollo motor	97,26
R	Auditivo	120,83
A	Psicomotor	184,24
D	Retraso evolutivo	151,09
O	En el desarrollo cognitivo	231,00
	En el desarrollo de la comunicación y lenguaje	73,59
D	Emocional	40,00
E	En la regulación y comportamiento	40,00
P.	Del espectro autista	117,00
	Plurideficiencias	213,27
	Otros	51,80

El valor de Chi-cuadrado obtenido con 10 gl es de 105,94, cuyo p-valor es  $<0,05$ . Por tanto nos permite rechazar la hipótesis de igualdad en los grados de dependencia según el diagnóstico, lo que demuestra que la hipótesis es cierta.

En la figura 28 se aprecia cómo se distribuyen las frecuencias de los niños en función de su trastorno en los diferentes grados de dependencia.

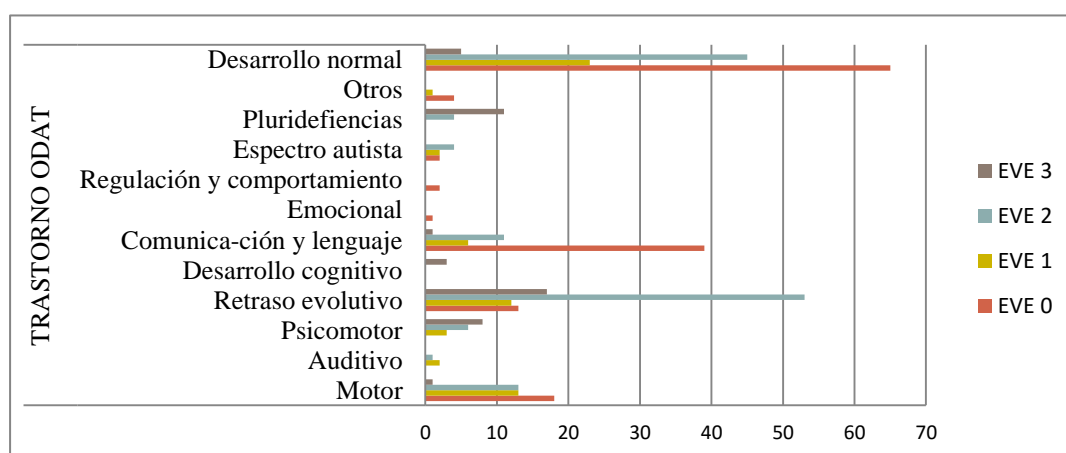


Figura 28. Distribución de la frecuencia de niños con un trastorno y grados de dependencia.

Se incluyen los niños con desarrollo evolutivo normal (próximo a su edad cronológica o corregida, en el caso de los prematuros) en los que se observa que, a pesar de que hay más

niños con grado 0, lo que es lógico, hay un importante número de niños con grado 2, el segundo en comparación con el resto de trastornos. También destaca el mayor número de niños con trastornos en la comunicación y el lenguaje que alcanzan un grado 0.

Por tanto, sería interesante analizar con más detalle a qué puede deberse el grado 2 en niños con desarrollo evolutivo normal, el grado 0 en trastorno del espectro autista, el grado 0 en trastornos de la comunicación y el lenguaje, los grados 0 y 1 muy próximos en el retraso evolutivo y el grado 2 en este último trastorno.

#### **5.4.2.7. Distribución de puntuaciones en la escala Brunet Lézine –R**

En el mismo momento que se aplica la EVE se han recogido datos de los cocientes de desarrollo obtenidos a través de la escala del desarrollo psicomotor Brunet Lézine- R (Josse, 1997).

En la tabla 62 se presentan los datos de nuestra muestra.

*Tabla 62. Descriptivos datos de la escala Brunet Lézine-R.*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
QD-P	389	15	147	80,03	22,70
QD-C	389	6	125	84,80	21,17
QD-L	389	7	154	74,13	24,37
QD-S	389	10	180	81,09	23,69
QD-TOTAL	389	11	133	79,64	20,42
N válido (según lista)	389				

Los datos reflejan las puntuaciones obtenidas en la escala postural (QD-P) en la coordinación (QD-C), en lenguaje (QD-L), en social (QD-S) y una puntuación resumen que indica el nivel global de desarrollo de un niño (QD-TOTAL). Según el manual de esta escala una puntuación por debajo de 70 se considera signo de retraso (Josse, 1997). Como se aprecia, en valores medios nuestra muestra está puntuando por encima del punto de corte establecido.

#### **5.4.2.8. Distribución por Cociente de desarrollo total y dependencia**

Resulta de interés para esta investigación describir qué ocurre con los grados de dependencia y el nivel de desarrollo que alcanza un niño medido con el cociente de desarrollo de la escala Brunet Lézine-R. De esta forma podemos estimar cómo se comporta la EVE con

respecto al retraso que puedan presentar los niños, aspecto que claramente influye en las puntuaciones que se les otorgan.

Categorizamos las puntuaciones atendiendo a los valores, medias y desviaciones de la prueba de la siguiente forma (Pina, 2007):

- Categoría 1: Desarrollo normal: Valores de cociente de desarrollo de 92 o más.
- Categoría 2: Retraso leve: Cociente de desarrollo entre 83 y 91 (dos meses de desfase respecto a los niños de su edad).
- Categoría 3: Retraso moderado: Cociente de desarrollo entre 75 y 82 (tres meses de desfase respecto a los niños de su edad).
- Categoría 4: Retraso grave: Cociente de desarrollo inferior a 75 (más de tres meses de desfase respecto a los niños de su edad).

En la tabla 63 encontramos las frecuencias de las puntuaciones en el cociente de desarrollo total categorizado y las puntuaciones en la EVE. Se observa que en valores considerados como normales en el desarrollo es más frecuente tener grado 0, lo cual parece bastante lógico. De la misma manera los casos considerados con un retraso grave obtienen con más frecuencia los grados 2 y 3.

Tabla 63. Frecuencias en Dependencia y nivel de desarrollo total.

Nivel de desarrollo	EVE				Total
	0	1	2	3	
Desarrollo normal	68	17	30	4	119
Retraso leve	45	15	23	2	85
Retraso moderado	18	9	17	1	45
Retraso grave	13	21	67	39	140
Total	144	62	137	46	389

En la figura 29 vemos cómo es la tendencia de cada puntuación en la EVE en función del nivel de desarrollo de los niños.

El grado 0 disminuye a medida que aumenta el retraso global. El grado 1 se comporta de una manera más irregular, aunque es más frecuente en el retraso grave. Lo mismo ocurre con el grado 2, que paradójicamente disminuye ligeramente en el retraso leve y moderado, aunque tiene un importante incremento en los niveles más altos. El grado 3 es más frecuente en retraso grave.

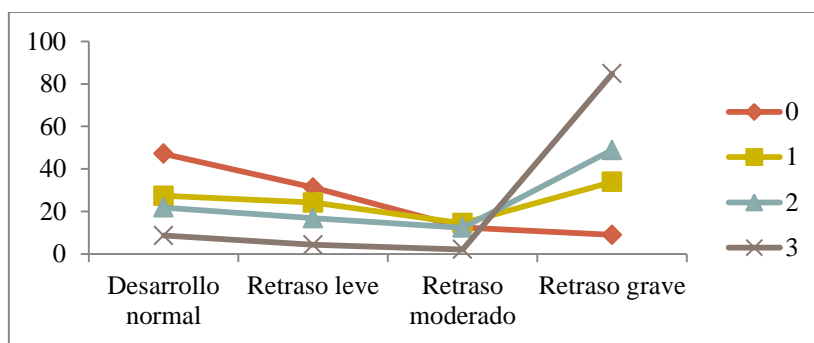


Figura 29. Grados de dependencia y retraso en el desarrollo.

Comprobamos la **hipótesis sexta** de nuestro estudio: a mayor grado de dependencia se esperan puntuaciones menos elevadas en la escala Brunet Lézine-R. Para ello analizamos si hay relación entre el grado de dependencia y el nivel de desarrollo global de un niño a través de la prueba Chi-cuadrado, planteando como  $H_0$ : Las dos variables son independientes. En la tabla 64 se observa que el p-valor es  $<0,05$  por tanto existe relación entre las variables.

Tabla 64. Chi-cuadrado entre cociente de desarrollo total de la escala Brunet Lézine-R y grado de dependencia.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	107,961 <sup>a</sup>	9	,000
Razón de verosimilitudes	117,211	9	,000
Asociación lineal por lineal	88,329	1	,000
N de casos válidos	389		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,32.

Calculamos la cantidad y dirección de la correlación, y dada la naturaleza ordinal de estas variables usamos Rho de Spearman (1904) con una significación unilateral. Los resultados aparecen en la tabla 65.

Tabla 65. Correlación entre puntuaciones escala Brunet Lézine-R y grado de dependencia.

		Grado de dependencia	
			QTR
Rho de Spearman	Grado de dependencia	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (unilateral)	,471**
	QTR	N	389
		Coefficiente de correlación	,471**
		Sig. (unilateral)	,000
		N	389

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (unilateral).

La correlación de Spearman es significativa ( $p$ -valor  $< 0,05$ ), lo que implica que existe una relación moderada entre las puntuaciones de la EVE y el nivel de retraso de los niños medido con la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia; cuanto mayor es el grado de dependencia mayor es el nivel de retraso en los niños, por lo que sus puntuaciones en la escala son menores. Esto confirma la sexta hipótesis: A mayor grado de dependencia hay puntuaciones menos elevadas en la escala del desarrollo Brunet Lezine-R (Josse, 1997).

## **CAPÍTULO 6.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVE**

### **6.1. INTRODUCCIÓN**

En este capítulo analizamos las características de medición de la EVE, centrándonos en las actividades motriz y adaptativa. El objetivo es aportar más evidencias sobre su fiabilidad y validez que complementen las obtenidas en la muestra piloto. Además se pretende añadir información sobre la especificidad y sensibilidad de la escala. En el capítulo cuatro, se realizó una pequeña exposición de los procedimientos de análisis de datos, cuyos resultados se detallan a continuación.

### **6.2. EVIDENCIAS DE VALIDEZ**

Calculamos la validez basada en el contenido de la escala a través del análisis del poder discriminativo de las actividades adaptativa y motriz; la validez basada en el aspecto sustantivo con el análisis de las respuestas; la validez basada en un criterio externo y la validez basada en aspectos consecuenciales, aportando datos de la sensibilidad y especificidad.

#### **6.2.1. Poder discriminativo de las variables de la EVE**

Para la valoración del contenido de la EVE se utiliza una muestra con 5.122 observaciones correspondiente a niños de Castilla y León cuyas familias han solicitado la valoración de la situación de dependencia. Entendemos, como Gómez (2010) el contenido de la EVE de una forma más amplia que lo que supone la representatividad de los ítems (ya realizado en la muestra piloto). En concreto, también se hace referencia a los temas, frases, formato de los ítems, guías sobre su administración y puntuación.

Comprobamos si las puntuaciones obtenidas en las diferentes variables que incluye la EVE (los diferentes temas que se valoran) discriminan entre sujetos con diferente nivel en la misma (puntuaciones de 0, 1, 2 y 3). Lo habitual en este tipo de análisis es diferenciar a los sujetos de dos grupos extremos según sus puntuaciones en el test. En esta investigación se

analizan todos los niveles de la variable, pues no se quiere perder información ya que se trata de un primer análisis descriptivo de los datos.

Calculamos con todas las variables en conjunto (aunque se presentan los resultados por separado para facilitar la interpretación), si existen o no diferencias en los rangos medios obtenidos a través del contraste no paramétrico Kruskal-Wallis, dada la naturaleza ordinal de los datos. Por tanto la  $H_0$  planteada es que todos los rangos son iguales, luego no hay diferencias entre los diferentes niveles de la variable. En consecuencia, nos interesa poder rechazar  $H_0$ , lo que sería una evidencia de que hay diferencias entre los distintos niveles de dependencia.

- Variables de desarrollo (actividad adaptativa, motriz y grado de desarrollo):

Tabla 66. Poder discriminativo de las puntuaciones de las variables de desarrollo.

Puntuaciones	Rangos promedio				Contraste	
	Grado 0 (N=1842)	Grado 1 (N=632)	Grado 2 (N=1536)	Grado 3 (N=1112)	Chi-cuadrado	p-valor
Actividad adaptativa	1442,99	1984,73	2951,01	4204,07	3065,445	0,000
Actividad motriz	1193,25	2510,83	3181,64	4000,17	3227,782	0,000
Grado de desarrollo	1017,00	2368,88	3206,30	4338,75	4317,417	0,000

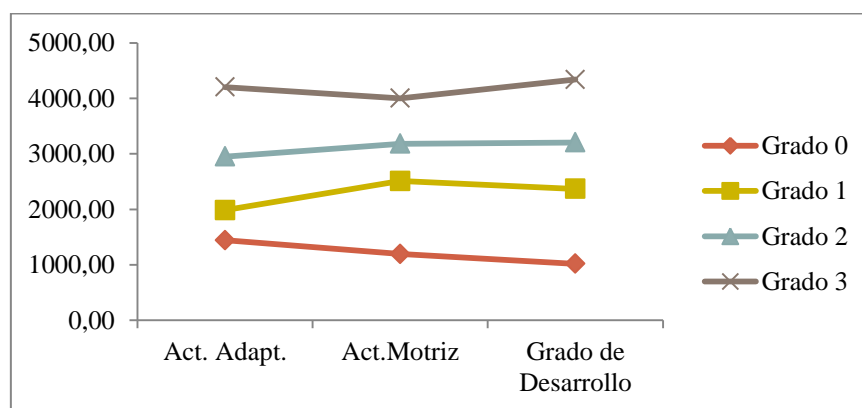


Figura 30. Discriminación de los rangos promedios de las variables de desarrollo.

En la tabla 66 se observa que se rechazan todas las  $H_0$ . Esto implica que hay una discriminación significativa en las variables de desarrollo en los diferentes grados de la dependencia. Además, como aparece en la figura 30, observamos que la discriminación es coherente: Mayores promedios en dependencia más altos en el grado 3, seguidos del grado 2, del grado 1 y, finalmente, del grado 0.

En conclusión, hay una discriminación significativa y coherente de las variables de desarrollo entre niños con diferente nivel en la variable situación de dependencia.

- Variables de salud (peso, funciones vitales, movilidad y grado de salud):

En la tabla 67 se observa que se rechazan las  $H_0$ , así que las variables de salud discriminan de forma significativa entre los diferentes niveles de dependencia que alcanzan los niños. En la figura 31 se observa, no obstante, que hay menor coherencia en los perfiles que en la variable anterior. Son menos simétricos y hay variables que tienen menor poder discriminativo.

Tabla 67. Poder discriminativo de las puntuaciones de las variables de salud.

Puntuaciones	Rangos promedio				Contraste	
	Grado 0 (N=1842)	Grado 1 (N=632)	Grado 2 (N=1536)	Grado 3 (N=1112)	Chi-cuadrado	p-valor
Peso	2441,20	2708,78	2753,97	2411,21	65,858	0,000
Funciones vitales	2427,50	2431,34	2600,14	2804,06	342,684	0,000
Movilidad	2389,12	2528,09	2601,57	2810,67	258,300	0,000
Grado de salud	2136,50	2224,71	2838,50	3074,29	889,451	0,000

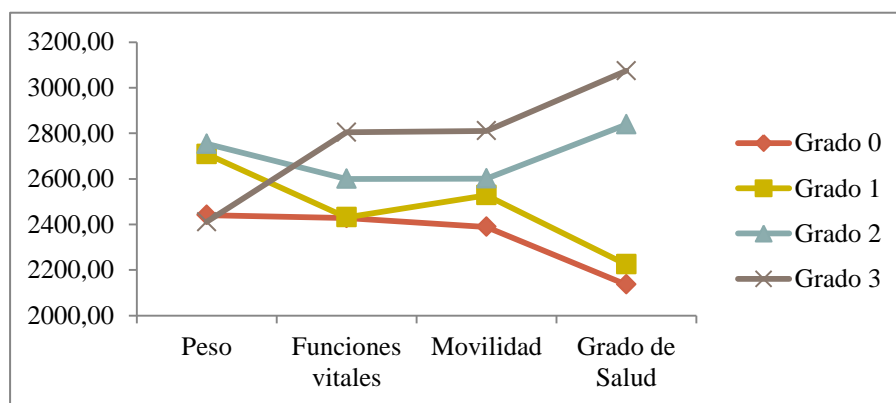


Figura 31. Discriminación de los rangos promedios de las variables de salud.

Respecto al peso al nacimiento, presenta poco poder discriminativo entre los niños con grado 0 y 3, es decir, los extremos. Las medidas de soporte para funciones vitales parece que también diferencian poco entre los grados 0 y 1. La movilidad mantiene más coherencia, al mantener el orden descendente entre los grados 3, 2, 1 y 0, aunque también puede tener menos poder discriminativo entre el grado 2 y 1. El grado de salud discrimina entre los 4 grupos de dependencia, con menor poder entre el grado 0 y 1.



Concluimos que las variables de desarrollo y de salud discriminan entre los diferentes niveles de dependencia. No obstante, hay que tener en cuenta que el elevado tamaño de la muestra puede influir en el nivel de significación. La representación gráfica sugiere que el grado de desarrollo tiene una mayor coherencia que el de salud a la hora de diferenciar entre los distintos niveles de la EVE. Es interesante realizar un análisis más detallado del grado de salud, pues aunque es coherente en cuanto al nivel alcanzado por los niños, tiene menor discriminación entre los grados 0 y 1, lo que afecta al grado total de dependencia.

### **6.2.2. Análisis de las opciones de respuesta**

Analizamos la coherencia en las respuestas a los ítems de la actividad adaptativa y motriz, o lo que es lo mismo, que las respuestas “NO” estén asociadas a los niveles más altos de dependencia. Esto nos permite poder discutir sobre las razones teóricas de la consistencia observada en las respuestas (evidencia del aspecto sustantivo de la escala). Recordamos que en la EVE cuantos más síes se obtengan más hitos se consiguen, resultando una menor puntuación en dependencia.

Dada la naturaleza de los datos, realizamos el contraste con la prueba no paramétrica de Chi-cuadrado. Antes de entrar en detalle en los resultados obtenidos para la actividad motriz y adaptativa hay que señalar que los contrastes resultaron significativos ( $p$ -valor  $<0,05$ ) en todos y cada uno de los ítems, por lo que se rechaza  $H_0$ : No hay diferencias entre los que puntúan “SÍ” y “No” en los diferentes niveles de dependencia.

De esta forma, encontramos que existen diferencias en las respuestas a los hitos en los diferentes niveles de dependencia. En la tabla 68 y la tabla 69 se presentan los resultados de los contrastes realizados para cada ítem y en cada actividad.

Podemos concluir, con la prudencia que nos permite este análisis básico, que los puntuaciones de “SÍ” y “NO” en los ítems de las escalas adaptativas y motriz permiten diferenciar entre los sujetos con diferente nivel en la situación de dependencia, aunque no podemos inferir que dichas diferencias se deban a que se discrimine en la dirección adecuada; esto es, que haya más respuestas negativas en los que tienen altas puntuaciones en la EVE y más respuestas positivas en los que tienen los niveles más bajos en la escala.

Tabla 68. Discriminación de las respuestas de la actividad adaptativa en el grado de dependencia.

Ítem Adapta.	TOTAL EVE								Contraste		
	No dependencia		Moderada		Severa		Gran dependencia		Chi - cuadrado	gl	p
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ			
1	0	1842	0	632	17	1519	71	1041	190,07	3	0,00
2	82	1760	143	489	208	1328	240	872	241,33	3	0,00
3	198	1644	183	449	357	1179	363	749	231,58	3	0,00
4	240	1602	201	431	466	1070	414	698	261,31	3	0,00
5	384	1458	213	419	631	905	468	644	209,69	3	0,00
6	600	1242	299	333	752	784	568	544	137,89	3	0,00
7	668	1174	310	322	747	789	595	517	101,39	3	0,00
8	757	1085	335	297	807	729	670	442	111,36	3	0,00
9	795	1047	387	245	857	679	718	394	150,30	3	0,00
10	970	872	420	212	907	629	727	385	68,84	3	0,00
11	1167	675	468	164	1061	475	867	245	76,81	3	0,00
12	1266	576	494	138	1219	317	995	117	176,43	3	0,00
13	1362	480	539	93	1337	199	1058	54	251,12	3	0,00
14	1415	427	552	80	1358	178	1047	65	189,76	3	0,00
15	1469	373	564	68	1365	171	1044	68	136,94	3	0,00
16	1557	285	599	33	1455	81	1093	19	217,52	3	0,00
17	1565	277	583	49	1450	86	1076	36	153,48	3	0,00
18	1735	107	622	10	1523	13	1108	4	117,46	3	0,00
19	1698	144	615	17	1500	36	1096	16	98,63	3	0,00

Tabla 69. Discriminación de las respuestas de la actividad motriz en el grado de dependencia.

Ítem motriz	TOTAL EVE								Contraste		
	No dependencia		Moderada		Severa		Gran dependencia		Chi - cuadrado	gl	p
	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ			
1	0	1842	80	552	114	1422	165	947	274,76	3	0,00
2	0	1842	154	478	287	1349	216	896	436,73	3	0,00
3	1	1841	26	606	49	1487	88	1024	140,23	3	0,00
4	240	1602	200	432	439	1097	408	704	246,34	3	0,00
5	368	1474	304	328	691	845	517	595	348,36	3	0,00
6	646	1196	329	303	762	774	594	518	130,32	3	0,00
7	742	1100	359	273	818	718	668	444	132,40	3	0,00
8	778	1064	376	256	839	697	684	428	129,01	3	0,00
9	934	908	432	200	949	577	760	352	120,86	3	0,00
10	934	908	432	200	959	577	760	352	120,86	3	0,00
11	988	854	453	179	1039	497	825	287	161,43	3	0,00
12	1079	763	459	173	1066	470	844	268	112,30	3	0,00
13	1169	673	480	152	1195	341	939	173	181,39	3	0,00
14	1219	623	501	131	1229	307	976	136	201,70	3	0,00

15	1310	532	517	115	1309	227	1062	50	295,45	3	0,00
16	1354	488	540	92	1349	187	1086	26	330,74	3	0,00
17	1504	338	575	57	1424	112	1104	8	261,01	3	0,00
18	1559	283	580	52	1443	93	1101	11	202,54	3	0,00
19	1633	209	598	34	1461	75	1105	7	145,18	3	0,00

Realizamos una representación gráfica para observar qué ocurre con las respuestas “SÍ” y “NO” en los diferentes ítems según los niveles de dependencia. En la figura 32 se representan el número de veces que se responde “NO” y “SÍ” en los 19 hitos de las actividades adaptativa y motriz. Aparecen representadas las trayectorias de los diferentes grados de dependencia.

En las respuestas “SÍ” se espera que los niños que no están en situación de dependencia obtengan más síes y estén en la parte más alta de la gráfica, seguidos del grado moderado, grado severo y gran dependencia. En las respuestas “NO”, se espera que los niños con más nivel de dependencia estén por encima, seguidos de los moderados, severos y no dependientes. Cuando observamos la figura 32 llama la atención que en todas las situaciones el comportamiento del grado 1 (dependencia moderada) ocupa los niveles más bajos, así que no hay coherencia en este grado según las respuestas.

En las respuestas “NO” hay una tendencia al aumento en los niveles más altos de la variable de medida, son más frecuentes en los últimos hitos; en cambio, las respuestas “SÍ” lo son en los niveles más bajos de la variable, en los primeros hitos.

En la figura 32 se muestra lo que ocurre en los diferentes grados. Observamos una incoherencia en el orden de los mismos, sobre todo en las respuestas “NO”, donde el grado 0 se sitúa por encima del grado 3 y 1.

Una explicación que puede justificar que las respuestas “NO” no mantengan una coherencia teórica con respecto a los diferentes grados de dependencia es el hecho de que la puntuación de un niño la determina el primer “NO” que se registra en un hito, como señala el manual de instrucciones del RD 54/2011. Lo que se observe después de ese “NO” no tiene efectos en la puntuación, hecho que puede hacer que no se complete toda la escala. En Castilla y León, la aplicación informática nos exige completar los 19 hitos de cada actividad para extraer la puntuación a partir de los datos, pero puede ocurrir que después del punto de corte el observador conteste al azar, o simplemente (como ocurre la mayoría de las veces) se anote en todos los hitos posteriores al punto de corte un “NO” y por tanto haya un efecto

contaminante de estas respuestas, lo que puede explicar la incoherencia en su funcionamiento a la hora de diferenciar entre los distintos grados.

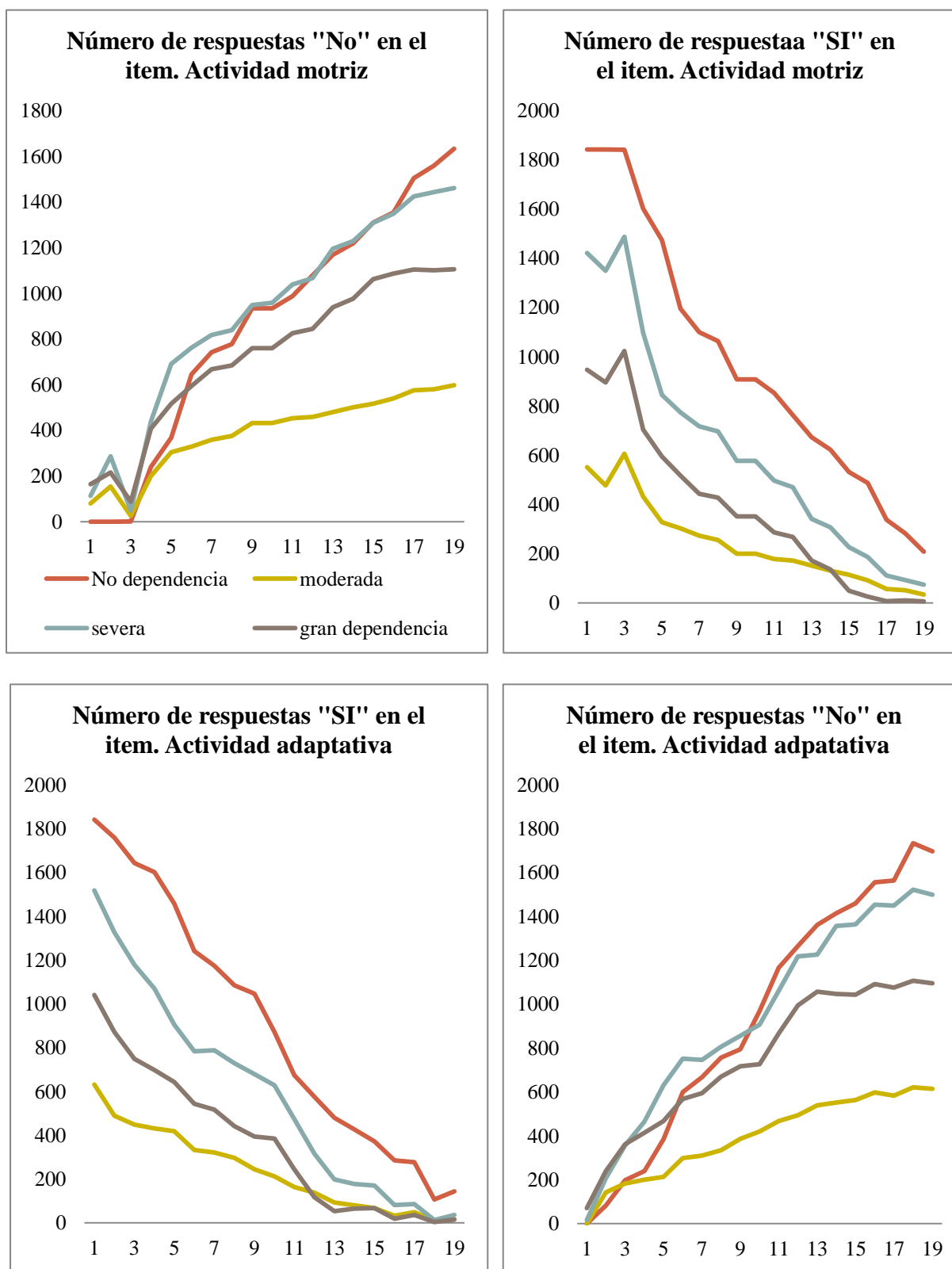


Figura 32. Frecuencias de respuestas "SI" y "NO" en cada ítem de las actividades motriz y adaptativa.

En las respuestas “SÍ” observamos que en los niveles más bajos de la variable (los niños más pequeños) tanto en la actividad motriz como adaptativa se discrimina bien entre los diferentes grados, excepto en el grado 1 (ya hemos comentado que tiene un comportamiento atípico respecto a los demás). En la actividad motriz, a partir del hito 13 “anda solo”, se observa menos distancia entre los grados, luego la discriminación en los niveles más altos de la variable es peor, de tal forma que en el hito 19 “se mantiene sobre un pie sin apoyo” apenas se diferencia entre los grados 1, 2 y 3. En la actividad adaptativa, es en el hito 12 “bebe solo” donde empieza a tener menos discriminación la respuesta “SÍ” en los diferentes grados, que es más manifiesta en los hitos 17 “abre una puerta”, 18 “se pone una prenda de vestir” y 19 “abre un grifo”.

Como conclusión, aunque estadísticamente con la prueba Chi cuadrado se ha comprobado que las respuestas en las actividades motriz y adaptativa discriminan entre los niveles de dependencia, gráficamente no parece que esté tan claro que la discriminación sea coherente, sobre todo en los niveles extremos de la variable.

### 6.2.3. Correlación con un criterio

Una de las cuestiones que se pretenden analizar tiene que ver con la asociación entre las variables de desarrollo de la EVE y las puntuaciones en las distintas áreas evolutivas que mide la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R (Josse, 1997). En la tabla 70 aparece la matriz de correlaciones entre las puntuaciones de la actividad motriz, adaptativa y el total de la EVE, así como el cociente de desarrollo postural, de coordinación, lenguaje, social y total de la escala de desarrollo psicomotor. Se han obtenido en una muestra con 389 observaciones en el Centro Base de Valladolid, cuyas características ya fueron descritas. Dada la naturaleza ordinal de las variables se utiliza la Rho de Spearman.

El análisis de la tabla 70 nos va a permitir comprobar las hipótesis séptima y octava de nuestro estudio.

- **Hipótesis séptima:** Entre la actividad motriz y el cociente de desarrollo postural existe una correlación moderada e inversa (-0,61). Las correlaciones de la actividad motriz con otras variables que no tienen que ver con aspectos posturales son más bajas; esto es, a mayores puntuaciones en la escala postural (mejor desarrollo) menores en la EVE (menos dependiente). Por tanto, confirmamos que la actividad motriz de la EVE está asociada de manera moderada y significativa con el cociente de

desarrollo postural de la escala Brunet Lézine-R. En consecuencia, en la actividad motriz se están midiendo aspectos que tienen que ver con el desarrollo postural en posición dorsal, ventral, sentada y de pie. También se observa que la actividad motora está asociada de forma significativa, aunque con valores más bajos con la coordinación, desarrollo social y del lenguaje.

- **Hipótesis octava:** En la actividad adaptativa encontramos que la mayor asociación (moderada y significativa) es con la escala de coordinación (-0,53) y por tanto acorde a lo previsto, aunque también covaría, con menor intensidad, con la variable postural (-0,45) y social (-0,43). Podemos afirmar que la actividad adaptativa, aunque está asociada de forma moderada con la variable coordinación, también mide, aunque con menor intensidad, aspectos que tienen que ver con el desarrollo postural, social y del lenguaje. Por tanto en la actividad adaptativa se mide el desarrollo que tienen que ver con la coordinación visomotora que está implicada en la prensión y comportamiento con los objetos, pero también, aunque en menor intensidad, el desarrollo postural, la adquisición de la toma de conciencia de sí mismo, de las relaciones con los otros, las reacciones mímicas y la adaptación a las situaciones sociales (desarrollo social) y del lenguaje.

Tabla 70. Matriz de correlaciones entre variables de desarrollo de la EVE y áreas de la escala Brunet Lézine-R.

	EVE			Brunet Lézine-R				
	Motriz	Adaptat	Grado	Postural	Coordin	Lenguaje	Social	Total
Motriz	1							
Adaptat	.44	1						
Grado	.81	.77	1					
Postural	-.61	-.45	-.55	1				
Coordin	-.39	-.53	-.51	.72	1			
Lenguaje	-.22	-.40	-.33	.55	.70	1		
Social	-.32	-.43	-.43	.66	.75	.79	1	
Total	-.43	-.50	-.49	.82	.90	.85	.88	1

Todas las correlaciones son significativas a un nivel de significación de 0,01

En definitiva, los resultados del análisis de esta matriz de correlaciones nos indican que la EVE mide en gran parte lo planteado en el RD 507/2011, en el que se detalla que la actividad motriz se refiere a las funciones y actividades de movilidad y la actividad adaptativa a las funciones y actividades de adaptación al medio.

Más concretamente, si nos fijamos en el contenido de los ítems para cada actividad, dichas funciones las podemos organizar en grupos de ítems que dan sentido evolutivo a la EVE. Recordamos el planteamiento teórico que destaca que los hitos se organizan en función de la edad y también del funcionamiento de los niños en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

De esta forma para la actividad motriz la lógica teórica nos delimita las actividades de movilidad de la siguiente forma:

- Condiciones necesarias para el movimiento. Comprende las condiciones de desarrollo básicas en nuestro cuerpo que están relacionadas con un adecuado funcionamiento neuromuscular y que son la base para un funcionamiento postural correcto, como el tono muscular. Incluye el momento evolutivo desde el nacimiento hasta los 3 meses.
- Cambios posicionales del cuerpo sin desplazamiento: incluye aquellos hitos con referencia a movimientos que tienen que ver con los cambios en el mismo plano y la sedestación y que corresponde al desarrollo evolutivo desde los 4 a 11 meses. Estarían haciendo referencia a los prerrequisitos para los cambios de posición del cuerpo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Movilidad básica. Hace referencia al desarrollo evolutivo entre los 12 y 24 meses y que se refiere a actividades de movilidad, entre las que se incluye andar.
- Desplazamiento en el entorno. Se incluyen actividades de movilidad en las que se tiene en cuenta el movimiento con algún objetivo. Comprende el momento evolutivo entre los 24 y 33 meses y se refiere a la movilidad dentro del hogar de las ABVD.

Siguiendo la misma lógica para la actividad adaptiva, algo más compleja de agrupar, pues está asociada a más variables del desarrollo infantil, tendríamos estos grupos de ítems:

- Contacto con el entorno, que se refiere a la capacidad inicial para mantenerse conectado con lo que nos rodea, lo que tiene que ver con capacidades sensoriales como la capacidad visual y táctil. También se incluye la succión como forma básica de ponernos en relación con el entorno. Comprende desde el nacimiento hasta los 6 meses.
- Capacidad manipulativa y de hacer algo funcional con los objetos, como explorarlos y utilizar adecuadamente las manos. Se incluyen el rango evolutivo entre los 6 y 18 meses.

- Inicio de la adquisición de hábitos de autonomía. A partir de los 18 y hasta los 24 meses. Se centra en actividades como beber y usar cubiertos, habilidades incluidas en las ABVD.
- Hábitos de autonomía y desenvolvimiento en el espacio. Comprende la etapa evolutiva desde los 24 a los 33 meses, en la cual se van consolidando hábitos como reconocimiento de espacios por su función, así como quitarse y ponerse prendas, lo que también se incluye en las ABVD.

Nos aproximamos al concepto de validez de criterio de la EVE, con el cálculo de la asociación entre las puntuaciones totales en la EVE y el cociente de desarrollo total de la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R (Josse,1997) que aparece en la tabla 70.

La asociación entre ambas variables es de -0,49, por tanto moderada e inversa. En consecuencia, la EVE está midiendo, entre otros aspectos, el desarrollo general de los niños, de tal manera que a mayor puntuación en el nivel de desarrollo, menor será el grado de dependencia. Si nos fijamos en las correlaciones de las diferentes áreas del desarrollo, es la postural la que más asociación tiene con el grado de dependencia (-0,55), seguida de la coordinación (-0,51), social (-0,43) y lenguaje (-0,33).

En tabla 70 se observa otro dato de interés que tiene que ver con las correlaciones entre la actividad motriz y la EVE (0,81) y la adaptativa y la EVE (0,77). Ambas son correlaciones más elevadas, lo que nos indica el peso tan importante de las variables de desarrollo en el resultado final de la EVE.

En conclusión, tenemos evidencias de que las actividades motriz y adaptativa de la EVE miden habilidades del desarrollo de los niños implicadas en la evolución motora y adaptativa, que se refieren a la capacidad de coordinar movimientos de cuerpo en el espacio para la prensión y manipulación de objetos, destinada a la toma de conciencia de sí mismo y de adaptación a las situaciones sociales que favorezcan su autonomía. Es necesario recordar que en la EVE también están implicadas variables de salud que en este análisis inicial no se han tenido en cuenta. También hemos comprobado con nuestros datos que hay una relación significativa y moderada (-0,49) entre el grado de dependencia y el nivel global de desarrollo de un niño, sobre todo en lo que se refiere a su desarrollo postural y perceptivo-cognitivo.

Puesto que se ha comprobado la relación entre las puntuaciones de ambas escalas, ampliamos nuestro estudio, pues en la práctica nos interesa conocer qué grado de



dependencia es más probable en función del nivel de desarrollo de los niños y en definitiva poder estimar el nivel de dependencia en función de los meses de retraso en el desarrollo.

En la tabla 71 aparecen los diferentes grados de dependencia con los valores medios obtenidos en el cociente de desarrollo total (Intervalo de confianza para el límite inferior y superior para la media al 95%, que incluye el valor de la mediana), así como la equivalencia en meses de desarrollo, siguiendo el criterio de Pina (2007) para los cocientes de desarrollo: Desarrollo normal: 92 o más; retraso leve: entre 83 y 91 (entre 1 y dos meses); retraso moderado: entre 75 y 82 (entre dos y tres meses); retraso grave: Inferior a 75 (más de tres meses).

Tabla 71. Estimación del nivel de retraso en desarrollo valorado con la EVE.

Grados de dependencia	Cociente de desarrollo total		Meses de retraso en desarrollo
	Interv.Confianza	Mediana	
Sin dependencia	88,12 - 91,96	90,5	Desarrollo normal y retraso leve
Dependencia moderada	79,29 - 86,71	83	Retraso leve y retraso moderado
Dependencia severa	73,16 - 79,83	76	Retraso moderado y retraso grave
Gran dependencia	45,00- 50,99	48,5	Retraso grave

Se observa que los niños que obtienen un cociente de desarrollo entre 88 y 92 obtienen un grado 0, lo que supone que estarían clasificados en un retraso leve con el criterio de Pina (2007). El grado 1 lo alcanzan niños con valores entre 79 y 87, lo que supone unos 3 meses de desfase en el desarrollo (entre retraso leve y moderado). El grado 2 es más frecuente con valores de desarrollo entre 73 y 80 indicadores de un retraso entre moderado y grave. Por último el grado 3 ha sido alcanzado por niños con los menores cocientes de desarrollo, entre 45 y 51, que conllevan un grave retraso.

Observamos en nuestros datos cómo existe una coherencia en el nivel de retraso más grave de un niño y su posible puntuación en niveles más altos de dependencia. Es más probable poder predecir que un niño está en situación de dependencia a partir de tres meses de retraso en su desarrollo general.

Señalamos un par de matices a tener en cuenta a la hora de sacar conclusiones. El primero es que el grado de dependencia incluye tanto el grado en salud (no tenido en cuenta

en esta descripción) como el grado de desarrollo. El segundo es que la escala Brunet Lézine-R (Josse,1997) en niños prematuros tiene en cuenta la edad corregida de éstos, en vez de la cronológica (como en la EVE), por lo que los cocientes de desarrollo en estos niños son más elevados.

Observamos en el diagrama de caja entre las variables que estamos analizando (figura 33) los *outliers* de nuestra muestra, esto es los valores atípicos. Interesa profundizar por qué están distantes del resto de los datos. En concreto, es de nuestro interés los casos de gran dependencia que tienen valores altos en la escala de desarrollo (QD-TOTAL), así como los casos sin dependencia con valores bajos en desarrollo (QD-TOTAL).

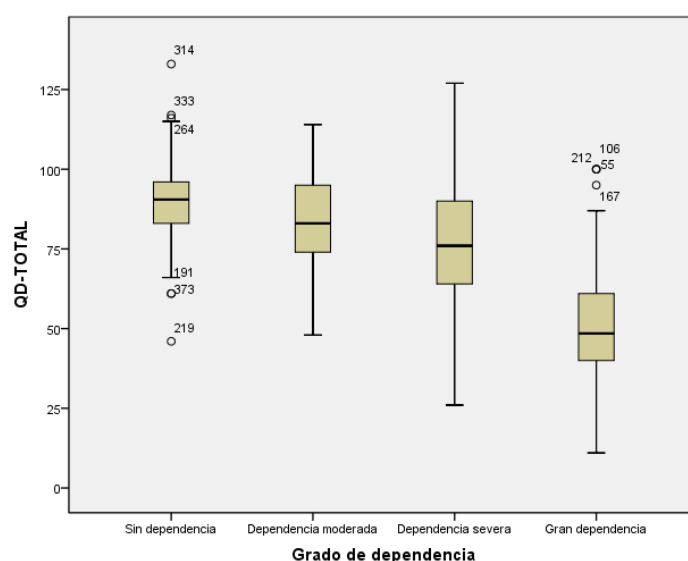


Figura 33. Diagrama de caja de las variables grado de dependencia y cociente de desarrollo total.

Los niños sin dependencia con bajos cocientes de desarrollo corresponden (en los tres casos) a niños que obtienen un grado 0 en salud. En uno de los casos se trata de un niño de 18 meses con una circunstancia de riesgo social por padres con una deficiencia mental y en los otros dos se trata de niños con 25 meses y un posible trastorno del espectro del autismo. Los niños con gran dependencia con valores adecuados en el cociente de desarrollo (cuatro casos) son todos grandes prematuros con 4 meses de edad, con grado 3 en salud (por la variable peso). Con estos casos, aunque pocos, se vuelven a aportar evidencias de que la EVE puede dejar fuera del ámbito de protección a los niños que presentan dificultades en su desarrollo de tipo comunicativo y social y beneficiar a niños prematuros con adecuado desarrollo por las circunstancias de riesgo en la salud, lo cual coincide con el planteamiento de la investigación

sobre atención temprana y dependencia realizada por el Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana (2012).

### 6.3. EVIDENCIAS SOBRE LA FIABILIDAD.

Analizamos la fiabilidad a partir de la consistencia interna con el cálculo del Alfa de Cronbach (1951) para la actividad motriz, adaptativa y para la EVE con los datos de la muestra de niños valorados en Castilla y León.

#### 6.3.1. Actividad adaptativa y motriz

Tabla 72. Fiabilidad actividad adaptativa y motriz.

Actividad adaptativa			Actividad motriz		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,935	,929	19	,941	,935	19

En la tabla 72 se presentan los valores del Alfa de Cronbach para las actividades adaptativa y motriz, que son de 0,935 y 0,941 respectivamente, por lo que se consideran adecuados. El valor del Alfa basada en los elementos tipificados (que se estima a partir de las correlaciones) también alcanza un resultado óptimo en ambas escalas (0,929 y 0,935), datos que coinciden con los hallados en la muestra piloto. Podemos concluir que la escala adaptativa tiene una buena fiabilidad, lo que indica estabilidad de la puntuaciones en el tiempo.

#### 6.3.2. Grado de desarrollo

Cuando se calcula la fiabilidad del grado de desarrollo con los 38 ítems, según aparece en la tabla 73, se obtiene un valor de Alfa de Cronbach de 0,968 y de 0,964 para los elementos tipificados.

Tabla 73. Fiabilidad del grado de desarrollo.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,968	,964	38

Aunque la fiabilidad alcanzada es alta, hemos realizado un análisis más detallado de los estadísticos de los ítems para describir la consistencia interna en función de cada ítem.

El índice de homogeneidad del ítem nos informa del grado en que éste está midiendo globalmente lo mismo que la prueba (Abad, Garrido, Olea y Pondosa, 2006).

Se mide si el ítem contribuye a la homogeneidad o consistencia interna de la escala, y así poder decidir si se elimina alguno por su poca contribución.

Si se tiene en cuenta la correlación elemento-total corregida que indica la correlación lineal entre el ítem y el grado de desarrollo, sin tener en cuenta ese ítem, se pueden eliminar los ítems cuya correlación es menor de 0,35 (Cohen y Manion, 1990) pues son ítems que aportan poco, quizá porque estén mal redactados o porque tengan problemas de validez.

En la tabla 74 se presentan los estadísticos de cada ítem, se incluyen la media, varianza, correlación ítem – total (eliminando el ítem) y la fiabilidad de la escala al eliminar el ítem. Con esta tabla analizamos lo que cada ítem contribuye a la escala. Aparece en negrita el resultado que indica que un ítem no contribuye adecuadamente a la fiabilidad.

En la actividad motriz se podrían eliminar los ítems 1, 3 y 19, y en la actividad adaptativa los ítems 1 y 19, lo que haría que aumente ligeramente la fiabilidad.

En conclusión, el grado de desarrollo de la escala EVE muestra un coeficiente Alfa de Cronbach óptimo (0,968), la medición con sus ítems es estable y fiable y podría mejorarse la consistencia interna si se eliminan los ítems que tiene peor índice de discriminación.

Tabla 74. Estadísticos de los ítems en el grado de desarrollo.

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>ACTIVIDAD MOTRIZ</b>				
Ajusta el tono muscular	14,66	100,069	<b>,333</b>	,968
Mantiene la postura simétrica	14,72	98,791	,441	,968
Tiene actividad espontánea	14,63	100,987	<b>,231</b>	,968
Sujeta la cabeza	14,84	96,294	,629	,967
Se sienta con apoyo	14,96	94,600	,747	,966
Gira sobre sí mismo	15,05	93,797	,808	,966
Se mantiene sentado sin apoyo	15,10	93,508	,835	,966
Se quita un pañuelo de la cara	15,12	93,471	,840	,966
Pasa de tumbado a sentado	15,20	93,729	,830	,966
Se pone de pie con apoyo	15,24	93,992	,821	,966
Da pasos con apoyo	15,27	94,203	,814	,966
Se mantiene de pie sin apoyo	15,33	94,963	,780	,966
Anda solo	15,36	95,363	,761	,966
Sube escaleras sin ayuda	15,41	96,359	,706	,966
Empuja la pelota con los pies	15,44	96,896	,675	,967
Baja escaleras sin ayuda	15,49	98,294	,579	,967
Traslada recipientes con contenido	15,51	98,707	,548	,967
Anda sorteando obstáculos	15,53	99,466	,475	,967
Se sostiene sobre un pie sin apoyo	15,56	100,703	<b>,329</b>	,968
<b>ACTIVIDAD ADAPTATIVA</b>				
Succiona	14,61	101,446	<b>,143</b>	,968
Fija la mirada	14,72	98,849	,428	,968
Sigue la trayectoria de un objeto	14,81	97,103	,564	,967
Sostiene un sonajero	14,85	96,147	,641	,967
Tiende la mano hacia un objeto	14,92	95,030	,718	,966
Sostiene un objeto de cada mano	15,03	94,036	,786	,966
Pasa un objeto de una mano a otra	15,05	93,859	,801	,966
Recoge un objeto con oposición del pulgar	15,10	93,580	,828	,966
Tira de un cordón para alcanzar un juguete	15,13	93,613	,827	,966
Manipula el contenido de un recipiente	15,18	93,724	,827	,966
Abre cajones	15,29	94,457	,801	,966
Bebe solo	15,37	95,740	,726	,966
Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	15,43	96,869	,667	,967
Se quita una prenda de vestir	15,45	97,176	,651	,967
Reconoce la función de los espacios de la casa	15,46	97,530	,625	,967
Imita trazos con el lápiz	15,51	98,935	,519	,967
Abre una puerta	15,51	98,702	,544	,967
Se pone una prenda de vestir	15,57	100,785	<b>,320</b>	,968
Abre un grifo	15,55	100,246	,388	,968

## **6.4. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA EVE**

### **6.4.1. Introducción**

Consideramos interesante aportar datos acerca de la sensibilidad y especificidad de la EVE. Es el aspecto más novedoso de esta investigación. Pretendemos aportar más datos sobre el funcionamiento de la escala como una herramienta de clasificación de la situación de dependencia. Describimos el uso de una herramienta de evaluación en el marco de los Servicios Sociales en el que es importante que ésta sea eficaz y eficiente, es decir que sirva para lo que se ha construido con un coste adecuado. Para ello analizamos las consecuencias de su uso y funcionamiento (Padilla, Gómez, Hidalgo y Muñiz, 2006).

Utilizamos los datos tanto de la muestra de niños de Castilla y León como los del Centro Base de Valladolid, dependiendo de la referencia estándar que se utilice (retraso o discapacidad).

En primer lugar realizamos un análisis general de la especificidad y de la sensibilidad y en segundo lugar analizamos en qué punto de corte de la EVE se considera que la escala cumple mejores criterios de valoración, utilizando los dos criterios estándar (retraso y discapacidad).

### **6.4.2. Sensibilidad y especificidad usando como referencia el retraso**

Para calcular los valores de sensibilidad y especificidad al utilizar como referencia el estándar de retraso del desarrollo se tienen en cuenta los datos de la muestra del Centro Base de Valladolid. La variable de referencia se ha medido con la escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R (se tiene en cuenta el cociente de desarrollo total), pues según el planteamiento teórico la situación de dependencia es más probable cuanto más retardo haya en el desarrollo, lo que también se ha comprobado en esta investigación.

Categorizamos la variable cociente de desarrollo total (en adelante QD) en dos categorías. Según el manual de la prueba se considera que cuando el QD es menor o igual de 70 existe un retraso manifiesto en el niño, por lo que se divide la muestra en por encima y por debajo del valor de 70. El resultado de la prueba de referencia puede ser correcto (verdadero positivo y verdadero negativo) o incorrecto (falso positivo y falso negativo).

La EVE (nuestra prueba diagnóstica) la dividimos en dos categorías: no dependientes (grado 0) y dependientes (grados 1, 2 y 3). El valor positivo se asocia a la presencia de una enfermedad en nuestro caso considerar que un niño tiene dependencia (Pita y Pértegas, 2003).

Teniendo en cuenta las dos variables, obtenemos una tabla 2x2. En la tabla 75 se enfrenta datos del resultado de la prueba de referencia con la prueba diagnóstica.

Tabla 75. Sensibilidad y especificidad de EVE con cociente de desarrollo.

		QD>70 Sin retraso	QD< o = 70 Con retraso	Total
EVE	No dependiente (negativo)	137	7	144
		<i>Verdaderos -</i>	<i>Falsos -</i>	
		<b>Especificidad: 48,8%</b>		
	Dependiente (Positivo)	144	101	245
	<i>Falsos +</i>	<i>Verdaderos +</i>		
	<b>Sensibilidad: 93,5%</b>			
Total		281	108	389

Calculamos la sensibilidad dividiendo el número de niños con retraso y dependientes (n=101) entre el total de niños con retraso (n=108) y se multiplica por cien, obtenemos así una sensibilidad del 93,5% (porcentaje de niños con retraso que se valoran como dependientes).

Calculamos la especificidad dividiendo el número de niños sin retraso no dependientes (n=137) entre el total de niños sin retraso (n=281), multiplicando por cien obtenemos una especificidad del 48,8% (porcentaje de niños sin retraso que se valoran como no dependientes).

Calculamos el valor predictivo positivo (VPP) dividiendo los verdaderos positivos (n=101) entre el total de casos dependientes (n=245). El resultado es que la probabilidad de ser dependiente cuando se puntúa con dependencia en la EVE es del 41,2% es decir, de cada 100 casos valorados como dependientes en 41 se acierta en el diagnóstico.

Calculamos el valor predictivo negativo (VPN) dividiendo los verdaderos negativos (n=137) entre el total de casos no dependientes (n=144). El resultado es que la probabilidad

de no ser dependiente cuando no se puntúa con grado 0 es del 95,1% es decir, de cada 100 niños que no son dependientes se acierta en 95 casos.

Con estos primeros datos concluimos que con la EVE hay un 93,5% de probabilidad de obtener un resultado positivo en relación a tener un retraso (adecuada sensibilidad pues es mayor del 70%). Pero parece tener más dificultades con los falsos positivos, demasiado elevados, lo que supone que su especificidad sea baja, esto indica que hay menos probabilidad de considerar a un niño no dependiente cuando no tienen retraso (baja especificidad pues es menor del 80%).

Ampliamos este resultado general con la curva ROC, teniendo en cuenta todas las puntuaciones de la EVE. Los datos, obtenidos con el XLSTAT, se muestran en la tabla 76 (aparece señala en negrita el valor más adecuado en el análisis).

Tabla 76. Análisis ROC. EVE con estándar cociente de desarrollo.

Umbrales de la EVE	Sensib.	Especif.	VPP	VPN	VP	VN	FP	FN	Sensib + Especif	Precisión
0	1,00	0,00	0,28		108	0	281	0	1,00	0,28
1	0,94	0,49	0,41	0,95	101	137	144	7	1,42	0,61
2	<b>0,85</b>	<b>0,68</b>	<b>0,50</b>	<b>0,92</b>	<b>92</b>	<b>190</b>	<b>91</b>	<b>16</b>	<b>1,53</b>	<b>0,73</b>
3	0,36	0,98	0,85	0,80	39	274	7	69	1,33	0,81

Los umbrales de la EVE son las posibles puntuaciones que podemos obtener. Se considera la prueba positiva (tener dependencia) cuando los valores de la EVE son mayores o iguales a los umbrales. Para cada umbral se presentan los datos de sensibilidad y especificidad, así como el valor predictivo positivo (VPP), el valor predictivo negativo (VPN), la frecuencia de verdaderos positivos (VP), de verdaderos negativos (VN), el número de falsos positivos (FP) y el de falsos negativos (FN). En la columna “precisión” aparece el índice de precisión, que es igual a  $VP + VN / \text{Total de la población}$  (Piñeiro y Bustamante, 2005). Cuanto más alto sea su valor más precisión tendrá la escala en ese punto.

A la hora de buscar el punto de corte óptimo se pueden elegir diferentes criterios. El que más nos interesa para este estudio es aquel que tenga valores más altos en la columna sensibilidad + especificidad, pues nos indica el umbral en el que la suma de ambas características es más alta.



Calculamos otro valor denominado Índice de Youden (1950), que aparece en la tabla 77. Nos ayuda a buscar el umbral en el que la relación entre sensibilidad y especificidad es la mejor, lo cual no quiere que decir que ambas tengan los valores más altos. Se halla con la fórmula  $([\text{sensibilidad} + \text{especificidad}] - 1)$ . Los valores cercanos a 1 muestran que tanto la sensibilidad como la especificidad asociadas a esa puntuación son elevadas (Izal, Montorio, Nuevo y Pérez Rojo, 2007).

Tabla 77. Índice de Youden del grado de dependencia con estándar cociente de desarrollo.

	Umbral 0	Umbral 1	Umbral 2	Umbral 3
Índice de Youden	0	0,42	<b>0,53</b>	0,33

Cuando el umbral para decidir que un niño es dependiente se sitúa en el punto 2 de la EVE se obtiene una sensibilidad del 85%, una especificidad del 68% y un índice de Youden de 0,53. Con este punto de corte la potencia predictiva positiva (porcentaje de niños clasificados como dependientes que realmente lo son) es del 50%, mientras que la potencia predictiva negativa (porcentaje de niños no dependientes que realmente no lo son) es del 92%. En este punto no es en que tengamos mayor precisión (0,73), pero sí es en el que se consigue más equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

El gráfico con los datos anteriores, correspondiente a la figura 34, nos permite tener una referencia visual de cada umbral y de cómo se influyen los valores VP, VN, FP y FN al modificarse cada uno de ellos.

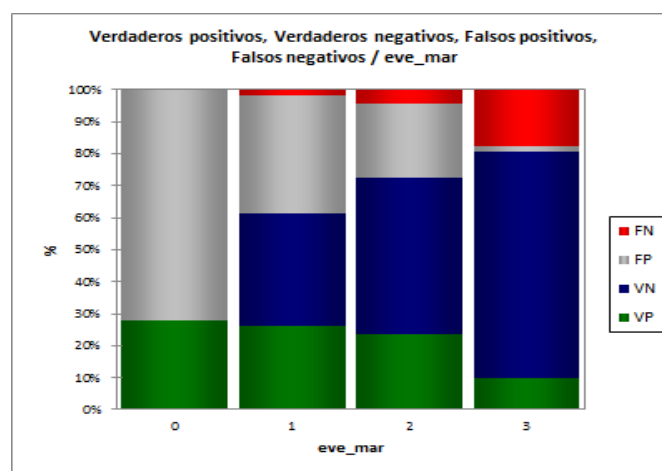


Figura 34. VP, VN, FP y FN de la EVE con estándar cociente de desarrollo.

Situando el umbral en grado 0 observamos que no hay falsos negativos (dejar fuera a algún niño dependiente), pues de esa manera se considera a todos los niños dependientes, luego es seguro que están incluidos todos los que son. Esto hace que la sensibilidad sea máxima, pero la especificidad es nula, pues se ha clasificado como dependientes a niños que no lo son; por ellos, en este punto tenemos el valor máximo de falsos positivos.

Con el umbral en el grado 1 se disminuyen los falsos positivos en favor de los verdaderos negativos, por tanto se aumenta la especificidad y aparece algún falso negativo.

Si se cambia el umbral del grado 1 al grado 2 mejoramos la especificidad de la prueba, que es uno de los objetivos, pero a costa de disminuir la sensibilidad. Aunque ésta queda todavía dentro de unos valores aceptables, la especificidad sigue siendo baja.

Observamos como a medida que cambia el umbral en los diferentes grados se modifican los datos. Estableciéndolo en el grado 3 apenas existen falsos positivos, pero como contrapartida se tiene el mayor número de falsos negativos, pues es el umbral en el que menos niños se clasifican como dependientes, por lo que es más fácil que no hayamos clasificado como dependientes a niños que lo son.

Otro índice de la bondad de una prueba como instrumento de cribado es el área bajo la curva ROC (AUC), que se muestra en la figura 35. En este caso es de 0,826. Se comprueba la  $H_0$ : La AUC es igual a 0,5. Se obtiene un valor de  $p < 0,05$  por tanto se rechaza  $H_0$ . En consecuencia, podemos concluir que la EVE clasifica a los niños en la situación de dependencia con un nivel superior a lo que es el azar (0,5) y dentro de un rango (0,7-0,9 (Cerde y Cifuentes (2012); Passas (2012)) en el que se considera que la prueba es útil para diferenciar entre niños con y sin situación de dependencia.

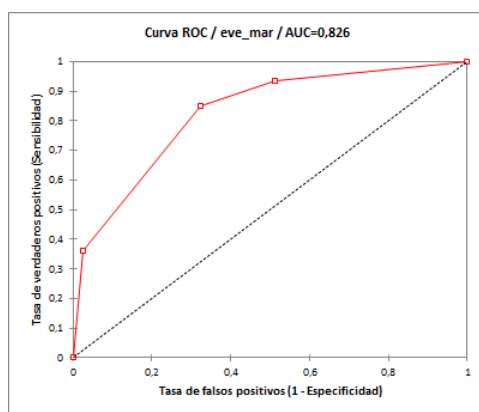


Figura 35. Curva ROC de la EVE con estándar cociente de desarrollo.

En conclusión, como prueba para la detección de niños en situación de dependencia cuando en la EVE se establece como punto de corte el grado 2 se maximiza su sensibilidad y especificidad, pero la potencia predictiva positiva de la escala (porcentaje de niños que la EVE clasifica como en situación de dependencia y realmente la tienen) es del 50%, un valor poco admisible, pues no se han disminuido lo suficiente los falsos negativos.

### 6.4.3. Sensibilidad y especificidad usando como referencia la discapacidad

Repetimos los mismos cálculos tomando como estándar el grado de discapacidad valorado en la muestra de niños de Castilla y León.

Se dicotomiza en dos categorías: Con discapacidad (valores mayores o iguales al 33%) y sin discapacidad (valores menores al 33%). No entraremos tanto en detalle en la explicación del significado de los valores obtenidos, pues ya se hizo en el apartado anterior.

En la tabla 78 y la tabla 79 se presentan los resultados obtenidos para los diferentes umbrales.

Tabla 78. Análisis ROC. EVE con estándar grado de discapacidad.

Umbrales de la EVE	Sensib.	Especif.	VPP	VPN	VP	VN	FP	FN	Sensib + Especif	Precisión
0	1,00	0,00	0,13		651	0	4471	0	1,00	0,13
1	0,95	0,40	0,19	0,98	617	1808	2663	34	1,35	0,47
2	<b>0,89</b>	<b>0,54</b>	<b>0,22</b>	<b>0,97</b>	<b>581</b>	<b>2404</b>	<b>2067</b>	<b>70</b>	<b>1,43</b>	<b>0,58</b>
3	0,56	0,83	0,33	0,93	367	3726	745	284	1,40	0,80

Tabla 79. Índice de Youden del grado de dependencia con estándar grado de discapacidad.

	Umbral 0	Umbral 1	Umbral 2	Umbral 3
Índice de Youden	0	0,35	<b>0,43</b>	0,40

Vemos que con la primera prueba de bondad de ajuste, el índice de Youden, los mejores valores en sensibilidad y especificidad se producen situando el umbral en el grado 2. La sensibilidad es del 89% y la especificidad del 54%.

Con este punto de corte, la potencia predictiva positiva es del 22% y la negativa del 97%. Observamos en la figura 36, como en el umbral 2, existe un elevado número de falsos positivos (niños sin discapacidad que se clasifican como dependientes). Este dato mejora con el umbral 3, aunque disminuyen los verdaderos positivos. En este umbral la escala es más precisa, pero disminuye la relación entre sensibilidad y especificidad. Elegir entre uno u otro umbral dependerá de los objetivos que se persigan. Optamos por considerar más óptimo el umbral 2, pues ya hemos visto cómo puede haber niños sin discapacidad que pueden estar en una situación de dependencia, lo que consideramos falsos positivos, pero manteniendo el equilibrio entre la sensibilidad y especificidad con el Índice de Youden más elevado (0,43).

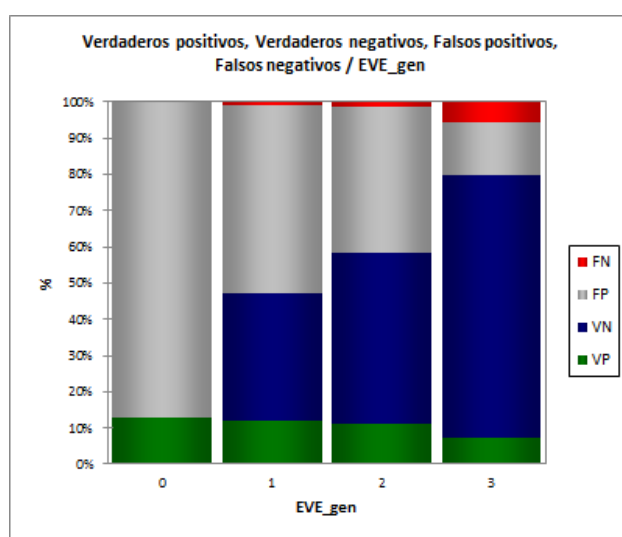


Figura 36. VP, VN, FP y FN de la EVE con estándar discapacidad.

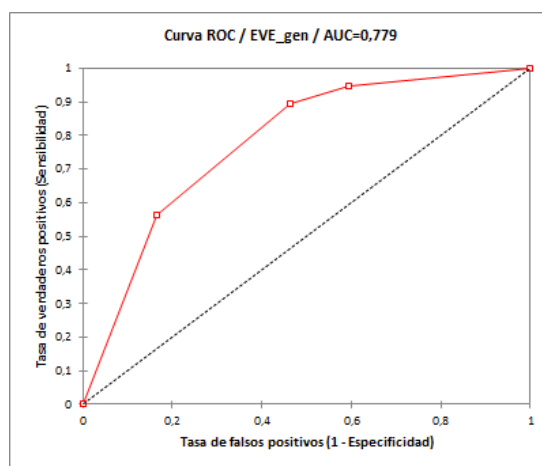


Figura 37. Curva ROC de la EVE con estándar grado de discapacidad.

En la figura 37, la curva ROC, se aprecia como el área bajo la curva (AUC) está por encima de la diagonal y alcanza un valor de 0,779 con p-valor < 0,05 y por tanto la sensibilidad de la EVE es mayor de lo que cabría esperar al azar y permite discriminar con utilidad a los niños con y sin situación de dependencia (valor entre 0,7 y 0,9).

En conclusión, en el grado 2, que es el que mejor índice de Youden tiene (0,43), se obtiene una adecuada sensibilidad (0,89), pero una baja especificidad (0,54). La potencia predictiva positiva es baja, por lo que el uso de la EVE implica asumir una elevada probabilidad de obtener falsos positivos, lo que puede suponer una limitación. Si utilizamos la discapacidad como referencia, no es admisible que un 78% de niños valorados en situación de dependencia en realidad no la tengan.

#### 6.4.4. Sensibilidad y especificidad de la Actividad Adaptativa y Motriz

Analizamos lo que ocurre al tener en cuenta por separado la actividad adaptativa y motriz, utilizando como *gold standard* el cociente de desarrollo total de la escala Brunet Lézine-R. Se utiliza la muestra de niños del Centro Base de Valladolid.

En la tabla 80 y la

tabla 81 se presentan los datos obtenidos para ambas actividades.

Tabla 80. Análisis ROC. Actividad motriz y adaptativa.

Umbrales de la EVE	Sensib.	Especif.	VPP	VPN	VP	VN	FP	FN	Sensib + Especif	Precisión
Actividad Motriz										
0	1,00	0,00	0,28		108	0	281	0	1,00	0,28
1	0,83	0,49	0,39	0,89	90	138	143	18	1,33	0,59
2	0,71	0,64	0,44	0,85	77	181	100	31	1,36	0,66
<b>3</b>	<b>0,63</b>	<b>0,86</b>	<b>0,64</b>	<b>0,86</b>	<b>68</b>	<b>242</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>1,49</b>	<b>0,80</b>
Actividad Adaptativa										
0	1,00	0,00	0,28		108	0	281	0	1,00	0,28
1	0,88	0,59	0,45	0,93	95	166	115	13	1,47	0,67
<b>2</b>	<b>0,72</b>	<b>0,82</b>	<b>0,61</b>	<b>0,89</b>	<b>78</b>	<b>230</b>	<b>51</b>	<b>30</b>	<b>1,54</b>	<b>0,79</b>
3	0,55	0,92	0,72	0,84	59	258	23	49	1,46	0,82

Tabla 81. Índice de Youden actividad motriz y adaptativa.

Índic. De Youden	Umbral 0	Umbral 1	Umbral 2	Umbral 3
Activ. Motriz	0	0,33	0,36	<b>0,49</b>
Activ. Adaptativa	0	0,47	<b>0,54</b>	0,46

En la actividad motriz el punto de corte en el grado 3 maximiza simultáneamente la sensibilidad (0,63) y la especificidad (0,86) de la EVE para la identificación de la situación de dependencia (Índice de Youden = 0,49). Con este punto de corte la potencia predictiva de la EVE fue del 64%, mientras la potencia predictiva negativa fue del 86%.

En el caso de la actividad adaptativa situar el punto de corte en el grado 2 en la EVE ofrece el Índice de Youden más elevado (0,54). La sensibilidad es de 0,72 y la especificidad de 0,92. El valor predictivo positivo es de 0,61 y el negativo de 0,89.

Observamos en la figura 38 las diferencias de los VP, VN, FP y FN de cada actividad. Si comparamos los umbrales que mejor se comportan en la EVE vemos cómo en la actividad motora el porcentaje de falsos positivos es ligeramente inferior al de la actividad adaptativa, mientras que los falsos negativos son algo mayores.

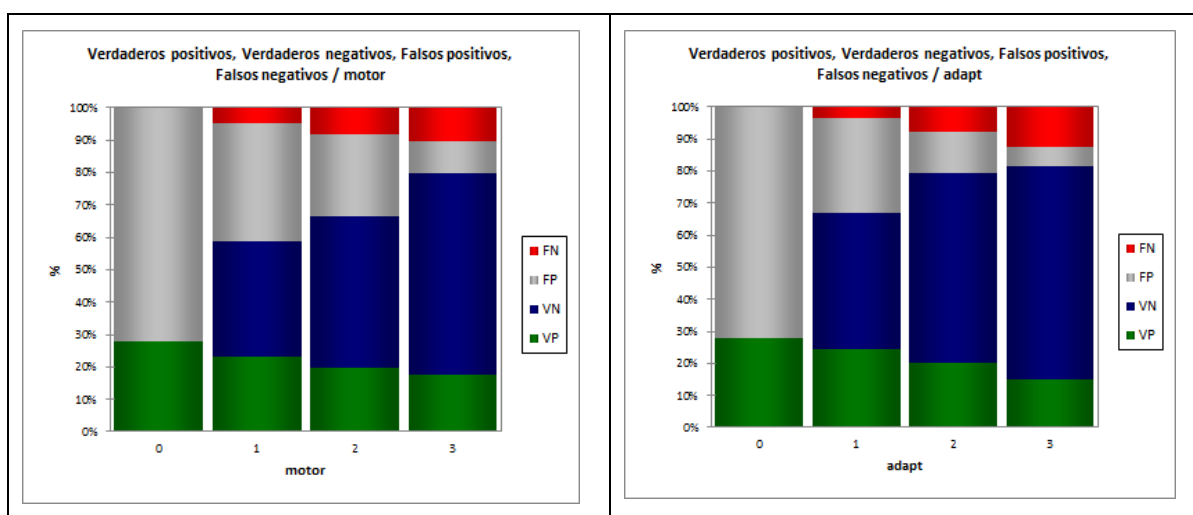


Figura 38. VP, VN, FP y FN en la actividad motriz y adaptativa.

En la figura 39 se incluyen las curvas ROC de la actividad adaptativa y motriz. En ambos casos el área bajo la curva está por encima de la diagonal y con p-valor <0,05, por lo

que la clasificación de los positivos es mejor que la que cabría esperar al azar y volvemos a comprobar la utilidad de la actividad motriz y adaptativa para detectar a niños en situación de dependencia. En la actividad adaptativa el área bajo la curva (AUC) es 0,823 y en la motriz 0,758. Observamos un mejor comportamiento de la actividad adaptativa, pues la curva se acerca más al punto (0, 1), donde la sensibilidad es máxima con nula tasa de falsos positivos.

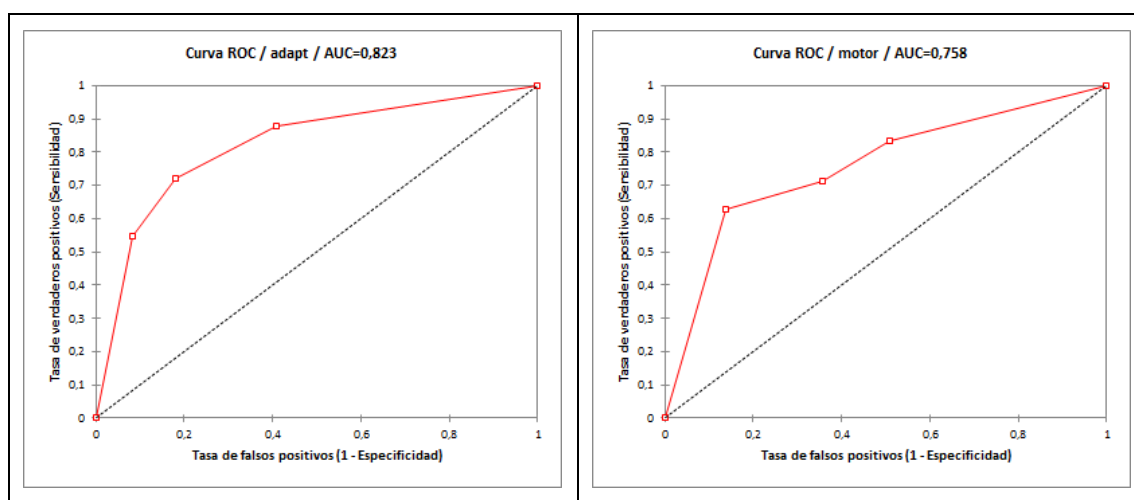


Figura 39. Curva ROC actividad adaptativa y motriz.

La conclusión es que si el punto de corte se establece en el grado 1 en ambas actividades obtenemos valores adecuados de sensibilidad, pero se continúa con los problemas de especificidad. Cuando movemos el punto de corte al nivel 2 en la actividad adaptativa conseguimos mejorar ambos valores hasta los límites aceptables, mientras que la potencia predictiva positiva continúa en un valor poco idóneo. Seguimos teniendo problemas en la probabilidad de clasificar como dependientes a los niños que verdaderamente lo son (aumentamos los falsos positivos). En el caso de la actividad motriz, al situar el punto de corte en el grado 3 aumentamos la especificidad hasta un valor aceptable, aunque disminuye la sensibilidad. De igual modo, el valor predictivo positivo continúa con unos valores que nos indican que tenemos problemas con los falsos positivos.

## 6.5. EL MANUAL DE INSTRUCCIONES DE LA EVE

Tan importante como conocer los contenidos de la información que hay que registrar sobre el estado de salud de un niño, así como lo que hay que observar en la actividad motriz y

adaptativa, es conocer las instrucciones para la aplicación de la escala que se incluyen en el RD 174/2011 (Anexo 4) publicadas en el Boletín Oficial del Estado (BOE) del 18 de febrero 2011.

A lo largo de todo el marco teórico de esta investigación se ha ido desgranando el contenido de dicho RD, pues en su anexo IV es donde se incluyen las normas de aplicación, así como las diferentes tablas de combinación de puntuaciones con las que se obtiene el grado de dependencia.

Nos parece importante destacar del manual de instrucciones varios aspectos que el evaluador tiene que tener en cuenta para alcanzar su objetivo de aplicar con corrección la EVE:

- 1- Se observa en el entorno natural del niño, con los objetos y materiales que habitualmente utiliza.
- 2- Buscar el momento en el que el niño tenga mejor disposición y colaboración. Procurar que la valoración tenga un aspecto lúdico.
- 3- Los padres están presentes, lo que favorece un ambiente agradable.
- 4- Se observa lo que el niño puede hacer por sí mismo.
- 5- Hay que tener en cuenta en la observación de la actividad motriz y adaptativa la funcionalidad, intencionalidad y comprensión de la acción, independientemente del modo de realización.

Desde el inicio de esta investigación se ha planteado que desde la práctica profesional hemos observado la existencia de discrepancias entre los compañeros de trabajo acerca de cómo puntuar algún hito o de cómo interpretarlo, pues en ocasiones no queda claro qué hacer según el manual. Esto ocurre porque no se detallan las veces que un niño ha de realizar algo para considerar que supera un hito. Por ejemplo, en el hito 13 de la actividad motriz, “anda solo”, se indica que “Camina sin apoyos ni ayuda de otra persona. Se valora desde de los dieciocho meses. Se considera adquirido este hito cuando da algunos pasos, sin apoyo en objetos, ni ayuda de otra persona.” (p. 18655). El problema surge con lo que puede entender un observador por “algunos pasos”, que puede coincidir o no con el criterio de otro observador.

Aunque claramente se especifica que hay que manejar el material que está en el entorno natural del niño, los observadores pueden utilizar cosas distintas y esto puede variar



el desempeño de una actividad. Por ejemplo, en el hito 12 de la actividad adaptativa “bebe solo”. Se refiere

Bebe de una taza sin ayuda de otra persona. Para considerar adquirido este hito el profesional que realice la valoración observará que el niño/a puede beber varios tragos seguidos sosteniendo la taza o vaso (que puede tener, o no, asas) con sus manos y sin ayuda de otra persona” (p.18665).

Lo habitual es que los niños beban agua de botellas. Si un observador pone más el acento en el hecho de beber, puede dar por válido que beba por una botella con pitorro (más fácil, los niños tienen más costumbre de hacerlo así), mientras que otro puede dar más importancia al hecho de tragar y que sea sin pitorro (más difícil).

Para llegar a un consenso sobre la interpretación de los hitos más problemáticos el Servicio de Autonomía Personal y Atención a Personas con Discapacidad de la Junta de Castilla y León crea un grupo de trabajo formado por representantes de todas las provincias castellano-leonesas. Se llega al acuerdo, respecto al objetivo de la escala, de que ésta debe aplicarse teniendo en cuenta una concepción evolutiva del niño y la valoración debe ser coherente de forma global con respecto a la situación de salud y desarrollo, y también con el marco teórico por el que se define la situación de dependencia.

Se sugiere que de forma general no se tendrá en cuenta una frecuencia, distancia o tiempo para el cumplimiento de los hitos, sino que éstos deben responder a la funcionalidad en la vida diaria del niño. Los hitos deben alcanzarse teniendo en cuenta que se valora siempre la orientación, intencionalidad y capacidad motora para la realización del mismo y la dependencia vendrá determinada por el desajuste con respecto al desarrollo para la edad esperado.

En la tabla 82 y la tabla 83 se presentan las aclaraciones realizadas por el grupo de trabajo, que ayudan a entender mejor las instrucciones y a consensuar la forma de valorar en Castilla y León. Se incluyen los hitos de las actividades motriz y adaptativa que requieren más precisión.

Tabla 82. Actividad motriz. Aclaraciones sobre el manual de instrucciones.

Hito actividad motriz	Aclaración a la definición del manual de instrucciones.
Ajusta el tono muscular	Existiría ajuste del tono muscular cuando hay actividad espontánea en determinados hitos evolutivos: volteo funcional, sedestación activa, adquisición de la marcha.

Mantiene la postura simétrica	<p>Como pauta para la valoración, se puede atender a la capacidad para modificar la postura o valorar la posibilidad de elevación de los cuatro miembros a partir del plano de apoyo para determinar el cumplimiento del hito.</p> <p>En casos de plagiocefalia se puede considerar que no cumple con el ítem si el problema de salud impide al menor pasar de la línea media</p>
Tiene actividad espontánea	Ladea la cabeza para liberar las vías respiratorias (nariz) y/o agita libremente los brazos en decúbito supino. Se entiende que el cumplimiento de cualquiera de las dos opciones da por superado el ítem
Gira sobre sí mismo	Es positivo aunque sea en un sentido y hacia un lado solamente –desde supino o prono
Se mantiene sentado sin apoyo	Tiene que existir sedestación activa. Es muy importante tener en cuenta la posibilidad de que el menor libere las manos.
Da pasos con apoyo	<p>La marcha con apoyo debe ser funcional (debe servir para que el niño avance), aunque exista marcha alterada.</p> <p>Debe existir pie de apoyo y pie adelantado secuenciado, con disociación del hemicuerpo.</p>
Anda solo	<p>Debe existir marcha funcional adaptada a la marcha normal en función de la edad del menor.</p> <p>Como orientación para la valoración, el menor debe ser capaz de parar y reiniciar la marcha (cambiando también la orientación)</p>
Sube escaleras sin ayuda	<p>No tiene que subir una escalera entera, basta con un par – tres escalones</p> <p>Tiene que hacerlo solo, sin ayuda y en todo momento estar coordinado y orientado.</p> <p>Las escaleras de su casa serían la referencia, pero en cualquier caso una escalera estándar con escalones de 20 centímetros de altura.</p>
Empuja la pelota con los pies	No se valora el chutar, se valora el desplazar la pelota empujando con los pies de forma intencionada
Baja escaleras sin ayuda	<p>No tiene que bajar una escalera entera, basta con un par/ tres escalones</p> <p>Tiene que hacerlo solo, sin ayuda y en todo momento estar coordinado y orientado.</p> <p>Las escaleras de su casa serían la referencia, pero en cualquier caso una escalera estándar con escalones de 20 centímetros de altura</p>
Traslada recipientes con contenido	<p>Como recipiente puede valer cualquiera que sea manejable por el menor a los treinta meses. Puede ser un vaso con agua, un frasco con gominolas o una cajita con juguetes, lleno entre <math>\frac{1}{2}</math> y <math>\frac{3}{4}</math>.</p> <p>Debe existir comprensión de la acción, percepción del contenido, control y equilibrio suficientes (propio, del continente y contenido).</p>
Anda sorteando obstáculos	Tiene que poder comprender que son obstáculos y que debe esquivarlos o pasarlos/saltarlos, sin chocar con ellos impidiendo su marcha.
Se sostiene sobre un pie sin apoyo	Como en el resto de hitos, no se establece frecuencia, distancia o plazo temporal. Siguiendo el estándar habitual de otras escalas de valoración (Brunet Lézine – R) se puede dar por alcanzado el hito tras 2-3 segundos manteniendo la postura.

Tabla 83. Actividad adaptativa. Aclaraciones sobre el manual de instrucciones.

Hito actividad adaptativa	Aclaración a la definición del manual de instrucciones.
Succiona	Se valora la capacidad de succión que permita la alimentación, independientemente de que se alimente por vía oral y/o mediante nutrición artificial por cualquier motivo no relacionado con la capacidad de succión.

	En el caso de fisuras, labio leporino..., se valora con su chupete (chupete – tetina)-adaptado.
Fija la mirada	Ante déficit visual por estructura o porque no hay funcionalidad para fijar la mirada (dentro del campo visual del menor) como mecanismo para prestar atención sobre el rostro de un adulto, no se da por adquirido (en casos de TGD o TEA, si no existe capacidad para fijar la mirada, igualmente se marcaría el hito como no adquirido).
Sigue la trayectoria de un objeto	El objeto (no puede utilizarse el rostro humano) debe estar siempre dentro del campo visual del menor.
Sostiene un sonajero	Se debe atender a la intencionalidad porque el menor debe interactuar con el objeto, sostenerlo e interactuar agitándolo, chupando, prestándole atención.
Tiende la mano hacia un objeto	Tiene que existir sedestación activa. Es muy importante tener en cuenta la posibilidad de que el menor libere las manos.
Sostiene un objeto de cada mano	Se le ofrecen a la altura de sus manos y debe sostener un objeto en cada una. Si no puede por cualquier patología que afecte a estructura o función, el hito no estaría adquirido.
Pasa un objeto de una mano a otra	El hito se da por adquirido pasando un objeto de una mano a otra en cualquier dirección. El movimiento debe ser funcional: pasar el objeto y sujetarlo tras cogerlo con la mano receptora.
Tira de un cordón para alcanzar un juguete	Se valora la intencionalidad siempre. Debe existir función, si no tira del cordón porque no ve, no existe desempeño y el ítem no está adquirido, pero el déficit visual no excluye la posibilidad de cumplimiento del hito (mostrándole el objeto por otros medios perceptivos: auditivo, táctil).
Manipula el contenido de un recipiente	Para la valoración se utilizará cualquier recipiente donde quepan sus juguetes, que sea asequible al niño y no sea peligroso,. Una caja o cajón.
Abre cajones	Se introduce uno de sus juguetes y se le anima a cogerlo. Por tanto, más allá de la capacidad para abrir y cerrar, debe existir también intencionalidad en la acción.
Bebe solo	Tiene que beber varios tragos sosteniendo el vaso o taza sin ayuda. Debe de beber solo de modo funcional. El recipiente puede ser un vaso, taza o botellita y puede tener asas o no. Se valora la acción de beber, no el hecho de succionar (quedaría descartada la botella con pitorro). Si no existe costumbre, pero sí capacidad, se dará por cumplido el hito. Durante la valoración se le podrá requerir varios intentos para que pueda beber, por ejemplo, de una botella pequeña de agua.
Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	Como ejemplo se le ofrece un yogurt con una cuchara, pero se puede tener en cuenta el uso del tenedor y la capacidad para pinchar varios pedacitos o porciones de comida y llevarlos a la boca. Tiene que poder comer solo unas cucharaditas o porciones de forma funcional.
Se quita una prenda de vestir	Se da por válida la posibilidad de quitarse cualquier prenda de vestir, no por acto reflejo, sino con intencionalidad, control de la acción y orientación.
Abre una puerta	Debe valorarse ante una puerta normal. Lo deseable es que fueran las que hay en su domicilio particular (su habitación, el lavabo o baño) Lo debe hacer solo, sin apoyo de otras personas. Si el menor debido a su estatura no alcanza el pomo o manilla, pero puede utilizar cualquier sistema (banco) para alcanzarlo y con éste abre la puerta solo, se da por adquirido el hito
Se pone una prenda de	Se da por válida la posibilidad de colocarse cualquier prenda de vestir, con

vestir	intencionalidad, control de la acción y orientación
Abre un grifo	Debe ser capaz de obtener agua y se valora la intencionalidad, control de la acción y orientación. El tipo de grifo debiera ser el que tuviera en su domicilio particular

Destacamos como importante a la hora de valorar ambas actividades el tener en cuenta la funcionalidad de la acción, atendiendo a la capacidad del niño para realizar él solo una actividad. Si por edad un niño ha de ser capaz de hacer algo y no se lo han enseñado, podemos hacer varios ensayos y observar su capacidad para aprenderlo, pues la falta de práctica no es un motivo para no ser capaz de poder desempeñar una actividad.

En conclusión, el manual de instrucciones es sencillo, describe los aspectos a valorar de una forma simple, lo que ayuda a la comprensión, pero no hace referencia a cómo considerar algunos aspectos generales del desarrollo en niños que tienen dificultades, bien físicas (por ejemplo niños con una hemiparesia, que no puede coger con dos manos, con acondroplasia, que no llega al pomo de una puerta, etc.) o dificultades relacionadas con el desarrollo general (por ejemplo, un niño del espectro del autismo que puede abrir cajones pero de forma estereotipada, o que no mira cuando estamos en su campo visual a la edad de 24 meses). Este aspecto ha podido influir en la falta de consenso observado desde la práctica en los Centros Base de Castilla y León, que ha pretendido resolverse con acuerdos entre los evaluadores, teniendo como referencia el espíritu de la Ley 39/2006.

## 6.6. RESUMEN DE RESULTADOS

### 6.6.1. Introducción

En los apartados anteriores hemos ido presentando los diferentes datos obtenidos de los análisis descriptivos, así como de algunos análisis basados en la Teoría Clásica de los Test, para aportar evidencias que describan las cualidades de medición de la EVE. Se ha pretendido comprobar las hipótesis que nos ayuden a despejar los interrogantes que han motivado esta investigación.

Se resumen las hipótesis planteadas con los resultados. También se incluye un resumen de los datos descriptivos presentados a través del perfil del niño en situación de

dependencia en Castilla y León. Se presenta, por último, la ficha técnica de la EVE como una manera de resumir sus cualidades métricas de la escala.

### 6.6.2. Comprobación de hipótesis

En el capítulo 5 planteamos una serie de hipótesis que se retoman ahora para exponer los resultados obtenidos y poder resumir las principales conclusiones.

**Hipótesis 1:** No existen diferencias en la valoración de la situación de dependencia entre niños y niñas. La EVE no está sesgada en función del género.

Hemos comprobado que en la muestra de Castilla y León no hay diferencias en el nivel de dependencia alcanzado por el género de los niños, lo cual es algo esperable, pues no teníamos sospecha de que estuviera sesgada a favor de algún género.

**Hipótesis 2:** Existe una distribución uniforme entre los diferentes niveles de dependencia alcanzados y los diferentes periodos de edad en los que se aplica la EVE.

No hemos podido confirmar esta hipótesis.

Su planteamiento ha partido de Ley 39 / 2006, que señala que la valoración de cada niño ha de hacerse en comparación al funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad. Inicialmente planteamos que no ha de haber diferencias en los grados de dependencia según la edad de los niños, por lo que podremos concluir que la EVE no favorece más a unos niveles de edad que a otros.

Nuestros datos sugieren que en la muestra de Castilla y León hay diferencias en el nivel de dependencia alcanzado. La dependencia es más frecuente en los niños pequeños, se benefician más los niños entre los 0 y los 5 meses. Además existe una asociación significativa y directa que nos sugiere que a mayor edad, mayor nivel de dependencia, es decir, los niños más mayores que tienen dependencia, es más probable que tengan los niveles más altos.

**Hipótesis 3:** Existe relación entre la puntuación de dependencia y el grado de discapacidad. Esperamos que a mayor grado de dependencia mayor será el grado de discapacidad.

Hemos comprobado que esta hipótesis es cierta. Cuanto mayor es la dependencia mayor es la discapacidad, lo que es coherente con el planteamiento teórico y con lo que también ocurre en personas mayores. Pero hemos encontrado en nuestros datos que puede

darse la condición de tener dependencia, pero no discapacidad, lo que es menos probable que ocurra en los mayores de tres años.

**Hipótesis 4:** No hay diferencias entre el tipo de discapacidad y el grado de dependencia alcanzado. El tipo de discapacidad (física, psíquica, sensorial visual, sensorial auditiva y pluridiscapacidad) no está relacionada con el grado de dependencia, esto nos sugiere que la EVE no favorece más a unos niños que a otros por la condición de su discapacidad.

No se ha confirmado esta hipótesis. En la muestra del Centro Base de Valladolid los grados de dependencia alcanzados parecen depender del tipo de discapacidad. La conclusión más inmediata es que es probable, como se planteó al inicio de esta investigación, que la EVE pueda favorecer más a un tipo de discapacidad que a otra.

**Hipótesis 5:** No hay diferencias entre los diagnósticos que se utilizan para establecer el trastorno de un niño a través de la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) y el grado de dependencia. Se espera, por el mismo motivo que en la hipótesis anterior que la EVE no favorezca más a unos niños que a otros en función de su trastorno en el desarrollo.

No se ha confirmado esta hipótesis con los datos de la muestra del Centro Base de Valladolid. Esto nos lleva a pensar que puede haber diferencias entre la dependencia alcanzada y el diagnóstico según la ODAT, y que la EVE puede favorecer más a unas categorías diagnósticas que a otras, lo que también se planteó al inicio de esta investigación. Además nos hemos encontrado con algunas incoherencias, como que con un desarrollo evolutivo calificado de normal o próximo a la normalidad se pueda alcanzar un grado 2 de dependencia. Esto nos puede sugerir o que hay un problema de salud importante (probablemente asociado a la variable peso) o que en la escala se puntúa como dependientes a niños que no deberían serlo; en definitiva, esto es un problema con los falsos positivos (la especificidad de la escala).

**Hipótesis 6:** A mayor grado de dependencia se esperan puntuaciones menos elevadas en el cociente de desarrollo total de la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R. Si el nivel de desarrollo de un niño se encuentra en los límites normales o con ligero desfase esperamos que tenga adecuado funcionamiento y por tanto obtenga un

grado 0 de dependencia. A medida que hay más retraso en el desarrollo, valorado con la escala anterior, será mayor el grado de dependencia por las dificultades del niño en el desempeño de las actividades.

Se confirma esta hipótesis con los datos de la muestra del Centro Base de Valladolid. En consecuencia, hay relación entre los grados de dependencia y las puntuaciones en la escala del desarrollo. Además es significativa e inversa: a mayor puntuación en desarrollo, menor puntuación en dependencia.

**Hipótesis 7:** La actividad motriz de la EVE está asociada con el cociente de desarrollo postural de la escala Brunet Lézine-R. Si encontramos una relación altamente significativa e inversa entre estas variables y no significativa con el resto de cocientes de desarrollo que mide la escala Brunet Lézine-R, obtenemos una evidencia a través de un criterio de la validez de la actividad motriz.

Hemos confirmado, en parte, esta hipótesis con la muestra del Centro Base de Valladolid. Podemos afirmar que hay asociación moderada y significativa entre la actividad motriz y la escala postural, un aspecto importante para afirmar que una parte de la puntuación en esta actividad está asociada al desarrollo postural. Pero otra parte parece estar asociada, aunque de forma menos intensa, con las escalas de coordinación, social y del lenguaje. Parte de la actividad motriz está midiendo desarrollo postural en diferentes posiciones, que tienen que ver con las funciones y actividades de movilidad (RD 507/2011).

**Hipótesis 8:** La actividad adaptativa de la EVE está asociada con el cociente de desarrollo de coordinación y social de la escala Brunet Lézine-R. Si encontramos una relación significativa e inversa entre estas variables y no significativa con el resto de cocientes de desarrollo que mide la escala Brunet Lézine-R, obtenemos una evidencia a través de un criterio de la validez de la actividad adaptativa.

Hemos confirmado, en parte, esta hipótesis con la muestra del Centro Base de Valladolid. Encontramos que la actividad adaptativa está asociada de forma moderada y significativa a la coordinación; pero también, con menor intensidad, con el desarrollo postural, social y del lenguaje. Concluimos que con nuestros datos, es probable que la actividad adaptativa incluya aspectos más generales del desarrollo infantil, que tienen que ver con las funciones y actividades de adaptación general al medio (RD 507/2011).

### **6.6.3. Perfil del niño en situación de dependencia en Castilla y León**

De las valoraciones realizadas en Castilla y León, en un 64% de las ocasiones un niño puede estar en una situación de dependencia.

Es más probable que sea un varón y que se encuentre en un tramo de edad entre 0 y 5 meses. Al aplicarle la EVE habrá más posibilidades de que obtenga un grado 2 en la situación de dependencia, por lo que se le volverá a aplicar la EVE cuando tenga 6 meses de edad; en esta ocasión es más probable que alcance un grado 0.

Se trata de un niño que tiene bajo peso (entre 1.100 y 1.500 gramos), sin problemas en las funciones vitales (alimentación, respiración, función renal y/o urinaria, función antiálgica y función inmunológica). Esta situación hace que tenga un grado 2 en salud. Respecto al desarrollo tiene un grado 0.

A pesar de tener dependencia es muy probable que este niño no tenga discapacidad o no alcance el mínimo del 33 %.

Si nos circunscribimos al Centro Base de Valladolid y en concreto a las valoraciones realizadas por la psicólogo, también es más probable que el niño valorado en situación de dependencia sea un varón entre 11 y 17 meses que no tiene discapacidad, pero en caso de que la tuviera hay más posibilidades de que se trate de una discapacidad psíquica (retraso madurativo). La derivación para la valoración procede del pediatra, al detectar signos de alerta en su desarrollo derivados de circunstancias de riesgo, como la edad gestacional (menor de 37 semanas de gestación) y el peso menor de 1.500 gramos. Esto supone para su desarrollo una situación de riesgo neurológico, asociado con toda probabilidad a la prematuridad y al bajo peso al nacimiento. En cuanto al diagnóstico, es más frecuente que tenga un desarrollo evolutivo próximo a la normalidad si se le compara respecto a su edad cronológica corregida, con un desfase entre 2 y 3 meses respecto a su edad cronológica, o bien que se le diagnostique retraso evolutivo según la ODAT. Es probable que obtenga un cociente de desarrollo global próximo a 80 en la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R, así como un grado 2 de dependencia.



#### 6.6.4. Características Métricas: La ficha técnica de la EVE

Nombre: Escala de Valoración Específica: EVE.

Objetivo: Valoración de la situación de dependencia, así como su severidad, determinada en grados: Grado 1: Dependencia moderada, Grado 2: Dependencia severa y Grado 3: Gran dependencia.

Se compara el funcionamiento del menor con el esperado para los niños de su edad.

Edad de aplicación: De 0 a 35 meses.

Tiempo de aplicación: Dependiendo de la edad del menor, entre 5 y 20 minutos.

Descripción: Consta de dos medidas: el grado de salud y el grado de desarrollo.

- Grado de salud: Se tiene en cuenta el peso en el nacimiento (3 ítems), la movilidad (11 ítems) y las medidas de soporte para funciones vitales (17 ítems).
- Grado de desarrollo: Se tiene en cuenta la actividad motriz del niño (19 ítems) y la actividad adaptativa (19 ítems).

Forma de aplicación: En una situación lo más cómoda para el niño, en su entorno natural, se observa el desempeño; es decir, si es capaz de realizar o no determinados hitos del desarrollo sin ayuda de otra persona.

Se puntúa como SÍ o NO, dependiendo de si el niño es capaz o no de hacer una determinada actividad él solo.

Material: No necesita un material concreto.

Evidencias de Fiabilidad:

- Alfa de Cronbach para el grado de desarrollo: 0,968, para la actividad motriz: 0,941 y para la actividad adaptativa: 0,935.
- Coeficiente Kappa de Cohen de 0,964 para la actividad motriz y 0,925 para la adaptativa (cálculo de la muestra piloto).

Evidencias de Validez:

- Se sigue una lógica adecuada en la discriminación de los ítems en los diferentes grados de dependencia, de tal forma que los niños que no están en situación de dependencia obtienen puntuaciones más bajas que los que sí están.
- La correlación significativa entre la EVE y un criterio externo (el cociente de desarrollo global de la escala Brunet Lézine-R) es de -0,49. La EVE está midiendo, entre otros aspectos, el desarrollo general de los niños, de tal manera que a mayor puntuación en el nivel de desarrollo, menor será el grado de dependencia.
- En la actividad motriz se están midiendo aspectos que tienen que ver con el desarrollo postural en la posición dorsal, ventral, sentada y de pie. También, en menor medida, incluye actividades que tienen que ver con la coordinación, desarrollo social y del lenguaje.
- En la actividad adaptativa se mide el desarrollo que tienen que ver con la coordinación visomotora, que está implicada en la prensión y comportamiento con los objetos; pero también, aunque en menor intensidad, el desarrollo postural, la adquisición de la toma de conciencia de sí mismo, de las relaciones con los otros y del lenguaje.

Sensibilidad: Situando como punto de corte el grado 1 la sensibilidad es de 94% y el valor predictivo positivo (VPP) es del 41 %.

Especificidad: Situando el punto de corte en el grado 1 la especificidad es de 0,49% y el valor predictivo negativo (VPN) de 95%

Sensibilidad y especificidad:

El punto de corte donde la EVE tiene más validez diagnóstica, se muestra más eficaz, es en el grado 2.

- Índice de precisión= 0,73
- Índice de Youden= 0,53
- Sensibilidad= 85%
- Especificidad= 68%
- Valor Predictivo Positivo, VPP= 50%

- Valor Predictivo Negativo, VPN= 92%
- Área bajo la curva ROC, AUC=0,83

El punto de corte donde la actividad adaptativa tiene más validez diagnóstica es en el grado 2.

- Índice de precisión= 0,79
- Índice de Youden= 0,54
- Sensibilidad= 72%
- Especificidad= 82%
- Valor Predictivo Positivo, VPP= 61%
- Valor Predictivo Negativo, VPN= 89%
- Área bajo la curva ROC, AUC=0,82

El punto de corte donde la actividad motriz tiene más validez es en el grado 3.

- Índice de precisión= 0,80
- Índice de Youden= 0,49
- Sensibilidad= 63%
- Especificidad= 86%
- Valor Predictivo Positivo, VPP= 64%
- Valor Predictivo Negativo, VPN= 86%
- Área bajo la curva ROC, AUC=0,76

## **BLOQUE 3: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

## **CAPÍTULO 7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

### **7.1. INTRODUCCIÓN**

La investigación llevada a cabo ha tenido como objetivo fundamental analizar desde un punto de vista descriptivo los datos obtenidos en una muestra de niños de Castilla y León a los que se les ha valorado la situación de dependencia, con objeto de describir desde la práctica el funcionamiento de la Escala de Valoración Específica (EVE). Para ello se han fijado unos objetivos e hipótesis que han ayudado a encaminar esta investigación. Aportamos unos resultados y conclusiones que pretenden ser una fuente de información para posteriores investigaciones interesadas en profundizar en la valoración de la situación de dependencia infantil.

El punto de partida ha sido un estudio realizado por el Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana (2012), en el que se exponen ciertos interrogantes de cómo está funcionando la EVE en cuanto a la clasificación de los niños en situación o no de dependencia. Este tema preocupa en el sector de trabajo de la Atención Temprana, en el que se encuentra la autora de esta investigación, pues la Ley 39/2006 de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia incluye como prestación para los niños el Servicio de Atención Temprana como un servicio del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Por tanto, el hecho de que un niño tenga un grado 0, 1, 2 o 3 en dependencia, valorado con la EVE, supone que pueda estar incluido o no, junto con su familia, en un programa de atención temprana.

Para ir desarrollando este estudio el primer paso fue investigar sobre los orígenes de la EVE, herramienta que ha sido publicada en un boletín oficial del Estado para su aplicación sin que se incluyan los datos de sus cualidades métricas, por lo que no se despejan las dudas de su funcionamiento. Se trata de una herramienta de evaluación que se utiliza en todo el territorio español, por tanto ampliamente utilizada. Hemos conocido algunos datos de su validación con una muestra piloto, lo que ha supuesto un estímulo para diseñar los pasos de este estudio, de tipo descriptivo y con una metodología de investigación *ex post facto* que se describe en los capítulos 4 y 5.

La revisión del marco teórico se ha centrado en los documentos oficiales que marcan las directrices en la valoración de dependencia, y que lógicamente han de estar en sintonía

con los principios de la Ley 39/2006. Si entendemos lo que medimos es más fácil comprender el funcionamiento de la herramienta que utilizamos para ello; el problema que nos hemos encontrado es que la mayor parte de información se limita a la valoración de personas mayores, la auténtica población diana de esta Ley. No obstante, reconocemos como importante que en ella se haya incluido a los menores de tres años y a sus familias. Hemos analizado la información más relevante para adaptarla al caso de los niños pequeños, lo que se incluye en el capítulo 1.

Estamos de acuerdo con otros profesionales de la atención temprana en que ésta no ha de limitarse sólo a la Ley 39/2006, aunque pensamos que es un acierto que se haya incluido en el catálogo de prestaciones, lo que se ha justificado desde un punto de vista teórico en el capítulo 2. Este hecho supone, por un lado, el reconocimiento oficial de la atención temprana como un procedimiento de intervención útil, y por otro la posibilidad de dar estabilidad y homogeneidad a los servicios de atención a niños pequeños y a sus familias.

Por razones eminentemente prácticas y de disponibilidad de los datos, se ha utilizado una muestra de niños de Castilla y León que acuden a los Centros Base de cada provincia para la valoración no sólo de la situación de dependencia, sino también de las necesidades de atención temprana. También hemos dispuesto de datos más concretos de una muestra del Centro Base de Valladolid, lugar de trabajo de la autora de este estudio; por este motivo nos hemos centrado, en el capítulo 3, en detallar el Servicio de Atención Temprana de esta Comunidad.

Para finalizar esta tesis doctoral ofrecemos en este capítulo las conclusiones obtenidas de todo el proceso de investigación desarrollado.

## **7.2. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

El trabajo que hemos llevado a cabo nos ha permitido resumir las características de niños valorados con la Escala de Valoración Específica (EVE) en Castilla y León durante los cinco primeros años de implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, así como conocer mejor cómo funciona dicha escala en menores de 0 a 35 meses.

La conclusión general a la que llegamos es que existen evidencias de que es una herramienta que nos permite valorar de forma sencilla y rápida la situación de dependencia en menores, pero hay evidencias que sugieren que puede mejorar su validez.

La mayoría de los interrogantes planteados al inicio de esta investigación se resuelven al poder responder a ellos con el análisis realizado. Otros requieren de un análisis más profundo a nivel metodológico, que no se ha sido objeto de esta investigación.

A continuación iremos destacando las principales conclusiones que dan respuesta a las inquietudes que motivaron este estudio, y que se refieren a la muestra de Castilla y León. No es prudente extrapolar a la población lo que ocurre, pues no se ha realizado ni un muestreo aleatorio, ni un estudio experimental con control de variables que garanticen la generalización.

#### 1- Coherencia de la EVE con los planteamientos de la Ley 39/2006

La valoración de menores de tres años supone un mínimo porcentaje respecto a la valoración de todas las personas en el territorio español. No obstante, la impresión que obtenemos es que los esfuerzos para la construcción de la EVE se han ajustado a los principios marcados por la Ley 39/2006 respecto a la evaluación.

En el baremo de valoración se tiene en cuenta el nivel evolutivo de un niño, lo que permite ajustarse a la CIF a la hora de valorar el retardo en el desarrollo, aunque conviene revisar los ítems que se incluyen en cada momento evolutivo. Se ha comprobado que hay periodos evolutivos peor representados en la variable dependencia. Esto inmediatamente sugiere que se podrían revisar los ítems y su distribución por niveles de desarrollo, pues como sospechábamos desde el inicio de este estudio, hay tramos de edad que están escasamente cubiertos por los hitos, como también se ha comprobado con el análisis de Rasch y su mapa de ítems-personas realizado en el estudio piloto. Se observa que hay mayor concentración de ítems para los niveles más extremos de dependencia. La EVE es apta para la evaluación de la dependencia en niveles altos de la misma, lo que no tiene por qué coincidir con los grados establecidos.

Como delimita la Ley, la EVE divide a los niños en diferentes grados de dependencia. El grado 1 es el que peor comportamiento tiene, hemos descrito que dicho grado es incoherente a la hora de discriminar a los niños. Parece conveniente revisar los criterios de seguir utilizando este grado como punto de corte entre tener o no la condición de

dependencia; en este nivel hay un número alto de falsos positivos, lo que supone que la herramienta tenga una baja especificidad. La EVE es más eficaz en los grados 2 y 3 y en los niveles evolutivos mayores.

Siguiendo con la Ley 39/2006, es un hecho que la valoración de la situación de dependencia se ha integrado en los Servicios Sociales. En concreto en Castilla y León se valora a los niños por los mismos equipos que valoran el desarrollo general en Atención Temprana, lo que ha supuesto en este sentido un criterio de eficiencia en cuanto al costo de los recursos personales.

## 2- Comportamiento de la EVE según las características de la muestra

La EVE es una herramienta que valora por igual la situación de dependencia en niños y niñas, pero no ocurre lo mismo respecto a la edad, pues hemos encontrado que hay asociación entre los diferentes grados de dependencia y los tramos en los que se puede categorizar la variable edad. De esta forma, cuando un niño está entre 0 y 5 meses es probable que tenga un grado 2, entre 6 y 11 meses un grado 0, entre 12 y 17 meses un grado 0, entre 18 y 23 meses un grado 2, entre 24 y 29 meses un grado 3 y entre 30 y 35 meses un grado 3. Habitualmente, el grado menos probable es el 1.

En cada tramo de edad en la actividad motriz y adaptativa hay ítems en los que obtener un “SÍ” o un “NO” en uno solo de ellos supone que se cambie el grado de dependencia, lo que es importante, pues conlleva un cambio en la prestación a la que el niño y su familia tienen derecho (validez basada en aspectos consecuenciales).

Hemos confirmado nuestras sospechas de que hay niños que por su situación de discapacidad, de riesgo y trastorno en el desarrollo pueden verse favorecidos o perjudicados en la valoración de la dependencia, lo que también se planteó al inicio de esta investigación.

También existe asociación entre el grado de dependencia y el tipo de discapacidad, el diagnóstico y circunstancia de riesgo en el desarrollo de un niño.

En nuestra muestra hay más probabilidad de que un niño pequeño tenga dependencia que discapacidad. Estas dos variables están relacionadas de manera directa, de tal forma que cuanto mayor sea la dependencia mayor será la discapacidad. Esto parece lógico y coherente desde un punto de vista teórico, aunque no debería de haber desigualdades en la valoración de la dependencia por el tipo de discapacidad, lo que no parece que esté tan claro, como se ha



comentado anteriormente. Hemos comprobado que la discapacidad psíquica se concentra en los grados 2 y 3, seguida de la pluridiscapacidad con un grado 3. También hay diferencias respecto a la discapacidad sensorial, siendo los niños con discapacidad visual más beneficiados en la EVE que los de la auditiva.

Al tener en cuenta las situaciones de riesgo en el desarrollo tienen más beneficio las asociadas a bajas semanas de gestación y bajo peso, situaciones que tienen que ver más con la prematuridad.

Si nos centramos en el diagnóstico es menos probable que estén en situación de dependencia los niños con retraso motor y con dificultades en la comunicación y lenguaje. El diagnóstico más frecuente en nuestra muestra es el retraso evolutivo. Cuando es moderado o grave (3 meses o más) lo más probable es que vaya asociado a un grado 2 de dependencia. En niños con leve retraso es más frecuente un grado 0.

Además nos hemos encontrado con algunas incoherencias, como que con un desarrollo evolutivo calificado de normal o próximo a la normalidad se pueda alcanzar un grado 2 de dependencia. Esto nos puede sugerir o que hay un problema de salud importante (probablemente asociado a la variable peso) o que en la escala se puntuó como dependientes a niños que no deberían serlo. En definitiva, esto es un problema con los falsos positivos (la especificidad de la escala). Si rompemos una lanza a favor de la EVE y estos resultados, podemos afirmar que es sensible a detectar circunstancia de riesgo en los niños, lo que permite incorporarlos en un programa de atención y es muy probable que favorezca un desarrollo mejor y que se aminoren las consecuencias negativas de esa situación de riesgo en el desarrollo.

La EVE se puede aplicar a un niño en diferentes ocasiones. Hemos comprobado en nuestra muestra de Castilla y León que el número de valoraciones por tramo de edad decrece con el aumento de la misma, que a la mitad de los niños se les realiza una única valoración y que sólo un porcentaje mínimo llega a tener 6 valoraciones, el máximo posible. No sabemos a qué se debe, pero sí podemos intuir que puede haber influido el hecho de haber estado en una situación de dependencia en edades más tempranas y haber tenido acceso a un programa de atención que mejora su desarrollo global.

Respecto al grado de salud, aunque no ha tenido tanto protagonismo en este estudio, hemos comprobado que no es independiente de la puntuación total en dependencia. En nuestra muestra castellano leonesa la mayoría de niños evaluados han tenido un grado 0 en

salud, pero en los que han obtenido una puntuación mayor que 0, ésta sí ha influido en el grado de dependencia. La conclusión es que puede resultar interesante averiguar lo que contribuye el grado de salud en la dependencia en comparación a lo que puede contribuir la variable de desarrollo. Destacamos la variable peso al nacimiento como determinante en la puntuación de los niños hasta los 6 meses. La discusión que se plantea es si realmente tiene que tener tanta importancia respecto al resto de variables o si debe extenderse más allá de este periodo su puntuación. Lo que sí que tenemos en cuenta las personas que trabajamos con niños pequeños en la optimización del desarrollo es que el peso está relacionado con las funciones del aparato digestivo, cardiocirculatorio, respiratorio, endocrino y neurológico, por tanto sí parece una variable a tener en cuenta. El resto de variables del desarrollo (medidas de soporte para funciones vitales y movilidad), aunque importantes para la puntuación en el grado de dependencia, tienen una frecuencia mínima en nuestra muestra.

### 3- Estabilidad de las puntuaciones obtenidas con la EVE

La EVE alcanza un grado de fiabilidad adecuado cuando se estima a partir de la consistencia interna, según los datos aportados en esta investigación como los del estudio piloto.

Los ítems que menos aportan a la fiabilidad de la escala son: En la actividad motriz el 1, el 3 y el 19, y en la actividad adaptativa el 1 y el 19.

### 4- Evidencias de lo que se mide con la EVE

Por lo que respecta a cómo mide la EVE lo que dice que mide encontramos que hay aspectos en los que funciona adecuadamente y otros que conviene revisar.

Si el objetivo es que la escala tenga un contenido que sea lógico y representativo de lo que se pretende medir podemos decir que en la muestra piloto se aportan evidencias de la representatividad y pertinencia de los ítems de las actividades motriz y adaptativa, evaluada por el juicio de expertos.

Hemos ampliado esta evidencia, entendiendo que el contenido no es sólo la representatividad de ítems, sino también el de las diferentes variables que incluye la EVE. Para ello se ha analizado el poder discriminativo de las puntuaciones obtenidas en el grado de salud y en el de desarrollo. Los resultados nos indican que el contenido al que hace referencia

la variable de desarrollo es coherente respecto a cómo discrimina entre sujetos con diferente nivel en dependencia, mientras que el grado de salud en nuestra muestra diferencia peor entre los distintos grados, sobre todo entre el grado 0 y 1, lo que afecta al grado total de dependencia. Se sugiere que sería interesante comprobar la ponderación que se asigna a las variables de salud, en caso de que el objetivo sea discriminar de forma homogénea entre los diferentes grados.

El aspecto sustantivo de la EVE, estudiado con el análisis de las frecuencias en las respuestas de síes y noes en los diferentes grados de dependencia, nos permite analizar la consistencia observada en las repuestas. Destacamos la incoherencia teórica de las respuestas “NO”. Esto puede explicarse por la forma de puntuar en las diferentes variables (la puntuación la determina el primer “NO” en un hito). Con nuestros datos, podemos decir que el grado 1 no cumple un orden lógico. Según las respuestas podríamos prescindir de él a la hora de interpretar las puntuaciones y mantener más coherencia con los niveles 0, 2 y 3, situando a partir del grado dos la condición de estar en situación de dependencia.

Si el objetivo de la escala es comparar el desenvolvimiento de un niño respecto a lo esperado para su edad, como se especifica en el manual de instrucciones, podemos decir que se cumple moderadamente. Es decir, con la muestra de niños en el Centro Base de Valladolid hemos encontrado una asociación moderada e inversa entre el grado de dependencia y el desarrollo psicomotor de los niños, medido con la escala Brunet Lézine-R. Esta asociación es una evidencia de la validez externa de la EVE que nos permite concluir que a mayor puntuación en dependencia menor será el nivel de desarrollo psicomotor.

Si el funcionamiento lo medimos con la movilidad (actividad motriz) nos encontramos que una parte moderada-alta de la variación de las puntuaciones de la EVE se puede atribuir al desarrollo postural, lo que es coherente con el propósito de la escala. Quizá la actividad adaptativa, que mide funciones y actividades de adaptación al medio, es la parte de la escala que más asociación tiene con distintas variables del desarrollo, pues tiene relación con puntuaciones que tienen que ver con la coordinación perceptivo-cognitiva (en hitos que tienen en cuenta las estructuras sensoriales), aspectos posturales (en hitos que tienen que ver con los movimientos necesarios para desempeñar una actividad) y en aspectos sociales (en hitos que tienen que ver con la autonomía e interacción). La asociación más baja en ambas escalas se produce con aspectos que miden el lenguaje, lo que puede justificar que los niños con diagnóstico de dificultades en comunicación y lenguaje puntúen menos en dependencia.

Con los datos obtenidos, no podemos negar que la actividad motriz mide, entre otros aspectos, el desarrollo motor y la actividad adaptativa, el desarrollo más general y que por tanto abarca más funciones en el desenvolvimiento de un niño.

Una de las discusiones que planteamos al inicio de esta investigación, y que tiene que ver con el desarrollo evolutivo, es el tipo de actividades de la vida diaria que se tienen en cuenta. El planteamiento teórico indica que se ha de observar la ayuda que necesita una persona en las actividades de la vida diaria para considerar que está en una situación de dependencia. De esta forma, si el objetivo es medir las actividades de la vida diaria, que se realizan de forma autónoma, encontramos sentido al planteamiento teórico expuesto: en el periodo de edad que evalúa la EVE aún no han aparecido todas las actividades básicas, como alimentación, aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Analizando las correlaciones de las variables de la EVE con las de la escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R podemos argumentar que es posible agrupar en la escala motriz y adaptativa los hitos en niveles de edad y ABVD, siguiendo una lógica teórica. En la actividad motriz: un primer grupo, del hito 4 al 9, puede hacer referencia a los prerrequisitos para los cambios de posición del cuerpo de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD comprende el desarrollo evolutivo desde los 4 a 11 meses. Un segundo grupo, del hito 15-19, puede hacer referencia al desplazamiento dentro del hogar de las ABVD e incluye el periodo evolutivo desde los 24 a los 33 meses. En la actividad adaptativa: un primer grupo (hitos del 12 al 14) se refiere al inicio de la adquisición de hábitos de autonomía, en el periodo de los 18 y hasta los 24, centrado en actividades como beber y usar cubiertos, habilidades incluidas en las ABVD. Un segundo grupo (hitos del 14 al 19) pueden incluir hábitos de autonomía y desenvolvimiento en el espacio. Comprende la etapa evolutiva desde los 24 a los 33 meses, en la cual se van consolidando hábitos como reconocimiento de espacios por su función, así como quitarse y ponerse prendas de ropa, lo que también se refiere a las ABVD. Esta reflexión apoyada en la teoría puede servir de base para hacer un estudio más detallado que justifique un análisis factorial confirmatorio.

Si el objetivo es detectar correctamente a los niños dependientes que van a recibir una prestación y rechazar a los no dependientes, la EVE muestra debilidades, particularmente con los falsos positivos; es decir, con los niños que se consideran en situación de dependencia y no la tienen. Hemos comprobado con los cálculos de la sensibilidad, especificidad y otros índices de ajuste realizados a través del análisis ROC y con un criterio estándar referido al retraso en el desarrollo, que situar el punto de corte en el grado 1 no es la mejor opción para

conseguir que la EVE sea eficaz y eficiente, pues se está incluyendo como dependientes a niños que no lo son (en cuanto al criterio de retraso), lo que implica un coste en los recursos consumidos. También nos interesa analizar lo que pasa con los niños que son dependientes pero no superan el punto de corte (los falsos negativos), lo que tendría consecuencias para la validez social de la prueba. Este caso se analiza con el valor predictivo negativo, que nos indica que en un 5% de los casos la EVE fallaría al dejarlos fuera de la protección de la Ley. Si tratamos de establecer la mejor relación entre la eficacia y la eficiencia, los datos nos sugieren que el punto de corte mejor se sitúa en el grado 2, como también comprobamos al analizar la discriminación de las respuestas en los distintos grados de dependencia. En este caso conseguimos que disminuyan los falsos positivos hasta un nivel más aceptable, manteniendo una adecuada sensibilidad y disminuyendo ligeramente la validez predictiva negativa. Los datos con la actividad motriz nos sugieren que el punto donde mejor sensibilidad y especificidad se obtiene es en el grado 3. En este caso es donde mejor se comportan los falsos positivos, aunque la sensibilidad disminuye ligeramente hasta un nivel en el límite de lo aceptable. En la actividad adaptativa el mejor punto de corte está en el grado 2, con niveles adecuados tanto en la especificidad como sensibilidad. Cuando se usa como criterio estándar el grado de discapacidad, la EVE tiene peor funcionamiento al clasificar a los niños. Su punto de corte óptimo se sitúa en el grado 2, con una sensibilidad adecuada, pero con una alta tasa de falsos positivos que disminuyen su especificidad. En este caso el valor predictivo positivo es muy bajo, pues del total de niños clasificados como dependientes acertaremos en un 20% de los casos. En definitiva, la evidencia de la validez de la EVE a través de su sensibilidad y especificidad nos indica que permite clasificar bien a los niños que tiene dependencia, pero asumir una elevada probabilidad de obtener falsos positivos puede suponer una limitación para su uso, aunque esto dependerá del contexto en el que se utilice. Si se utiliza únicamente como un primer filtro para volver a aplicar, esperando evolución del niño o mejora de sus condiciones de salud, no debería ser un grave problema, pues la sensibilidad es buena, aunque su eficacia se pone en tela de juicio, pues un número elevado de niños estaría incluido en un catálogo de prestaciones que no le corresponde.

##### 5- Lo que se puede mejorar de la EVE

En primer lugar sugerimos un cambio de nombre: Escala de Valoración Específica no sugiere lo que se va a observar.

En segundo lugar, incluir en el manual de instrucciones especificaciones para establecer una coherencia entre los evaluadores cuando se observa a niños con determinados trastornos del desarrollo o problemas de salud.

En tercer lugar, creemos conveniente revisar los grados que se establecen, que no tiene que ver con la valoración de adultos, pues éstos vienen delimitados por la cantidad de apoyos que necesitan. En el caso de la EVE hemos comprobado que los grados van más asociados al retraso o retardo en el desarrollo. Las incoherencias del grado 1 (asociado a un retraso leve) en las variables que se han descrito en este estudio sugieren que sería interesante eliminarlo, lo cual supone una revisión de las puntuaciones del baremo.

En cuarto lugar, sugerimos revisar la variable salud. No concuerda con el planteamiento teórico el hecho de que haya pocos niños en nuestra muestra que puntúen; es decir, la mayoría de los niños valorados no tienen dificultades en salud y sí alcanzan la condición de dependientes.

Por último, es susceptible de mejora la especificidad de la escala, pero hemos visto que aumentar este parámetro es a costa de perjudicar otros, por lo que se plantea un análisis más profundo de la estructura interna.

#### 6- Los puntos fuertes de la EVE

Es una escala fácil y rápida de aplicar, que no requiere de material complicado o de difícil acceso. Cumple los criterios establecidos por la Ley 39/2006.

Permite detectar a niños en situación de dependencia de forma temprana, lo que es un beneficio para ellos y las familias.

Es estable, con un adecuado índice de fiabilidad y en líneas generales mide lo que pretende medir, pues es eficaz detectando a los niños que verdaderamente son dependientes.

### **7.3. INNOVACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Destacamos como mayor aportación de esta investigación el conocimiento que desde la práctica se ofrece del uso de la EVE, lo que aporta un punto de partida para facilitar y estimular un análisis más detallado que mejore la calidad de dicha escala.

La ley 39/2006 no fue pensada para la infancia, aunque posteriormente se tuvo en cuenta la valoración de menores. Abordar la valoración de dependencia en niños, es una forma de dar visibilidad a este colectivo y de reforzar un planteamiento teórico que hemos expuesto en esta investigación, y que tiene que ver con el hecho de que se puede estar en una situación de dependencia a cualquier edad, aunque pensamos que no se tiene por qué manifestar de la misma forma en todas las edades.

Se ha hecho referencia a la CIF-IA: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la infancia y adolescencia (OMS, 2011) aún no publicada cuando se diseñó la EVE. Hemos visto que incluye matices a la clasificación de los niños que se pueden describir en la EVE, como por ejemplo el concepto de retardo en el desarrollo.

En todos los años de aplicación de la Ley 39/2006, tan sólo hemos conocido publicado el estudio del Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana (2012); por tanto los datos aportados, sobretodo de sensibilidad y especificidad de la escala son toda una novedad.

#### **7.4. LIMITACIONES Y LÍNEAS DE MEJORA**

El trabajo llevado a cabo nos ha permitido describir, para llegar a entenderlo, el funcionamiento de la EVE. Somos conscientes de que a pesar de haber intentado ser rigurosos en los pasos de la investigación, ésta tiene sus defectos y limitaciones. Señalaremos los siguientes:

En primer lugar, la muestra utilizada, no aleatoria, lo que ya limita la generalización de las conclusiones.

En segundo lugar, los análisis llevados a cabo han sido fundamentalmente descriptivos y en ocasiones se ha buscado asociación o relación entre variables utilizando el estadístico Chi-cuadrado, que sabemos que es sensible al tamaño de las muestras y a la violación del supuesto de normalidad. Para el tipo de estudio de tipo exploratorio y ex post facto que se ha realizado estos análisis son adecuados, pero no tienen la suficiente potencia a la hora de tomar decisiones.

En tercer lugar, la utilización de la prueba de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine-R. Se han utilizado los resultados de dicha prueba como variables para realizar el análisis de la validez de criterio de la EVE. El problema que plantea se refiere a los datos de su validación, que no son demasiado claros, ni están realizados con una muestra española. También se ha usado como variable estándar a la hora del cálculo de la sensibilidad y especificidad de la EVE, por lo que puede ocurrir que haya habido un sesgo de medición.

Sin duda, la realización de este estudio puede ser un estímulo para futuras investigaciones que ahonden más en la validación de la EVE, pues se ha argumentado que pueden hacerse mejora a la misma. Además no debemos de olvidar que es una escala de obligado uso para el análisis de la situación de dependencia de menores en el marco de la Ley 39/2006. Desde nuestro punto de vista, esto supone que ha de haber un mayor interés en que responda a los objetivos para los que se diseña.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, F. J., Garrido, J., Olea, J., y Pondosa, V. (2006). *Introducción a la psicometría*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Abellán, A., Esparza, C. y Pérez, J. (2011) Evolución y estructura de la población en situación de dependencia. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 29(1), 43-67.
- Abellán, A., Esparza, C., Castejón, P. y Pérez, J. (2011). Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta sanitaria*. 25(2), 5-11.
- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación del Alumnado con Necesidades Educativas Especiales (2010). *Atención Temprana. Progresos y Desarrollo 2005-2010*. Recuperado de [https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments\\_ECI-report-ES.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-ES.pdf)
- Alonso, J. M. (2001). *Apoyos y obstáculos de la nueva normativa político-social para la atención temprana*. Simposium SIPOSO 3.
- Álvarez, J. (2009). Correlaciones clínico-biológicas del envejecimiento: desde el gen a la dependencia. En J. Álvarez y J. F. Macías (Ed.), *Dependencia en geriatría* (pp. 29-40). Salamanca, España: Universidad de Salamanca.
- Arias, F. (2012) *El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica*. Caracas, Venezuela: Episteme.
- Arias, R. (2015). *Conocimiento matemático para la enseñanza en la formación inicial de maestros de primaria: el caso de las propiedades aritméticas suma y multiplicación*. (Tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Arias, V. B. (2012) *Sintomatología hiperactiva en niños de 5 a 7 años: Calibración de dos instrumentos de evaluación mediante modelos de Teoría de Respuesta a los Ítems*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Ariño, S. (2001). La tecnología RAI. Herramienta para gestión de calidad total en atención sociosanitaria. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 36 (3), 135-139.
- Asamblea General de Naciones Unidas (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (2015). *XV Dictamen del Observatorio de la Dependencia*. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XV%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO%20meu.pdf>
- Asociación Psiquiátrica Americana (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Balbontín, A. (2011). Autonomía personal y situación de Dependencia. Conceptos básicos. En *Servicios para la prevención y atención a la dependencia*. Conferencia llevada a cabo en el Curso AECID, Montevideo, Uruguay.
- Barriga, L., Brezmes, M. J., García, G. y Ramírez, J. M., (2015). *XIV Dictamen del Observatorio de la Dependencia*. Recuperado de <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XIV%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO.pdf>
- Belda, J. C. y Casbas, I. (2012). Saber lo que no hay que hacer en Atención Temprana. *Desenvolupament Infantil I Atenció Precoç*. (34), 1-8.
- Belda, J. C. (27 de octubre de 2006). Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT). *Revista Minusval*. (159), 26-27.
- Bennett, F. C. (1989). Eficacia de una intervención precoz en niños con mayor riesgo biológico. En M. J. Guralnick y F. C. Bennett (Ed.), *Eficacia de una intervención Precoz en niños Minusválidos y en Situación de Riesgo* (pp 95-144). Madrid, España: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Berdullas, S., Albarracín, D. y Martín, E. (Noviembre de 2006). Según los expertos, el posible baremo para la valoración de la dependencia no contempla los aspectos psicológicos. *INFOCOP*. (30), 20-22
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: La Muralla.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (Noviembre de 1974). Is early intervention effective? *Day care and early education*. 2(2), 14-18.
- Burgueño, M. J., García J. L. y González J. M. (1995). Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Medicina clínica*. 104(17), 661-670.
- Calvo, J. F. y Tejero, J. M. (2008). *Atención Temprana*. Focad (Formación Continua a Distancia). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Candel, I. (1998). Atención Temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales. *Revista Atención Temprana Murcia*. 1(1), 9-15.
- Candel, I. (2004). Prevención desde el ámbito educativo: patologías no evidentes. En J. Pérez-López y A. Brito (Ed.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 119-132). Madrid, España: Pirámide.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. Análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch.

- Cerda, J. y Cifuentes, L. (Abril de 2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica. Aspectos teórico-prácticos. *Revista chilena de infectología*. 29(2), 138-141.
- Cohen, J. (Abril de 1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*. (20), 37-46.
- Cohen, L. y Manion L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: Arco libros - La Muralla.
- Costas, C. (Agosto de 2009). Evaluación del desarrollo en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(2) 39-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419063004>
- Crocker, L. M., y Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Cronbach, L. J. (Septiembre de 1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*. (16), 297-334.
- De Linares, C. y Rodríguez, T. (2004). Bases de la intervención familiar en atención temprana. En J. Pérez-López, A. Brito (Ed.), *Manual de Atención Temprana* (pp. 333-351). Madrid: Pirámide.
- Defensor del Pueblo (2000). *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología*. Recuperado de <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atenci%C3%B3n-sociosanitaria-en-Espa%C3%B1a-perspectiva-gerontol%C3%B3gica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>
- Equipo de Investigación Sociológica (2007). *Validación de la organización Diagnóstica de Atención Temprana*. Recuperado de <http://www.redescepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/ATENCION%20TEMPRANA/VALIDACION%20DE%20LA%20ORGANIZACION%20DIAGNOSTICA%20EN%20AT.pdf>
- Esparís, M., García, M., Martínez, G., Meis, M., Piñeiro, C., Ponte, J.,..., Romero, M. (2011) *Estudio Deza-Salnes sobre Atención Temprana y Dependencia* (2011). Ferrol: Asociación Gallega de Atención Temprana. Recuperado de <http://atenciontemprana.com/wp-content/uploads/2015/09/Ley-dependencia-atencion-temprana.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la Evaluación Psicológica I y II*. Madrid: Pirámide.
- Garcés, J. (2000). *La nueva sostenibilidad social*. Barcelona: Ariel.
- García, D. (2011). Instrumento de evaluación de funcionalidad en niños con discapacidad: Una comparación descriptiva entre The Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) y Ther Pediatric Evaluation of Disability Inventory

(PEDI). *Revista de Rehabilitación Integral*. 6(2), 79-86.

García, E. (1993). *Introducción a la Psicometría*. Madrid: Siglo XXI.

García-Primo, A., Hellendoorn, A., Charman, T., Roeyers, H. (Noviembre de 2014). Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 23 (11), 1005-1021.

García-Sánchez, F. (2014). Atención Temprana: enfoque centrado en la familia. En AELFA (Ed.), *XXIX Congreso AELFA*. Logopedia: evolución, transformación y futuro (pp. 286-302). Madrid: AELFA.

García-Sánchez, F., Escorcía, C., Sánchez-López, M., Orcajada, N. y Hernández-Pérez, E. (2014). Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo cero*. 45(3), 6-27.

Giné, C., Gracia, M., Vilaseca, R. y Balcells, A. (Agosto de 2009). Trabajar con las familias en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 23(2), 95-113.

Gobierno de Cantabria (2007a). *Valoración de la dependencia de 0 a 3 años*. Recuperado de [http://atenciontemprana.com/wpcontent/uploads/2015/09/valoracion\\_depend\\_3\\_anos.pdf](http://atenciontemprana.com/wpcontent/uploads/2015/09/valoracion_depend_3_anos.pdf)

Gobierno de Cantabria (2007b). *Hablando de dependencia... Protección de los niños y niñas menores de tres años*. Recuperado de <http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Le yDependenciaProteccion3.pdf>

Gómez, L. (2010). *Evaluación de la Calidad de Vida en Servicios Sociales: Validación y Calibración de la Escala GENCAT*. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Salamanca.

González-Montesinos, M. (2008). Análisis de Reactivos a través del Modelo de Rasch. Recuperado de <http://www.winsteps.com/a/recursos-offline.pdf>

Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado de <http://katalogoa.siiis.net/Record/150809>

Grupo de Atención Temprana (2004a). *Organización diagnóstica en Atención Temprana (ODAT)*. Recuperado de [http://www.siiis.net/docs/ficheros/200502040002\\_24\\_1.pdf](http://www.siiis.net/docs/ficheros/200502040002_24_1.pdf)

Grupo de Atención Temprana (2004b). *Organización diagnóstica en Atención Temprana (ODAT). Manual de Instrucciones*. Recuperado de <http://www.atenciontemprana-atai.org/publicaciones/odat2004.pdf>

Grupo de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Recuperado de [http://www.siiis.net/docs/ficheros/200601250003\\_24\\_0.pdf](http://www.siiis.net/docs/ficheros/200601250003_24_0.pdf)

- Grupo de Atención Temprana (2008). *Manual Descriptivo ODAT. Actualización 2008*. Recuperado de <http://srvodat.alc.upv.es/docs/es/ODAT%20-%20Libro%202008.pdf>
- Grupo de Atención Temprana (2011). *Nivel III de la ODAT. Intervención en Atención Temprana*. Recuperado de [https://gatatenciontemprana.files.wordpress.com/2014/01/nivel\\_2011\\_definitivo.pdf](https://gatatenciontemprana.files.wordpress.com/2014/01/nivel_2011_definitivo.pdf)
- Grupo de Atención Temprana (2013). *La realidad de la Atención Temprana en España*. Recuperado de [http://www.sisis.net/docs/ficheros/doc\\_atencion\\_temprana\\_2013.pdf](http://www.sisis.net/docs/ficheros/doc_atencion_temprana_2013.pdf)
- Grupo de Atención Temprana y Asociación Galega de Atención Temprana (2012). *Atención temprana y Dependencia. Estudio Preliminar*. Recuperado de <http://www.sefip.org/ficheros/noticiasbreves/AtencionTempranayDependencia.Estudio%20preliminar.pdf>
- Guardia, J., Freixa, M., Però, M. y Turbany, J. (2007). *Análisis de datos en Psicología*. Madrid: Delta.
- Gútiérrez, P. (2005). Atención Temprana. En P. Gútiérrez (Ed.), *Atención temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp. 3-61). Madrid, España: Editorial Complutense.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias u Estados de Salud (EDDES)*. Recuperado de [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259925266821&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259925266821&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis).
- Instituto Nacional de Estadística (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD)*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Análisis de las estadísticas sobre discapacidad derivadas de la Encuesta de Población Activa (EPA)*. Recuperado de [http://www.ine.es/metodologia/t22/analisis\\_epa\\_epd.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t22/analisis_epa_epd.pdf)
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1994). *Guías para la evaluación de las Deficiencias permanentes*. Recuperado de <http://sid.usal.es/libros/discapacidad/3307/8-1/guias-para-la-evaluacion-de-las-deficiencias-permanentes.aspx>
- Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) (2006). Proceso de validación. Estudio de las propiedades psicométricas. En *Instrumento para la valoración de la dependencia en niños de 0 a 3 años (IVD 0-3)*. Conferencia llevada a cabo en Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Izal, M., Montorio, I., Nuevo, R. y Pérez-Rojo, G. (Julio de 2007). Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión

- Geriatrica. *Revista española de geriatría y gerontología*. 42(4), 227-232.
- Jiménez, A. (2005). *Las personas con dependencia en Castilla y León*. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26966/Informe\\_personas\\_dependencia\\_CyL.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26966/Informe_personas_dependencia_CyL.pdf)
- Josse, D. (1997). *Escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia Brunet Lézine – Revisada*. Madrid: Psymtéc.
- Junta de Andalucía (2012). Tabla de equivalencias entre la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Recuperado de [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_3\\_c\\_1\\_vida\\_sana/infancia\\_y\\_salud/tabla\\_equivalencias.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/infancia_y_salud/tabla_equivalencias.pdf)
- Kane, R. y Kane, R. (2000). *Assessing older persons: measures, meaning, and practical applications*. Nueva York: Oxford University press.
- León, O. y Montero, I. (1996). *Diseño de Investigaciones. Introducción a la lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid: McGraw Hill.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE* (299), 44142- 44156.
- Lozano, O. M. (2005). *Construcción de un Test para Medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud, Específico para Drogodependientes* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Martínez-Arias, M. R. (2005). *Psicometría: Teoría de los Test Psicológicos y Educativos*. Madrid: Editorial SINTESIS, S.A.
- Martínez-Arias, M. R., Hernández M. J. y Hernández, M. V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Matson, J., y Kozlowski, A. (2011). The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. (5), 418-425.
- McWilliam, R. A. (2010). *Routines-Based Early Intervention. Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore: Brookes.
- Messick, S. (Marzo de 1989). Meaning and values in test validation: The science and ethics of assessment. *Educational Researcher*. 18(2), 5-11.
- Michel, J. P., Kressig, R. y Gold, G. (1997). Dependency: possible risk or inevitable outcome. *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 127 (43), 1796-1801.
- Millá, M. G. y Mulas, F. (2005). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia. Promolibro.
- Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. (2011). *Informe del gobierno para la evaluación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las*

- personas en situación de dependencia*. Recuperado de [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ie\\_2011\\_informeevaluacion.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ie_2011_informeevaluacion.pdf)
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2004). *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. Recuperado de <http://www.copib.es/pdf/Vocalies/Clinica/20140612atencion.pdf>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ibroblanco.pdf>
- Muñiz, J. (1990). *Teoría de Respuesta a los ítems. Un nuevo enfoque en la evolución psicológica y educativa*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2000). *Teoría Clásica de los Tests*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los Test: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems. *Papeles del Psicólogo*. 31(1), 57-66.
- Muñiz, J. y Fonseca-Pedrero E. (2008). Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de Investigación en Educación*. (5), 13-25.
- Namakforoosh, M. (2005) *Metodología de la Investigación*. México: Limusa.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Shea (Febrero de 2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. *Boletín sobre el envejecimiento*. (6), 1-26.
- OMS (1980): *Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM)*, OMS Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- OMS (2000). *Towards an International Consensus on Policy for Long Term Care of the Aging*. Recuperado de <http://www.milbank.org/uploads/documents/000712oms.pdf>
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>
- OMS (2002). *Current and future long-term care needs*. Recuperado de [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc\\_needs.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf)
- OMS (2011). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: Versión para la infancia y adolescencia (CIF-IA)*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81610/1/9789243547329\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81610/1/9789243547329_spa.pdf)
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. y Versieck, K.(2000). *Social Protection for Dependency in Old Age: A study of the fifteen EU Member States and Norway*. Hampshire: Ashgat.

- Padilla, J. L., Gómez, J., Hidalgo, M. J. y Muñiz, J. (2006). La evaluación de las consecuencias del uso de los tests en la teoría de validez. *Psicothema*. 18(2), 307-312.
- Pardo, A. y Ruiz, M. A. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGrawHill.
- Passas, M. (2012). *Cálculo del umbral (GRACE score) en el síndrome coronario agudo mediante curva ROC*. (Tesis de maestría). Universidad de Granada, Granada.
- Pérez-López, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana. En J. Pérez-López y A. Brito (Eds.). *Manual de Atención Temprana*. Madrid (pp.27-44) Madrid: Pirámide.
- Pérez-López, J. (2009). Atención Temprana: nuevos retos en el siglo XXI. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 65, 17-20.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y Familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea, S.A.
- Peterander, F. (1999). *El futuro de la intervención temprana: calidad y profesionalidad*. IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Recuperado de [https://webs.um.es/fags/atenciontemprana/documentos/miaat/peterander\\_1999\\_futuro\\_at.pdf](https://webs.um.es/fags/atenciontemprana/documentos/miaat/peterander_1999_futuro_at.pdf)
- Pina, J. (2007). *Análisis de un modelo de seguimiento en atención temprana*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense, Madrid.
- Piñeiro, D. J. y Bustamante, M. H. (2005). *Ecocardiografía para la toma de decisiones clínicas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Pita, S. y Pértegas, S. (2003). Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria*. (10), 120-124.
- Polonio, B. y Romero, D. (2008). Autonomía personal y actividades de la vida diaria. En B. Polonio, M. Castellanos e I. Viana (Eds.), *Terapia Ocupacional en la Infancia. Teoría y Práctica*. (pp 121-130). Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Prieto, G. y Delgado A. (2003). Análisis de un test mediante el modelo de Rasch. *Psicothema*. 15(1), 94-100.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 31(1), 67-74.
- Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*. (77), 65-71.
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad / Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Recuperado de [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7174/Discapacidad\\_dependencia.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7174/Discapacidad_dependencia.pdf)



- Rasch, G. (1960). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Chicago: MESA Press.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpé.
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *BOE*. (22), 3317- 3410
- Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*. (96), 17646- 17685.
- Real Decreto 174/ 2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*. (42), 18567- 1869.
- Rivero, T. y Salvá, A. (2011). El Baremo para la valoración de las situaciones de Dependencia en España. *Revista Actas para la Dependencia*. (2), 5-28.
- Rodríguez, E. (2012). La medición de la dependencia: qué tenemos y qué necesitamos. Recuperado de [https://www.upo.es/cades/export/sites/catedra-economia-salud/galerias/Publicaciones/DT\\_2012\\_4\\_La\\_medicion\\_de\\_la\\_dependencia.pdf](https://www.upo.es/cades/export/sites/catedra-economia-salud/galerias/Publicaciones/DT_2012_4_La_medicion_de_la_dependencia.pdf)
- Rodríguez, P. (1998). El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social*. (112), 33-63.
- Romero, D. (Diciembre de 2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de Psicología*. 23(2), 264-271.
- Ruiz, V., Méndez, A. y Echevarría, A. (2007). *Valoración de la Dependencia 0 a 3 años*. Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.
- Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. En W. Kessen (Ed), *Handbook of child psychology: Vol. 1. History, theories, and methods* (pp.238-294). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (1987). The social context of development. En N. Eisenberg (Ed), *Contemporary topic in developmental psychology* (pp. 273-291). New York: Wiley.
- Sameroff, A. J. (1993). Models of development and developmental risk. En C. Zeanah (Ed), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.
- Sánchez, J. C. y Cobo, P. (2013). Las reformas de la valoración de las situaciones de dependencia. Perspectivas de futuro. *Revista Actas para la Dependencia*. (7), 7-20.
- Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things.

- American Journal of Psychology*. (15), 72-101.
- SPSS (2010). *SPSS, V. 19* (programa informático). Chicago, Illinois: SPSS Inc.
- TEA Ediciones (2012). Evaluación e intervención en Atención Temprana.
- Thorndike, R. M. (1997). *Measurement and evaluation in Psychology and Education*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Torres, J. y Perera, V. (2009). Cálculo de la fiabilidad y concordancia entre codificadores de un sistema de categorías para el estudio del foro online en e-learning. *Revista de Investigación Educativa*. 27(1), 89-103.
- Urbina, S. (2007). *Tests psicológicos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Valcarce, A. (2006). Una apuesta decidida por la atención temprana. *Minusval*. (159), 19-20.
- Verdugo, M. A. (Noviembre de 2006). Implicaciones de la Ley de Dependencia. *INFOCOP*. (30), 23-25.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Navas, P. (2014). La escala de diagnóstico de conducta adaptativa (DABS): Aplicaciones prácticas. *Siglo cero*. 45(1), 8-23.

## ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de Atención Temprana y Valoración de la situación de Dependencia.

Anexo 2: Informe de salud.

Anexo 3: Normativa estatal y autonómica.

Anexo 4: BOE de 18 de febrero de 2011. RD 174/2011. Anexo IV. Instrucciones para la aplicación de la escalad de valoración específica de la situación de dependencia en edades de cero a tres años (EVE).

## **Anexo 1: Solicitud de valoración temprana y valoración de la situación de dependencia**



Consejería de  
Familia e Igualdad  
de Oportunidades  
Gerencia de Servicios Sociales



## Solicitud de Atención Temprana y valoración de la situación de dependencia

Para todos los menores de tres años y los no escolarizados entre tres y seis años  
(Antes de cumplimentar los datos, lea las instrucciones que figuran al dorso)

### 1. Datos del menor

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

### 2. Datos de la persona que actúa en representación del menor

(padre / madre o persona a quien corresponde el ejercicio de la patria potestad)

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ DNI/NIE: \_\_\_\_\_  
Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Relación con el interesado

Padre/madre Tutor

### 3. Domicilio familiar

Calle/Avenida/Plaza: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### 4. Domicilio a efectos de notificaciones (solo si es diferente del domicilio familiar)

Calle/Avenida/Plaza: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

### 5. Solicitud de otras prestaciones a las que pudiera tener derecho

#### al amparo de la Ley 39/2006

Prestación económica de cuidados en el entorno familiar\*. (Compatible con Atención Temprana en Grados II y III).

Servicio de ayuda a domicilio. Prestación económica vinculada al servicio de ayuda a domicilio\*.

Prestación económica de asistencia personal\*. (Solo para mayores de 3 años).

\*Datos bancarios para el ingreso de la prestación económica (ver instrucciones).

Nº IBAN

### 6. ¿Ha solicitado o va a solicitar la ampliación del permiso

de maternidad/paternidad? (ver instrucciones)

Sí No

### 7. Datos de residencia

Indique si el niño en caso de ser mayor de cinco años, o su padre, madre o tutor si es menor de cinco años, ha residido legalmente en España durante 5 años: Sí No

Indique si de esos 5 años, 2 han sido consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de esta solicitud:

Sí No Si la respuesta es afirmativa, indique las localidades en las que ha estado empadronado en dichos periodos: \_\_\_\_\_

### 8. Motivo de la solicitud

\_\_\_\_\_

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:** Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y que conozco mi obligación de comunicar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, cualquier variación que pudiera producirse en las circunstancias personales del solicitante: domicilio, cuidador, servicios públicos recibidos, ingreso en centros hospitalarios o asistenciales...

**ME COMPROMETO** a facilitar el seguimiento y control de las prestaciones, incluido el acceso al domicilio, por parte de los profesionales competentes.

**CONSENTIMIENTO PARA LA CESIÓN DE DATOS.** Doy mi consentimiento, a los efectos de asegurar una correcta valoración de la situación personal, familiar y social y conseguir la eficiencia y optimización de los recursos públicos sociales y sanitarios, para la utilización en este procedimiento de los datos y la información relativa a mis solicitudes y demandas de servicios sociales, así como de las valoraciones e informes existentes para el acceso al sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, para la cesión de datos personales y sanitarios de la Gerencia Regional de Salud a la Gerencia de Servicios Sociales y para la cesión de datos personales y relativos a la situación de dependencia de la Gerencia de Servicios Sociales a la Gerencia Regional de Salud.

**AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES DEL INTERESADO**

Es obligatorio marcar una de las dos opciones siguientes. Si no marca ninguna será necesario subsanar la solicitud, y se retrasará la tramitación del expediente

Doy mi consentimiento para que se consulten de forma telemática o a través de otros medios, los datos de identidad del menor y de su representante, los de residencia en el servicio de verificación de datos de residencia y los datos económicos y patrimoniales del menor, necesarios para la determinación de la capacidad económica.

No doy mi consentimiento. *(Si no da su consentimiento, debe aportar la siguiente documentación: copia del Documento Nacional de Identidad o copia de la tarjeta acreditativa de la condición de residente, en vigor, en el caso de personas que carezcan de la nacionalidad española, tanto del menor como de su representante; declaración responsable comprensiva de los ingresos y del patrimonio del menor. Si es titular de rentas de cualquier naturaleza o de bienes patrimoniales, deberá además, aportar los documentos acreditativos correspondientes).*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma del representante

Firma del padre / de la madre / del tutor

**Gerencia Territorial de Servicios Sociales** \_\_\_\_\_

**Instrucciones para cumplimentar la solicitud**

- Escriba con claridad y con letras mayúsculas.
- **Datos bancarios.** Si no solicita una prestación económica no debe cumplimentarlos. Si solicita una de las prestaciones marcadas con \* puede indicar la cuenta bancaria donde se le ingresará el importe de la prestación, una vez que se le conceda. Si no facilita estos datos en este momento, se le requerirán con posterioridad a la resolución que reconozca la prestación económica. El titular de la cuenta bancaria debe ser el padre/madre o tutor del menor.
- Ampliación del permiso de maternidad/paternidad: la declaración de la situación de dependencia per-mite acreditar la discapacidad del hijo a efectos de solicitar dos semanas de ampliación del permiso ante el organismo que corresponda.

**Entregue junto a esta solicitud la siguiente documentación.** Con ello facilita el inicio de la atención.

- Informe sobre las condiciones de salud del menor (modelo normalizado).
- Copia del Libro de Familia o documento que lo sustituya.
- Copia del certificado de empadronamiento de la unidad familiar a la que pertenece el menor en el que figuren las fechas de alta.

## **Anexo 2: Informe de salud**



### INFORME DE SALUD

Para solicitud de prestaciones sociales para niños de 0 a 35 meses

<b>Fecha:</b>	<b>Nombre y Apellidos del niño/a:</b>
<b>Pediatra de referencia:</b>	
<b>CIAS:</b>	
<b>Centro de salud/Hospital:</b>	
<b>Tfno:</b>	
<b>Fecha nacimiento:</b>	
<b>CIP:</b>	
<b>Nombre y apellidos de los padres/tutores:</b>	
<b>Dirección (calle, nº, piso, letra, Población, CP):</b>	
<b>Tfno.</b>	

Antecedentes Personales	
Peso al nacer:	gramos

Situación de salud y problemas en el desarrollo psicomotor:				
Fecha inicio	Problema de salud	CIE10*	Evolución	Brotos último mes

Tratamientos farmacológicos y otras medidas terapéuticas (higiénico-dietético, rehabilitador...)

Cuidados: Medidas de soporte para funciones vitales (para niños de 0 a 35 meses)	
<p><b>Alimentación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica exclusiva</li> <li><input type="checkbox"/> Parenteral exclusiva</li> <li><input type="checkbox"/> Alimentación por estoma</li> <li><input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica complementaria vía oral</li> <li><input type="checkbox"/> Parenteral complementaria de la vía oral</li> <li><input type="checkbox"/> Estoma eferente</li> </ul> <p><b>Respiración:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Respiración mecánico</li> <li><input type="checkbox"/> Monitor permanente de apneas</li> <li><input type="checkbox"/> Aspiración continuada</li> <li><input type="checkbox"/> Oxigenoterapia permanente</li> </ul> <p><b>Función Renal y/o Urinaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diálisis</li> <li><input type="checkbox"/> Sondaje vesical permanente</li> <li><input type="checkbox"/> Estoma urinario</li> </ul> <p><b>Función Antiálgica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bomba de perfusión</li> <li><input type="checkbox"/> Catéter epidural permanente</li> </ul>	<p><b>Función Inmunológica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aislamiento</li> <li><input type="checkbox"/> Semiaislamiento/mascarilla permanente</li> </ul> <p><b>Medidas para la Movilidad (niños entre 6 y 35 meses):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fijación vertebral externa</li> <li><input type="checkbox"/> Fijación pelvipédica</li> <li><input type="checkbox"/> Fijación de la cintura pélvica</li> <li><input type="checkbox"/> Tracción esquelética continua</li> <li><input type="checkbox"/> Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior</li> <li><input type="checkbox"/> Casco protector</li> <li><input type="checkbox"/> Vendaje corporal</li> <li><input type="checkbox"/> Protección lumínica permanente</li> <li><input type="checkbox"/> Procesador de implante coclear</li> <li><input type="checkbox"/> Bomba de insulina</li> </ul> <p><b>Otros Cuidados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Imposibilidad de asistencia a un centro normalizado por prescripción facultativa</li> <li><input type="checkbox"/> Adaptaciones por déficit sensorial</li> <li><input type="checkbox"/> Adaptaciones de movilidad</li> </ul>











\*Códigos CIE 10: <http://eciemap.s.mspsi.es/>

Firma


















## Anexo 3: Normativa autonómica y estatal sobre dependencia


















### NORMATIVA AUTONÓMICA:

-  Orden FAM/73/2012, de 15 febrero, modifica la Orden FAM/824/2007 por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y atención a la Dependencia (715 kbytes)
-  Resolución de 14 de febrero de 2012, del Gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se aprueba el modelo de solicitud de acceso a los servicios sociales y de valoración de la situación de dependencia (450 kbytes)
-  Resolución de 9 de junio de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se determina el contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal (934 kbytes)
-  Orden FAM/763/2011, de 6 de junio, por la que se regulan las prestaciones de la Dependencia en Castilla y León, el cálculo de la capacidad económica y las medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales (5619 kbytes)
-  Resolución de 11 de marzo de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales por la que se dispone la aplicación, con carácter provisional, de las cuantías máximas aprobadas por el Real Decreto 374/2010 sobre prestaciones económicas de la Ley 39/2006 (994 kbytes)
-  Convenio de colaboración entre la Administración General del Estado y la Comunidad de Castilla y León, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, establecimiento y financiación del nivel de protección (295 kbytes)
-  Resolución de la Gerencia de Servicios Sociales, de Castilla y León, por la que se delega el ejercicio de competencias en las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales (66 kbytes)
-  Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, por la que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslados en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores dependientes (1342 kbytes)
-  Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por la que se regula el baremo para la valoración de las solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en Castilla y León (297 kbytes)
-  Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. (164 kbytes)




## **NORMATIVA ESTATAL:**

-  Resolución de 3 de agosto 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por el que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de dependencia en grado I (163 kbytes)
-  Resolución de 15 de junio de 2011, Acuerdo por el que se actualizan las variables previstas en el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos para la financiación de la dependencia 2010-2013 (657 kbytes)
-  Real Decreto 570/2011, de 20 de abril que modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, ejercicio 2011 (196 kbytes)
-  Real Decreto 569/2011, de 20 de abril, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para el ejercicio 2011 (178 kbytes)
-  Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo (222 kbytes)
-  Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 (2044 kbytes)
-  Resolución de 4 de noviembre de 2010, por la que se publica el Acuerdo sobre los criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y el importe de prestaciones económicas personas reconocidas en situación de dependencia en grado I. (208 kbytes)
-  Resolución de 15 de julio de 2010, Acuerdo por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración del Estado para la financiación durante 2010-2013 del nivel acordado, previsto Ley 39/2006 (609 kbytes)
-  Resolución de 29 de junio de 2010, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia (1677 kbytes)
-  Corrección de erratas de la Resolución de 29 de junio de 2010 (151 kbytes)
-  Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Dependencia para el ejercicio 2010 (183 kbytes)
-  Resolución de 24 marzo de 2010, por la que se convoca el curso de formación para la habilitación como asesor o evaluador de las unidades de competencia de las cualificaciones profesionales Atención sociosanitaria a personas dependientes (367 kbytes)
-  Resolución de 24 de febrero de 2010, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se convoca la concesión de ayudas de atención a la dependencia durante el año 2010 (426 kbytes)
-  Resolución de 4 febrero de 2010, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, para la mejora de la calidad de la prestación económica para cuidadores en el entorno familiar (177 kbytes)
-  Resolución de 4 de febrero de 2010, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en

materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia (274 kbytes)

-  Real Decreto 99/2009, de 6 de febrero, modifica el Real Decreto 614/2007, sobre nivel mínimo de protección del sistema de dependencia (179 kbytes)
-  Real Decreto 74/2009, de 30 de enero, por el que se determina el nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia para el ejercicio 2009 (181 kbytes)
-  Corrección de errores del Real Decreto 74/2009, de 30 de enero (154 kbytes)
-  Real Decreto 73/2009, de 30 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2009 (189 kbytes)
-  Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD (72 kbytes)
-  Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD (55 kbytes)
-  Resolución de 8 de agosto 2008, Acuerdo del Consejo de Ministros, por el que se formalizan los créditos destinados a la cofinanciación de planes y programas (217 kbytes)
-  Resolución de 8 de agosto 2008, Acuerdo de Consejo de Ministros, por el que se aprueba el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto de créditos de la Administración General del Estado para financiación a la dependencia (356 kbytes)
-  Real Decreto 179/2008, de 8 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 6/2008, de 11 de enero. (74 kbytes)
-  Real Decreto 6/2008, de 11 de enero, determinación del nivel mínimo de protección garantizado a los beneficiarios a la Dependencia en el ejercicio 2008 (53 kbytes)
-  Real Decreto 7/2008, de 11 de enero, sobre las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2008 (53 kbytes)
-  Orden TAS/2632/2007, de 7 de septiembre por la que se modifica la Orden TAS/2865/2003, de 13 de octubre , por la que se regula el convenio especial en el sistema de la Seguridad Social.. (98 kbytes)
-  Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006. (128 kbytes)
-  Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia. (119 kbytes)
-  Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado. (66 kbytes)
-  Real Decreto 1198/2007, de 14 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. (32 kbytes)
-  Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de

diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (658 kbytes)

-  Corrección de errores del Real Decreto 504/2007 (209 kbytes)
-  Resolución de 23 de mayo de 2007, sobre el acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de valoración de la situación de dependencia (96 kbytes)
-  Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (430 kbytes)

**Anexo 4: BOE de 18 de Febrero de 2011. RD 174/2011. Anexo IV:  
Instrucciones para la aplicación de la escala de valoración  
específica de la situación de dependencia en edades de cero a tres  
años (EVE)**

## INSTRUCCIONES PARA LA APLICACION DE LA ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN EDADES DE CERO A TRES AÑOS (EVE)

### Índice

1. Introducción
2. Reconocimientos
3. Aspectos generales de la EVE
4. Aspectos prácticos en la aplicación de la EVE.
5. Valoración de las Variables de Desarrollo
  - 5.1. Actividad motriz
    - 5.1.1. Determinación de la severidad: Actividad motriz
  - 5.2. Actividad adaptativa
    - 5.2.1. Determinación de la severidad: Actividad adaptativa
  - 5.3. Tabla de variables de desarrollo. Grado en Desarrollo
6. Valoración de las Necesidades de Apoyo en Salud
  - 6.1. Peso al Nacimiento
    - 6.1.1. Determinación de la severidad: Peso al nacimiento
  - 6.2. Medidas de soporte de las Funciones Vitales Básicas
    - 6.2.1. Determinación de la severidad: Funciones Vitales
  - 6.3. Medidas para la Movilidad
    - 6.3.1. Determinación de la severidad: Movilidad
  - 6.4. Tablas de necesidades de apoyos en salud. Grado en salud
7. Tabla de dependencia. Grado de dependencia

Anexo I.-EVE

## 1. INTRODUCCIÓN

Las presentes instrucciones se configuran como manual para la aplicación la Escala de Valoración Específica, para personas menores de tres años, que en adelante se denominará EVE de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Se han elaborado con la intención de servir como apoyo a los/las profesionales que la han de aplicar y su objetivo es orientar a los mismos y unificar criterios de aplicación. Se ha procurado en su redacción que pueda ser útil, especialmente a aquellos/as profesionales cuya práctica habitual no está enfocada a personas de estas edades. A tal fin se incluyen definiciones, explicaciones, ejemplos e imágenes.

Aunque está previsto que el sistema informático del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) realizará, automáticamente, algunas operaciones (cálculo de la edad, asignación de la puntuación en cada uno de los hitos etc.) en este Manual se presentan todos los mecanismos de puntuación de manera que cualquier persona valoradora pueda conocer los criterios que permiten determinar la severidad de la dependencia.

## 2. RECONOCIMIENTOS

La revisión de la EVE se ha llevado a cabo desde su aprobación en el Boletín Oficial del Estado, como instrumento de valoración de la situación de dependencia en niños menores de tres años, en abril de 2007 hasta finales de 2008. Esta revisión ha incluido diversos trabajos de seguimiento en los que han colaborado muchas personas, principalmente desde los servicios técnicos de valoración de las Comunidades Autónomas y en especial desde la Consejería de Empleo y Bienestar Social, y la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

En este sentido, el IMSERSO como impulsor de dichos trabajos en el seno de la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la Valoración de la situación de Dependencia (CTVD), quiere dejar constancia de su sincero agradecimiento a la lista de profesionales citados a continuación, quienes han colaborado en los estudios de campo, en la detección de los problemas de aplicación, así como en la formulación de las propuestas de mejora que se han contemplado en el proceso de revisión de la Escala

NOMBRE	CC.AA.
Ricardo Moreno Galindo	ANDALUCÍA
Francisco Eguinoa Zaborras	ARAGÓN
Victoria Cifré Díez-Oyuelos	BALEARES
Gaspar Rullán Losada	
Sabina González Silva	CANARIAS
M. <sup>a</sup> Onelia Piñero Rodríguez	
Juan Jesús García Merino	CANTABRIA
Adelaida Echevarría	
Ana M. <sup>a</sup> Méndez Pardo	
Joaquín Núñez de Arenas Rodríguez Madrilejos	CASTILLA-LA MANCHA
M. <sup>a</sup> José Martínez Nieto	
M. <sup>a</sup> Nieves Gozález Natal	CASTILLA Y LEÓN
Juan Miguel Calvo Marcos	

NOMBRE	CC.AA.
Ana Belén Pascual Tornero	EXTREMADURA
Cristina Bodeguero Sánchez	
M. <sup>a</sup> Elena Prieto Ramos	GALICIA
María Madrigal Jiménez	MADRID
M. <sup>a</sup> José Eizmendi	NAVARRA
Cristina Forn Dupront	VALENCIA
José Luis Aldayturriaga Bustamante	DP. VIZCAYA
Asunción Núñez Castilla	CEUTA Y MELILLA
Ángel Calle Montero	IMSERSO
M. <sup>a</sup> Pilar Martínez Lisalde	IMSERSO

### 3. ASPECTOS GENERALES DE LA EVE

Como se recoge en el Anexo II del Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, las personas menores de tres años, serán objeto de valoración por las situaciones originadas por condiciones de salud de carácter crónico, prolongado, de larga duración, o de frecuente recurrencia y la valoración que se realiza no tendrá carácter permanente, estableciéndose revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. Cuando una persona valorada anteriormente cumpla los 36 meses deberá serlo de nuevo, con el Baremo de Valoración de la Dependencia para personas mayores de 3 años.

Aplicando la EVE se pueden establecer tres grados de dependencia: moderada, severa y gran dependencia, que se corresponden con la puntuación final de 1 a 3 puntos obtenida en su aplicación. No se establecen niveles en cada grado, y como se establece en el Real Decreto, se asigna el nivel 2.

Como se fija en la Ley, la EVE establece normas para la valoración de la situación de dependencia y la determinación de su severidad, teniendo como referente la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada por la Organización Mundial de la Salud.

La EVE valora la situación de dependencia en personas de entre cero y tres años, remitiéndose a la comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad, sin la condición de salud por la que se solicita valoración.

El diagnóstico de una enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. El Órgano de Valoración tendrá la posibilidad de apreciar la coherencia entre el informe de condiciones de salud previsto en la Ley y el resultado de la aplicación de la EVE.

La Escala se aplica mediante la observación del funcionamiento en Variables de Desarrollo, que se agrupan en determinadas funciones y actividades motrices y adaptativas, y de la misma manera, se observan las Necesidades de Apoyo en Salud para determinadas funciones vitales básicas, de la necesidad de medidas que afectan a la movilidad y, si ha existido bajo peso al nacimiento.

Este Manual trata de establecer criterios homogéneos para realizar la observación directa por los profesionales, considerando, con carácter general, los siguientes aspectos:



- La valoración se realiza en el entorno habitual de la persona.

El diseño de la Escala permite que sea aplicada en los entornos en los que se desarrolla, de manera habitual, la vida de la persona. La Escala se puede aplicar en el domicilio familiar, en el Hospital si se encuentra ingresado por una larga hospitalización, en el Centro de Salud, en la Escuela Infantil, o bien en la unidad de Atención Temprana a la que puede acudir de manera habitual para recibir tratamiento.

- El/la valorador/a debe observar, por sí mismo, el nivel de adquisiciones de la persona, y/o la necesidad de utilizar medidas de apoyo.
- Para la aplicación de la Escala no se precisa el empleo de materiales específicos. Dado que la valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, se trata de observar la realización de actividades mediante el uso de los objetos y materiales que habitualmente se encuentran en el mismo y a los que el/la niño/a está acostumbrado.

#### 4. ASPECTOS PRACTICOS EN LA APLICACIÓN DE LA EVE

Antes de iniciar la aplicación de la EVE, el profesional que realice la valoración deberá cumplimentar los datos relativos a su propia identificación y a la de la persona que se va a valorar.

Es importante, por la incidencia que va a tener en la posterior puntuación, efectuar el cálculo de la edad cronológica, en meses y días.

Ejemplo:

Fecha de Nacimiento: 26 Noviembre 2004  
Fecha de Valoración: 10 Octubre 2006  
Edad Cronológica: 22 meses 14 días

En todos los apartados de la Escala se tendrá en cuenta la edad cronológica en meses cumplidos y sin aplicar ninguna corrección.

Para realizar la aplicación de la Escala se concertará previamente una cita con la persona responsable de la atención del niño/a. Es aconsejable acordar ésta considerando cual es el horario más adecuado para conseguir la mejor disposición y colaboración. De manera general se procurará, que no tenga hambre, ni sueño, ni precise un cambio de pañales y corresponda a los momentos del día en que el/la niño/a esté más relajado, despierto, y en mejores condiciones. Igualmente se procurará que el momento de realizar la valoración distorsione, en la menor medida posible la dinámica familiar. La presencia de los padres, madres, o cuidadores habituales durante la valoración, en general, propiciará un ambiente favorable a la colaboración del niño/a.

El/la valorador/a procurará establecer una buena relación inicial con el/la niño/a a fin de obtener óptimos resultados. Es conveniente intentar dar a toda la valoración un aspecto lúdico. El profesional deberá observar con atención la conducta espontánea del niño/a. A menudo en esta misma observación podrá recoger datos para completar gran parte de la Escala. Si precisa observar algún hito que no se manifiesta espontáneamente en el curso de la observación, podrá indicar a la persona lo que debe hacer, y solo si pese a todo no fuera posible su observación, deberá provocarlo el mismo.

El objetivo de la EVE es valorar las actividades que el/la niño/a puede hacer, independientemente de cual sea la ayuda que habitualmente recibe. Por ejemplo, el hito 12 de actividad adaptativa valora que "bebe solo". El valorador observará si puede hacerlo por sí mismo, aunque habitualmente el/la cuidador/a le dé de beber, sosteniéndole el vaso.

En la valoración de la situación de dependencia en personas desde su nacimiento hasta los tres años de edad, se consideran determinadas variables de desarrollo agrupadas en funciones y actividades en el área motora y/o en el área adaptativa, así como la necesidad de medidas de apoyo, derivadas de una condición de salud, por bajo peso en el momento del nacimiento, por precisar medidas de soporte vital para mantener determinadas funciones fisiológicas básicas y/o requerir medidas terapéuticas que inciden sobre la capacidad de movilidad de la persona.

VARIABLES DE DESARROLLO. Actividad motriz: Funciones y actividades de movilidad mediante 19 hitos evolutivos, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores.
VARIABLES DE DESARROLLO. Actividad adaptativa: Funciones y actividades de adaptación al medio, valorando el hito de la edad correspondiente y todos los anteriores.
NECESIDADES DE APOYO EN SALUD. Peso al nacimiento: peso recogido en Informe clínico del parto, Informe de alta hospitalaria, o Historia clínica, que se valora desde el nacimiento hasta los 6 meses.
NECESIDADES DE APOYO EN SALUD. Medidas de soporte para funciones vitales: necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico como apoyo a funciones fisiológicas básicas de alimentación, respiración, función renal y/o urinaria, control del dolor e inmunidad. Se valoran desde el nacimiento hasta los 36 meses.
NECESIDADES DE APOYO EN SALUD. Medidas para la movilidad: necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico que inciden en funciones relacionadas con el movimiento. Se definen como medidas facilitadoras de la movilidad, la utilización de prótesis, órtesis, casco protector. Se definen como medidas restrictivas de la capacidad de movimiento la necesidad de: fijaciones músculo-esqueléticas, protección lumínica, vendaje corporal, de procesador del implante coclear y de bomba de insulina. Se valoran desde los 6 hasta los 36 meses.

## 5. VALORACIÓN DE LAS VARIABLES DE DESARROLLO

En este apartado se recoge la adquisición, o no, de determinados hitos evolutivos significativos, para hacer posible la determinación de la severidad en función del retraso de una adquisición. Los hitos se valoran a partir de la edad que se indica en cada uno de ellos, y en la que han sido adquiridos por personas de la misma edad, sin condición de salud.

Las Variables de Desarrollo se agrupan en dos escalas: Actividad Motriz y Actividad Adaptativa.

Se deben de valorar todos los hitos, de ambas escalas, correspondientes a la edad de la persona, aún cuando debido a la deficiencia de una estructura corporal, pueda no existir una función. Así puede darse el caso de un niño que debido a una deficiencia de la estructura del globo ocular, careciera de la función visual; el hito 2 de la tabla de actividad adaptativa, "fija la mirada", se considerará como no adquirido, asignándose la puntuación correspondiente, según cual sea su edad.

Para considerar adquiridos los hitos de ambas escalas se tendrá en cuenta la funcionalidad de la acción, intencionalidad y comprensión de la misma, independientemente del modo de realización. De esta manera, por ejemplo, se observará que "busca el contenido" de la caja, o "tira del cordón con el propósito de alcanzar el juguete", independientemente de la mano que utilice, de la calidad de la coordinación manual etc.

### 5.1 ACTIVIDAD MOTRIZ

Se valoran funciones y actividades de movilidad.

Se evalúan 19 hitos, entre el nacimiento y los treinta seis meses.

Se debe comenzar la valoración registrando en la EVE la adquisición o no adquisición del hito correspondiente a la edad en meses de la persona (o el inmediatamente anterior a éste si no existiera hito para ese mes). Seguidamente se procederá a la valoración de todos los hitos correspondientes a las edades inferiores.

A continuación se describen los hitos evolutivos que se recogen en la Escala, y cuál es la reacción que se debe de observar en cada uno de ellos ajustándose a las definiciones del Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia; se

sugiere alguna manera de provocar la misma y se indica la edad a partir de la cual debe de ser valorado cada uno de los hitos.

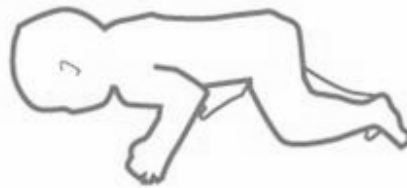
1- Ajusta el tono muscular.

**En suspensión ventral mantiene el tronco recto, eleva ligeramente la cabeza y flexiona los codos, las caderas, las rodillas y los tobillos y/o a la tracción de los brazos para la sedestación hay una caída mínima de la cabeza hacia atrás y flexión de los brazos y de las piernas.**

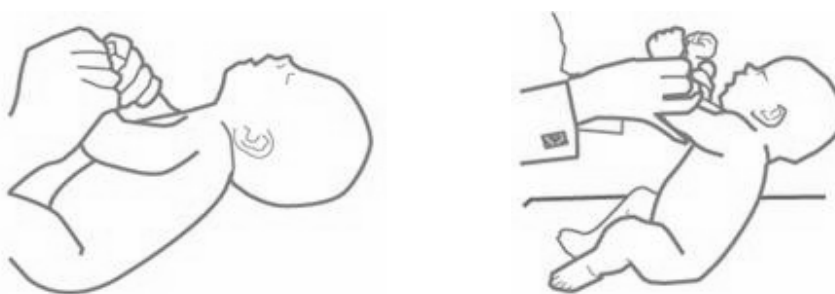
Se valora desde el momento del nacimiento.

Se considera adquirido este hito:

Cuando colocado boca abajo, el/la valorador/a sostiene al recién nacido con el vientre apoyado en la palma de su mano, y este reacciona manteniendo el tronco recto, elevando ligeramente la cabeza y flexionando los codos, las caderas, las rodillas y los tobillos.



Cuando estando el recién nacido tumbado boca arriba, se tira despacio de los brazos hasta lograr una posición de sentado, se observa una caída mínima de la cabeza hacia atrás y flexión de los brazos y de las piernas. El examinador percibe un cierto grado de resistencia cuando tira de los brazos



Se valora como no adquirido este hito:

Cuando colocado el recién nacido en suspensión ventral (tal y como se ha descrito anteriormente) el tronco se dobla, cayendo la cabeza y los miembros a los lados, como si fuera una "muñeca de trapo", debido a que el tono muscular está deprimido. Igualmente se valora como no adquirido, cuando, colocado en esta postura, extiende el cuello, y flexiona fuertemente sus brazos y piernas y se observa asimetría y rigidez, debido a que el tono muscular está aumentado.



Cuando estando el recién nacido tumbado boca arriba y tirando despacio de los brazos, como se ha descrito, hasta lograr una posición de sentado, hay una caída marcada de la cabeza hacia atrás, los brazos permanecen extendidos, no apreciando resistencia y no se percibe flexión de las piernas, debido a que el tono muscular está deprimido. También se valora como no adquirido, cuando la cabeza se adelanta al tronco, con un alto grado de resistencia y se aprecia una gran flexión en las piernas, debido a que el tono muscular está aumentado.



## 2- Mantiene una postura simétrica.

En decúbito supino mantiene una postura corporal con la cabeza alineada con el tronco y simetría en la posición de las extremidades, con brazos flexionados y separados del tronco y miembros inferiores con caderas y rodillas en flexión y/o en decúbito prono las rodillas quedan dobladas bajo su abdomen

Se valora desde el momento del nacimiento.

Se considera adquirido este hito:

- o Cuando, estando tranquilo, tumbado boca arriba, se observa cómo mantiene sus brazos separados del cuerpo y flexionados; las caderas y rodillas flexionadas y el tronco, los glúteos y los pies se apoyan en la superficie. Igualmente, cuando tumbado boca abajo, los brazos están flexionados a ambos lados de la cabeza y las piernas flexionadas quedan dobladas bajo su cuerpo.



Se valora como no adquirido este hito:

- o Cuando, en la postura descrita anteriormente, se observan los brazos flexionados con la parte dorsal de las manos descansando sobre la cama y las rodillas apoyadas en la superficie o los miembros superiores e inferiores están en extensión total, debido a que el tono muscular está deprimido. O bien cuando se aprecia una importante asimetría en la postura: la cabeza girada hacia uno de los lados y piernas y brazos en flexión, debido a que el tono muscular está aumentado.



3- Tiene actividad espontánea.

En decúbito supino, agita libremente brazos y piernas y/o en decúbito prono, ladea la cabeza para liberar las vías respiratorias, o realiza movimientos alternos con las piernas para arrastrarse.

Se valora desde el momento del nacimiento.

Se considera adquirido este hito cuando estando despierto, tumbado boca arriba y vestido, agita libremente brazos y piernas. y/o colocado boca abajo, ladea la cabeza para dejar libre la nariz y realiza movimientos alternos con las piernas y trata de arrastrarse.



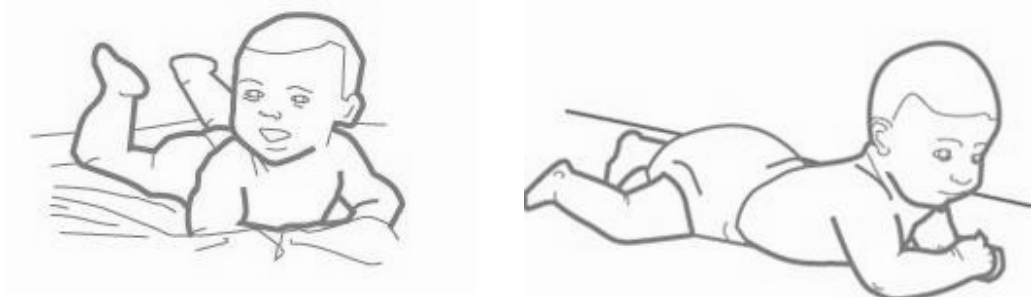
4- Sujeta la cabeza.

En decúbito prono levanta la cabeza con apoyo en antebrazos y/o a la tracción de los brazos para la sedestación sostiene la cabeza alineada con el tronco.

Se valora desde los cuatro meses.

Se considera como adquirido este hito cuando:

- o Tumbado, boca abajo, levanta la cabeza firmemente, apoyado en sus antebrazos o manos.



- o Cuando estando tumbado boca arriba, se tira despacio de los brazos hasta lograr una posición de sentado, la cabeza se mantiene alineada con el tronco sin caer hacia atrás, ni a los lados.



#### 5.- Se sienta con apoyo.

Se mantiene en sedestación, con la espalda apoyada, el tronco recto y la cabeza alineada.

Se valora desde los cinco meses.

Se puede considerar adquirido este hito si permanece sentado con la espalda apoyada en un cojín o en una sillita, sin que su cuerpo se desplace hacia los lados manteniendo la cabeza en línea media con referencia al tronco.



## 6.- Gira sobre sí mismo

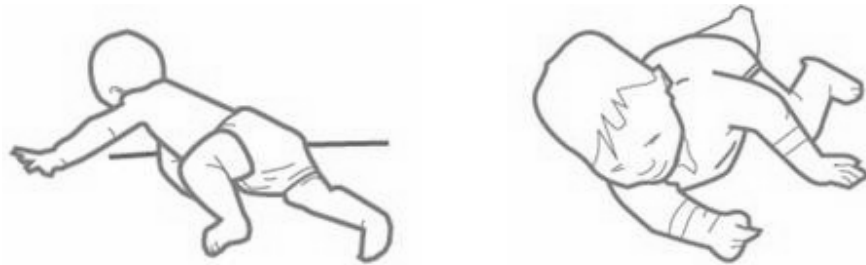
En decúbito, sobre una superficie horizontal gira sobre el eje de su propio cuerpo.

Se valora desde de los siete meses

Se considera adquirido este hito, si cuando se le deja tumbado sobre una superficie plana gira sobre su propio cuerpo.

Se le puede mostrar, como incentivo, un juguete animándole.

Se trata de comprobar que, estando tumbado, es capaz de girar de boca arriba a boca abajo, y/o a la inversa.



## 7- Se mantiene sentado sin apoyo.

Permanece en sedestación sin precisar apoyo, con la espalda recta, y libera las manos.

Se valora desde de los nueve meses.

Se considera adquirido este hito si logra permanecer sentado, sin ayuda de otra persona, ni apoyo en objetos, ni otras superficies, con la espalda relativamente recta, siendo capaz, en esta postura, de utilizar sus manos para coger y/o manipular objetos.



## 8- Sentado sin apoyo, se quita un pañuelo de la cara.

En sedestación sin apoyo y sin perder el equilibrio, eleva los brazos y se quita un pañuelo que le cubre la cara.

Se valora desde de los diez meses.

Se considera adquirido este hito, cuando estando sentado, sin apoyar la espalda, puede elevar los brazos para apartar un paño que le cubre la cara.

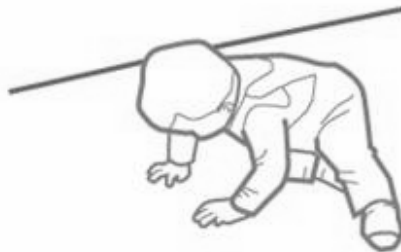


9- Pasa de tumbado a sentado.

Desde posición de decúbito, logra sentarse sin ayuda de otra persona.

Se valora desde de los once meses.

Se considera adquirido este hito cuando estando tumbado, logra sentarse sin ayuda de otra persona bien utilizando los barrotes de la cuna o la red del corralito, o bien sin ningún apoyo. Se le puede estimular colocando un juguete fuera de su alcance, sobre el borde de la cuna o corralito.



10- Se pone de pie con apoyo.

Alcanza la bipedestación, desde cualquier otra posición, sin ayuda de otra persona, utilizando como apoyo objetos del entorno.

Se valora desde de los doce meses.



Se considera adquirido este hito si logra ponerse de pie, sin ayuda de otra persona, ya sea sin ningún apoyo, o bien apoyándose en un mueble, o cualquier objeto a su alcance. Puede hacerlo estando sentado, tumbado o en postura de gateo. Como estímulo se puede utilizar un juguete colocado sobre el mueble.



11- Da pasos con apoyo.

Camina con movimientos coordinados y alternos, con apoyo en objetos o ayuda de otra persona. Se valora desde de los trece meses

o Se considera adquirido este hito cuando logra dar pasos, firmes y con movimientos coordinados alternos, si se le toma de una o ambas manos animándolo.



o También, cuando coordina sus pasos y anda, apoyándose en mueble, con pasos laterales, una vez que se encuentra de pie y apoyado en un mueble.

12- Se mantiene de pie sin apoyo.

Permanece en bipedestación sin ningún tipo de apoyo.

Se valora desde de los quince meses.

Se considera adquirido este hito:

Si se observa que permanece de pie sin apoyo cuando deja de estar apoyado en un mueble para apoyarse en otro.

O bien, cuando puede permanecer de pie, algunos segundos, si se le retira el apoyo de las manos del adulto, estando fuera del alcance de cualquier objeto.



13- Andasolo.

Camina sin apoyos ni ayuda de otra persona.  
Se valora desde de los dieciocho meses.

Se considera adquirido este hito cuando da algunos pasos, sin apoyo en objetos, ni ayuda de otra persona.



14- Sube escaleras sin ayuda.

Sube escalones utilizando cualquier forma de desplazamiento y sin ayuda de otra persona.

Se valora desde de los veinte meses.

Se considera adquirido este hito si es capaz de subir peldaños sin la ayuda de otra persona.

Puede hacerlo: gateando; trepando; en bipedestación, apoyándose en la pared o barandilla; o bien de cualquier otra manera.

Como estímulo, se sugiere atraer su atención, llamándole o bien colocando un juguete unos peldaños más arriba.



- 15- Empuja una pelota con los pies.

En bipedestación desplaza una pelota con los pies.

Se valora desde de los veinticuatro meses.

Jugando con una pelota, se le pide que la empuje pateándola. Se considerará positivamente si puede desplazarla empujándola con sus pies.



- 16- Baja escaleras sin ayuda.

Baja escalones utilizando cualquier forma de desplazamiento y sin ayuda de otra persona. Se valora desde de los veintisiete meses.

Se considera adquirido este hito una vez que es capaz de bajar peldaños sin ayuda. Puede hacerlo: gateando; trepando; en bipedestación, apoyándose en la pared o barandilla; o bien de cualquier otra manera.

Como estímulo, se sugiere atraer su atención, llamándole o bien colocando un juguete unos peldaños más abajo de aquel en el que se encuentra.



- 17- Traslada recipientes con contenido.

Transporta un recipiente que contiene elementos sin volcarlo.

Se valora desde de los treinta meses.

Se le ofrece un recipiente: caja, vaso o similar, ligero y fácil de coger con sus manos, lleno con objetos o líquidos. Se le anima a entregarlo al cuidador/a, o a colocarlo sobre un mueble a su alcance. Se considera como adquirido este hito si es capaz de hacerlo sin derramar el contenido.



18- Anda sorteando obstáculos.

Camina esquivando objetos que entorpecen el desplazamiento.

Se valora desde de los treinta y dos meses.

Se colocan objetos en el suelo, que dificulten su desplazamiento (cojines, cajas, una silla...) y se le llama desde cierta distancia. Para considerar que ha superado este hito, deberá ser capaz caminar evitando chocar, y caer, con los objetos previamente colocados.



19- Se sostiene sobre un pie sin apoyo.

Se sostiene con un solo pie en contacto con el suelo, sin apoyos ni ayuda de otra persona.

Se valora desde de los treinta y tres meses.

Se le puede pedir que enseñe su zapato, o calcetín. También, se le puede animar a jugar intentando mantenerse sobre un pie, o imitando al adulto a mantenerse a la "pata coja". Para considerar que ha adquirido este hito será suficiente con que lo logre unos segundos, sobre cualquiera de los dos pies, sin apoyo en objetos ni ayuda de otra persona.



#### 5.1.1 DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: Actividad motriz

El retraso en la adquisición de cada hito evaluado determina la severidad de la situación.

La determinación de la severidad se establece según el retraso en la adquisición de cada hito en intervalos de tiempo en meses; de tal manera que se asignan puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 3) conforme la no adquisición del hito se aleja de la edad de referencia y que, para cada hito, se recogen en la Tabla de Actividad Motriz.

La puntuación más alta, obtenida en un hito asigna la valoración por Actividad Motriz.

TABLA DE ACTIVIDAD MOTRIZ				
HITOS	MESES	Puntuación		
		1	2	3
1. Ajusta el tono muscular	0-1		X	
	2			X
2. Mantiene una postura simétrica	0-1		X	
	2			X
3. Tiene actividad espontánea	0-1	X		
	2-3		X	
	4			X
4. Sujeta la cabeza	4	X		
	5		X	
	6			X
5. Se sienta con apoyo	5	X		
	6		X	
	7			X
6. Gira sobre sí mismo	7-8	X		
	9-10		X	
	11			X
7. Se mantiene sentado sin apoyo	9-10	X		
	11-12		X	
	13			X

TABLA DE ACTIVIDAD MOTRIZ				
HITOS	MESES	Puntuación		
		1	2	3
8. Sentado, sin apoyo, se quita un pañuelo de la cara	10-11	X		
	12-13		X	
	14			X
9. Pasa de tumbado a sentado	11-12	X		
	13-14		X	
	15			X
10. Se pone de pie con apoyo	12-	X		
	13-14		X	
	15			X
11. Da pasos con apoyo	13-14	X		
	15-16		X	
	17			X
12. Se mantiene de pie sin apoyo	15-16	X		
	17-18		X	
	19			X
13. Anda solo	18-19	X		
	20-21		X	
	22			X
14. Sube escaleras sin ayuda	20-21	X		
	22-23		X	
	24			X
15. Empuja una pelota con los pies	24-25	X		
	26-27		X	
	28			X
16. Baja escaleras sin ayuda	27-28	X		
	29-30		X	
	31			X
17. Traslada recipientes con contenido	30-31	X		
	32-33		X	
	34-35			X
18. Anda sorteando obstáculos	32-33	X		
	34-35		X	
19. Se sostiene sobre un pie sin apoyo	33-34-35	X		

## 5.2 ACTIVIDAD ADAPTATIVA

Se valoran funciones y actividades de adaptación al medio.

Se evalúan 19 hitos.

Todos los hitos se valoran entre el nacimiento y los treinta y seis meses.

Se debe comenzar la valoración registrando en la EVE la adquisición o no adquisición del hito correspondiente a la edad en meses de la persona (o el inmediatamente anterior a éste si no existiera hito para ese mes). Seguidamente se procederá a la valoración de todos los hitos correspondientes a las edades inferiores.

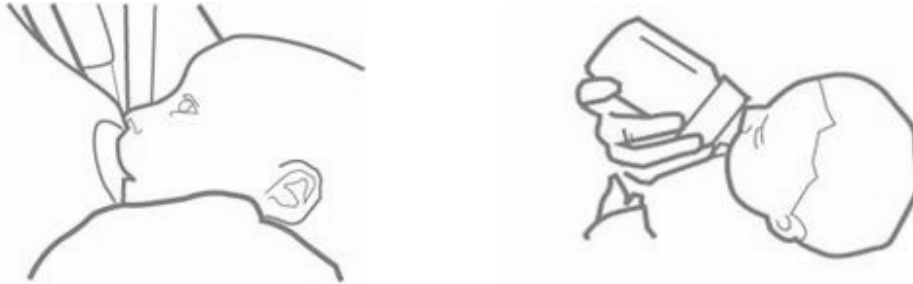
A continuación se describen los hitos evolutivos que se recogen en la Escala, y cuál es la conducta que se debe de observar en cada uno de ellos ajustándose a las definiciones del Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y se sugiere alguna manera de provocar la misma. Se indica la edad a partir de la cual debe de ser valorado cada uno de los hitos.

1. Succiona.

Realiza el acto de sorber aplicando una fuerza de aspiración producida por el movimiento de las mejillas, los labios y la lengua, que permiten la alimentación.

Se valora desde el momento del nacimiento.

Para valorar la adquisición de este hito, se puede observar la lactancia natural, o artificial: succión de la tetina del biberón, chupete o dedo del cuidador/a.



2. Fija lamirada

Mantiene la mirada en el rostro de una persona que permanece frente a él, dentro de su campo visual.

Se valora desde los dos meses.

Se considera adquirido este hito si se observa que el niño/a fija la mirada en el rostro del cuidador/a cuando éste le habla, acercándose a su rostro para atraer su atención.

En la valoración de este hito, debe procurarse que la luz sea tenue, a ser posible natural, evitando la luz directa y brillante en el rostro del niño/a.



3. Sigue la trayectoria de un objeto.

Sigue con los ojos el desplazamiento de un objeto que se mueve dentro de su campo visual.

Se valora desde los cuatro meses.

Se considera adquirido este hito si estando frente al cuidador/a, fija la mirada en un objeto llamativo que este le muestra y sigue con los ojos el desplazamiento en horizontal del mismo, sin que éste desaparezca en ningún momento de su campo visual.

Debe evitarse el empleo de linternas u objetos brillantes.



4. Sostiene un sonajero.

Sujeta un sonajero, que se le coloca en la mano.

Se valora desde los cuatro meses.

Se le ofrece un sonajero o cualquier objeto cilíndrico y alargado, colocándolo en su mano. Se considera adquirido este hito si el niño/a lo sostiene, agita, chupa y presta atención.



5. Tiende la mano hacia un objeto.

Trata de alcanzar con las manos un objeto que se le ofrece.

Se valora desde los seis meses.



Se le ofrece un juguete situándolo al alcance de sus manos y asegurándose de que lo mira. Se considera adquirido este hito cuando el/la niño/a mueve los brazos hacia el juguete, y lo toca con sus manos.



6. Sostiene un objeto en cada mano.

Sujeta simultáneamente un objeto en cada mano.

Se valora desde los ocho meses.

Se le ofrece un pequeño juguete (cubo, bola, muñeco etc.) y una vez toma éste en su mano, se le ofrece otro. Se considera adquirido este hito si es capaz de sostener, simultáneamente, uno en cada mano.



7. Pasa un objeto de una mano a otra.

Cambia de mano el objeto que sostiene.

Se valora desde los nueve meses.

El profesional que realice la valoración, observará si, espontáneamente pasa el objeto de una a otra mano a lo largo de la exploración.



8. Recoge un objeto con oposición del pulgar.

Recoge o levanta un objeto al alcance de la mano, utilizando solo los dedos con el pulgar en oposición.

Se valora desde los diez meses.



Se ofrece al niño/a un pequeño juguete (cubo, bola, muñeco etc.) o migas de pan. Se valora como adquirido este hito si es capaz de coger lo que se le ofrece con el pulgar opuesto a los otros dedos, sin utilizar la palma de la mano.

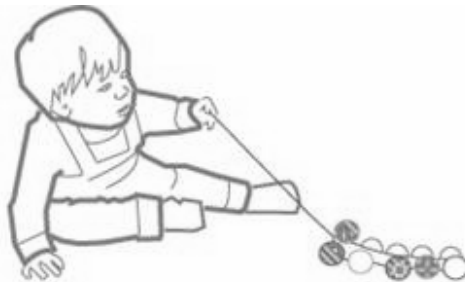
Dada las edades de las personas a las que es de aplicación esta escala, se deberá considerar adquirido este hito, sea cual sea la mano que se utilice.

9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete

Atrae hacia sí un juguete tirando de un cordón al que está atado.

Se valora desde los once meses.

Se ata un cordón a su juguete favorito, colocando el juguete fuera del alcance de su mano. Después de mostrarle cómo hacerlo, se le anima a tirar del cordón con el propósito de alcanzar el juguete. Se valora como adquirido este hito, si logra hacerlo.



10. Manipula el contenido de un recipiente.

Saca y/o mete objetos que se encuentran en un recipiente.

Se valora desde los catorce meses.

Se le ofrecen al niño pequeños juguetes y un recipiente. Se introducen los juguetes dentro del recipiente ante su vista. Se les hace sonar suavemente. Para considerar adquirido este hito, el profesional observará que el/la niño/a busca su contenido, mete y saca juguetes y/o los manipula.



11. Abre cajones.

Abre un cajón a su alcance utilizando el tirador.

Se valora desde los dieciséis meses.

Se introduce, ante su mirada, uno de sus juguetes favoritos en un cajón situado a su alcance. Se le anima a buscarlo. Se valora positivamente si es capaz de abrir el cajón, cualquiera que sea el tirador del mismo.



12. Bebe solo.

Bebe de una taza sin ayuda de otra persona.

Se valora desde los dieciocho meses.



Para considerar adquirido este hito el profesional que realice la valoración observará que el niño/a puede beber varios tragos seguidos sosteniendo la taza o vaso (que puede tener, o no, asas) con sus manos y sin ayuda de otra persona.

13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca.

Lleva comida a la boca utilizando algún cubierto.

Se valora desde los veintidós meses.

Se considera adquirido este hito cuando puede llevar, sin ayuda de otra persona, la cuchara a la boca, evitando volcar la comida o derramando tan sólo pequeñas cantidades y/o llevar a su boca pequeños trozos de alimento pinchados en el tenedor. Puede comer solo parte de su comida, por lo menos la primera porción de su alimento.

El/la valorador/a intentará observar este hito, pidiendo al cuidador/a que le ofrezca al niño un yogurt y una cuchara.



14. Se quita una prenda de vestir.

Se quita sin ayuda cualquiera de las prendas con las que esté vestido.

Se valora desde los veinticuatro meses.

Se considera adquirido este hito si es capaz de quitarse, sin ayuda, cualquiera de las prendas con las que está vestido en el momento de la valoración. El/la cuidador/a puede iniciar la acción, ayudándole a quitarse una prenda y pidiéndole que lo haga él solo con la siguiente. También puede quitarse él/ella una prenda y pedir al niño que lo imite.



15. Reconoce la función de los espacios de la casa.

Identifica cada espacio de la casa por las funciones que en él se realizan.

Se valora desde los veintiséis meses.

Sabe dirigirse a la cocina cuando desea beber o comer, a su dormitorio cuando tiene sueño, al cuarto de juegos en busca de sus juguetes etc.

El/la valorador/a puede comprobar si tiene adquirido este hito, pidiéndole que le acompañe a beber agua y que le muestre dónde duerme y dónde están sus juguetes.

16- Imita trazos con el lápiz

Reproduce con el lápiz un trazo definido.

Se valora desde los veintisiete meses.

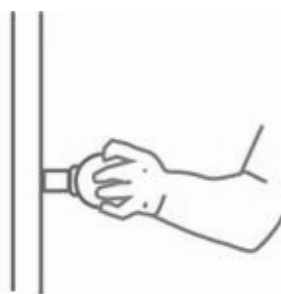
Se le ofrece la posibilidad de garabatear, poniendo a su alcance lápices y papel. Se considera positivamente si imita, en algún momento, la dirección de los trazos que realiza el/la valorador/a. Se aconseja utilizar trazos verticales, dado que su imitación resultará más fácil.

17- Abre una puerta.

Abre una puerta utilizando la manilla o tirador.

Se valora desde los treinta meses

Ante la mirada del/la niño/a, se coloca uno de sus juguetes favoritos al otro lado de la puerta, o bien se esconde su madre y se cierra la misma, asegurándose de que el tirador o manilla se encuentra al alcance del/la niño/a. Se le anima a buscarlo. Se valora como adquirido este hito si el el/la niño/a es capaz de abrir la puerta.



18- Se pone una prenda de vestir.

Se pone sin ayuda cualquier prenda de vestir.

Se valora desde los treinta y tres meses.

El/la niño/a participa activamente en su vestido y es capaz de ponerse por sí mismo al menos una prenda de vestir. Para considerar adquirido este hito no es necesario que sea capaz de abrochar botones, velcro o corchetes.

El/la valorador/a pedirá a la madre o cuidador, que le ofrezca al niño/a una prenda para comprobar si es capaz de ponérsela. El/la cuidador/a puede iniciar la acción, ayudándole a ponerse una prenda y pidiéndole que lo haga él solo con la siguiente. También puede ponerse el/la cuidador/a una prenda de vestir y pedir al niño que lo imite.



19- Abre un grifo.

Abre un grifo cualquiera que sea su mecanismo.

Se valora desde los treinta y tres meses.

El/la valorador/a pide al cuidador que anime al niño/a a llenar un vaso con agua, lavarse las manos, jugar con el agua etc. Le puede facilitar un banquito o cualquier otro medio que utilice habitualmente para alcanzar el grifo.



5.2.1. DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: Actividad adaptativa

El retraso en la adquisición de cada hito evaluado determina la severidad de la situación.

La determinación de la severidad se establece según el retraso en la adquisición de cada hito en intervalos de tiempo en meses; de tal manera que se asignan puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 3) conforme la no adquisición del hito se aleja de la edad de referencia y que, para cada hito, se recogen en la Tabla de Actividad Adaptativa.

La puntuación más alta obtenida en un hito asigna la valoración por Actividad Adaptativa.

TABLA DE ACTIVIDAD ADAPTATIVA.				
HITOS	MESES	Puntuación		
		1	2	3
1. Succiona	0-1-2			X
2. Fija la mirada	2	X		
	3		X	
	4			X
3. Sigue la trayectoria de un objeto	4	X		
	5		X	
	6			X
4. Sostiene un sonajero	4	X		
	5		X	
	6			X
5. Tiende la mano hacia un objeto	6	X		
	7		X	
	8			X
6. Sostiene un objeto en cada mano	8	X		
	9		X	
	10			X
7. Pasa un objeto de una mano a otra	9	X		
	10		X	
	11			X
8. Recoge un objeto con oposición del pulgar	10	X		
	11		X	
	12			X
9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11-12	X		
	13-14		X	
	15			X
10. Manipula el contenido de un recipiente	14-15	X		
	16-17		X	
	18			X
11. Abre cajones	16-17	X		
	18-19		X	
	20			X
12. Bebe solo	18-19	X		
	20-21		X	
	22			X
13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22-23	X		
	24-25		X	
	26			X
14. Se quita una prenda de vestir	24-25	X		
	26-27		X	
	28			X

TABLA DE ACTIVIDAD ADAPTATIVA.				
HITOS	MESES	Puntuación		
		1	2	3
15.Reconoce la función de los espacios de la casa	26-28	X		
	29-31		X	
	32			X
16.Imita trazos con el lápiz	27-29	X		
	30-32		X	
	33			X
17. Abre una puerta	30-31	X		
	32-33		X	
	34-35			X
18.Se pone una prenda de vestir	33-34	X		
	35		X	
19. Abre un grifo	33-34-35	X		

### 5.3. TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO. GRADO EN DESARROLLO

De la combinación de las puntuaciones obtenidas en los hitos de Actividad Motriz y en los hitos de Actividad Adaptativa, como recoge la Tabla de Variables de Desarrollo, se obtiene una puntuación de Grado en Desarrollo que se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad:

TABLA DE VARIABLES DE DESARROLLO		
Puntuación		GRADO EN DESARROLLO
ACTIVIDAD MOTRIZ	ACTIVIDAD ADAPTATIVA	
3	3	3
3	2	2
3	1	2
3	0	2
2	3	2
2	2	2
2	1	2
1	3	2
0	3	2
2	0	1
1	2	1
1	1	1
0	2	1
1	0	0
0	1	0



## 6. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APOYO EN SALUD

Se valora la necesidad de medidas de apoyo debidas a una condición de salud derivada de un peso al nacimiento insuficiente para asegurar la supervivencia sin ellas; o una condición de salud que hace necesarias medidas de soporte básico para asegurar funciones vitales y/o de una condición de salud que hace necesarias medidas terapéuticas que afectan a la movilidad.

Se deben observar y registrar en la EVE las medidas de soporte señaladas en los ítems de cada función que esté utilizando la persona valorada.

## 6.1. PESO AL NACIMIENTO.

Se valora, sólo, en personas que soliciten el reconocimiento de la situación de dependencia desde el momento del nacimiento y hasta los 6 meses de edad.

Se valora el peso oficial del recién nacido, si existe bajo peso al nacimiento, de acuerdo con la Edad Cronológica, independientemente de la Edad Gestacional. Se debe registrar en La EVE el peso recogido en Informe clínico del parto, Informe de alta hospitalaria, o Historia Clínica, independientemente de la ganancia ponderal que haya podido producirse desde el nacimiento hasta el momento de la valoración.

## 6.1.1. DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: Peso al nacimiento

La determinación de la severidad se establece asignando puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 3), según los intervalos fijados, de menor a mayor peso en gramos.

Se valora desde el nacimiento, hasta los 6 meses.

TABLA DE PESO AL NACIMIENTO	
Peso recién nacido	Puntuación
Menor de 1100grs	3
Entre 1100 y 1500 grs.	2
Mayor de 1500 grs. y menor de 2200 grs.	1

## 6.2. MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES.

Se valora la necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico como apoyo a funciones fisiológicas básicas, entendiéndose por tales los procesos que mantienen la vida.

Se valoran, en total, 17 ítems correspondientes a 5 funciones: alimentación (6 ítems), respiración (4 ítems), función renal y/o urinaria (3 ítems), función antiálgica (2 ítems) y función inmunitaria (2 ítems).

Se valoran desde el nacimiento hasta los 36 meses.

Se deben observar y registrar en el formulario de la EVE el empleo de las medidas de apoyo señaladas en los ítems de cada función.

## Alimentación.

Se valora la necesidad de medidas de apoyo para mantener las funciones relacionadas con la ingesta, digestión, y eliminación de residuos, que aseguren la nutrición.

Se valoran 6 ítems.

El/la profesional que aplica la Escala deberá observar que la persona necesita las medidas que a continuación se describen.

#### Sonda nasogástrica exclusiva

Recibe alimentación, únicamente, a través de una sonda introducida por un orificio nasal hasta el estómago.

La persona sólo recibe una nutrición, específicamente preparada, y con la frecuencia prescrita, a través de una sonda nasogástrica, que es un tubo más o menos flexible de distintos materiales, como polivinilo, silicona o poliuretano, y de diversos calibres.

El/la valorador/a registrará la necesidad de esta medida, si observa que se está utilizando por la persona a valorar, sea cual sea el material y/o calibre de la sonda y la frecuencia con la que se le administra la nutrición.

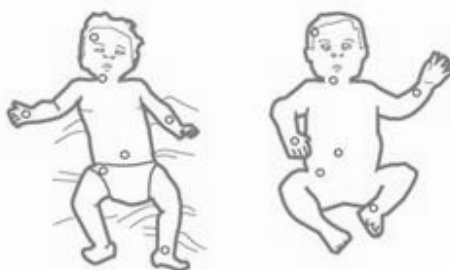


#### Parenteral exclusiva

Recibe alimentación, únicamente, por vía intravenosa.

Para mantener la nutrición se le administra compuesto alimenticio específicos por vía intravenosa, para lo que se requiere la implantación de un catéter venoso, cuya localización puede ser variable; craneal, umbilical, en el cuello o en las extremidades.

El/la valorador/a registrará, si procede, la necesidad de esta medida, sea cual sea el compuesto de la solución intravenosa y/o la ubicación del catéter.

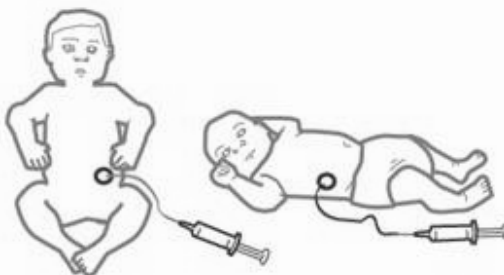


Alimentación por estoma.

Recibe alimentación a través de una sonda que se inserta quirúrgicamente a través de un orificio en la piel del abdomen y llega al estómago o a un asa intestinal.

El profesional que aplica la Escala podrá observar la existencia de un estoma u orificio en el abdomen a través del cual recibe la nutrición, específicamente preparada.

Se valorará independientemente de cual sea la composición de la alimentación, de la frecuencia con la que ésta se realice, la localización del orificio en el abdomen y el nivel del tubo digestivo a la que éste abocado el estoma.



Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral.

Recibe nutrición, a través de una sonda introducida por un orificio nasal hasta el estómago de manera complementaria a la vía oral.

Aún cuando puede alimentarse por boca, precisa, también, para asegurar su nutrición, recibir un suplemento nutritivo por sonda nasogástrica.

Parenteral complementaria de la vía oral.

Recibe nutrición por vía intravenosa, de manera complementaria a la vía oral.

Aún cuando puede alimentarse por boca, precisa, también, para asegurar su nutrición, recibir un suplemento nutritivo por vía intravenosa.

Estoma eferente.

Precisa una apertura quirúrgica en la pared abdominal, a través de la cual se eliminan los residuos de la alimentación.

Un estoma, es un orificio, practicado artificialmente, que conecta un asa intestinal a la pared del abdomen para posibilitar la recogida de residuos en un sistema colector, el cual consta de una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa que recoge los productos de deshecho.

El/la valorador/a registrará la necesidad de esta medida, cuando observe un orificio artificial conectado a una bolsa de recogida de residuos, sea cual la localización en el abdomen, el nivel del tubo digestivo que está abocado al estoma, el tipo de estoma, el sistema colector o la frecuencia con que sea necesario cambiar éste.



Respiración.

Se valora la necesidad de medidas de apoyo para mantener la función respiratoria.

Se valoran 4 ítems.

Respirador mecánico

Precisa un soporte mecánico de respiración artificial.

Para asegurar la función respiratoria, es necesario el acceso a la vía aérea a través de un tubo endotraqueal (intubación) o por traqueotomía (orificio abierto al exterior desde la tráquea) y un sistema de ventilación, ya sea con un respirador convencional, o con un respirador de flujo continuo.

Se valora, sea cual sea la vía de acceso y el mecanismo de ventilación, tanto en el ámbito hospitalario como en el domiciliario.



Aspiración continuada

Precisa un aspirador que extraiga de forma continuada las secreciones que produce el aparato respiratorio.

Presenta la necesidad de aspirar las secreciones respiratorias, lo que se resuelve mediante un dispositivo de succión (sistema cerrado o sistema convencional).

Se valora la necesidad de esta medida, sea cual sea el mecanismo de aspiración que se utilice.



#### Oxigenoterapia permanente

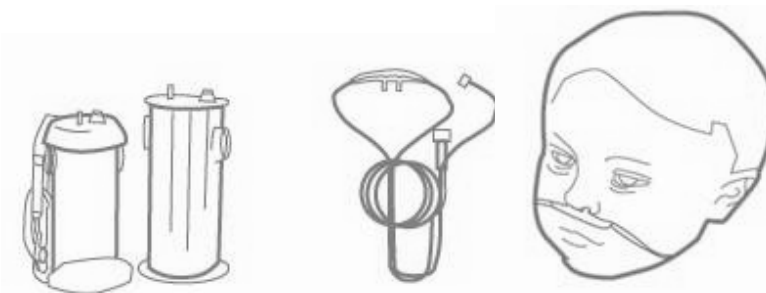
Precisa una fuente de oxígeno durante, al menos, 16 horas diarias.

Necesita un suministro de oxígeno, con los métodos y en las cantidades adecuadas para asegurar los niveles de oxigenación necesarios para mantener la actividad fisiológica del organismo.

Para resolver esta necesidad existen diversos mecanismos de administración de oxígeno: la mascarilla boca-nariz y las gafas nasales, son las más frecuentes; la tienda de oxígeno; las campanas etc.

La fuente de oxígeno puede ser fija o portátil (mochila).

Se valora la necesidad de esta medida, cualquiera que sea el mecanismo o tipo de fuente de administración de oxígeno.



#### Monitor permanente de apneas

Precisa un soporte mecánico que alerta de las pausas respiratorias no fisiológicas, durante todo el día.

Necesita un monitor de apnea, que es una máquina que vigila la frecuencia respiratoria, haciendo sonar una alarma si desciende, por debajo de los límites establecidos. Puede ser necesario que el electrodo detector contacte con el cuerpo, ya sea mediante parche adhesivo, cinturón etc. o bien que el sistema disponga de otro mecanismo de sensibilidad que no precise el contacto directo.

Se valora la necesidad de esta medida sea cual sea el modelo de monitor utilizado y aún cuando no se hayan producido alarmas en el periodo en que se valora al niño/a.



Función renal y urinaria.

Se valora la necesidad de medidas de apoyo para mantener la función renal y/o la eliminación urinaria.

Se valoran 3 ítems.

#### Diálisis

Precisa una máquina de filtración que sustituya la función renal.

Requiere un soporte mecánico que sustituye la función renal perdida.

El profesional que realiza la valoración, podrá observar la máquina de diálisis y, dependiendo del procedimiento utilizado para realizar la misma, observará en la persona:

- o El estoma u orificio abdominal a través del cual se realiza la diálisis peritoneal.



- o La fístula arteriovenosa, a través de la cual se realiza la hemodiálisis. El/la valorador/a puede observar un engrosamiento de las paredes arterial y venosa, cuya localización puede ser en diferentes partes del cuerpo, con frecuencia en la muñeca.



Se valora cualquiera que sea el tipo de diálisis que se utilice y cualquiera que sea la localización de la fístula arteriovenosa.

#### Sondaje vesical permanente

Elimina la orina por medio de una sonda introducida a través del meato uretral hasta la vejiga.

Precisa la colocación aséptica de una sonda en la vejiga urinaria, a través del meato uretral, permitiendo la eliminación de la orina, que es recogida en una bolsa colectora. La sonda es un tubo de látex, de silicona o de cualquier otro material, cuya consistencia depende de su composición. Las sondas vesicales tienen uno o varios orificios y pueden ser de diferente calibre. Los sistemas colectores pueden ser diversos, según el paciente permanezca inmobilizado o en activo.

El/la valorador/a observará y registrará la necesidad de esta medida, sea cual sea el material, consistencia y/o calibre de la sonda o del sistema colector y la frecuencia con la que requiere su recambio.



#### Estoma urinario

Precisa una apertura quirúrgica en la pared abdominal a través de la cual se elimina la orina.

Un estoma u orificio, practicado artificialmente, conecta la vejiga a la pared del abdomen para posibilitar la recogida de residuos urinarios, mediante un sistema colector que, consta de una parte adhesiva que se fija alrededor del estoma y una bolsa de recogida de orina. Habitualmente se localiza el estoma u orificio quirúrgico en la zona inferior derecha del abdomen, aunque en ocasiones se localiza en la parte izquierda o en ambos lados.

El/la valorador/a registrará la necesidad de esta medida, sea cual sea la localización del estoma y/o sistema de recogida que se utilice y la frecuencia con que se haya de cambiar la bolsa colectora.



Función antiálgica.

Se valora la necesidad de medidas de apoyo para mantener el control del dolor.

Se valoran 2 ítems.

#### Bomba de perfusión analgésica continua

Recibe medicación analgésica permanente por vía intravenosa.

Precisa de un mecanismo para la aplicación de tratamiento analgésico a través de una vía intravenosa, que permite mantener una concentración terapéutica.

El profesional que realice la valoración observará el soporte mecánico que dosifica el medicamento y el catéter venoso.

Se valorará cualquiera que sea el mecanismo de perfusión, la localización del catéter o el compuesto farmacológico que se esté administrando.



#### Catéter epidural permanente

Recibe medicación analgésica, de forma continuada, mediante una vía colocada en el espacio epidural.

El/la valorador/a observará el mecanismo que permite la administración de analgesia, en pequeñas cantidades, y de forma intermitente o como infusión continua, a través de un catéter en el espacio epidural.

Se valora la necesidad de esta medida independientemente del nivel epidural en que se haya colocado el catéter y del compuesto terapéutico que se esté administrando.

#### Función inmunológica

Se valora la necesidad de medidas de apoyo para mantener la inmunidad.

Se valoran 2 ítems.

#### Aislamiento

Necesita permanecer incomunicado en un espacio sometido a medidas de esterilización específicas y sólo se permite la compañía de una persona.

El/la valorador/a constatará que la persona precisa permanecer en la situación de aislamiento, para disminuir el riesgo de afectación de la función inmunitaria, permitiendo la estancia de un acompañante para facilitar la atención personal.



Se valora independientemente de la localización física en que se tenga que producir el aislamiento y del tipo de medidas de esterilización que sean necesarias.



#### Semiaislamiento/ Mascarilla permanente

Necesita permanecer en un espacio sometido a medidas de esterilización específicas con un régimen de restricción de visitas, y/o precisa el uso de mascarilla de forma permanente para realizar vida social.

El/la valorador/a constatará que la persona precisa para disminuir el riesgo de afectación de la función inmunitaria, permanecer en una situación de semiaislamiento, en un espacio delimitado y con contactos sociales restringidos, y/o utilizar mascarilla u otros medios de aislamiento de la vía aérea para mantener contactos sociales en espacios no protegidos.

Se valora independientemente de cual sea la localización física en que se tenga que producir el semiaislamiento y del tipo de medidas de aislamiento de la vía aérea que sean necesarias.



#### 6.2.1. DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: Funciones vitales

La determinación de la severidad se establece asignando puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 3) según la medida de soporte para funciones vitales que se precisa.

Cuando una persona precisa sólo una medida de las contenidas en este apartado, la puntuación obtenida asigna la valoración como recoge la Tabla de Medidas de Soporte de Funciones Vitales.

## TABLAS DE MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

Alimentación	Puntuación
Sonda nasogástrica exclusiva	2
Parenteral exclusiva	3
Alimentación por estoma	2
Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral	1
Parenteral complementaria de la vía oral	2
Estoma eferente	1

Respiración	Puntuación
Respirador mecánico	3
Aspiración continuada	2
Oxigenoterapia permanente	2
Monitor permanente de apneas	1

Función renal y/o urinaria	Puntuación
Diálisis	2
Sondaje vesical permanente	1
Estoma urinario	1

Función antiálgica	Puntuación
Bomba de perfusión analgésica continua	2
Catéter epidural permanente	2

Función inmunológica	Puntuación
Aislamiento	2
Semiaislamiento / Mascarilla permanente	1

Cuando una persona precisa más de una medida de las contenidas en este apartado, debe realizarse una combinación de las puntuaciones, que asigna la valoración por necesidad de Medidas de Soporte de Funciones Vitales, conforme a las siguientes reglas:

- ♦ una puntuación de 3 en cualquiera de los ítems, asigna un 3
- ♦ una puntuación de 2, en al menos 3 ítems, asigna un 3 .
- ♦ una puntuación de 2 en cualquiera de los ítems, asigna un 2
- ♦ una puntuación de 1, en al menos 4 ítems, asigna un 2
- ♦ una puntuación de 1 en al menos 2 de los ítems, asigna un 1

La puntuación que resulta de esta combinación asigna la valoración por necesidad de Medidas de Soporte para Funciones Vitales.

### 6.3. MEDIDAS PARALA MOVILIDAD

Se valora la necesidad de utilizar medidas de soporte terapéutico que inciden en funciones relacionadas con el movimiento.

Se valoran 11 ítems.

Se valoran desde los 6 hasta los 36 meses.

Se debe observar y registrar en La EVE la necesidad de utilizar productos y/o tecnologías de apoyo que resulten medidas facilitadoras o restrictivas de la movilidad, y del desenvolvimiento personal, por:

- o La necesidad de recurrir a una medida terapéutica para facilitar la movilidad.
- o La restricción que produce en la posibilidad de movilización, la prescripción de una medida terapéutica.

Se definen como medidas facilitadoras de la movilidad, la utilización de prótesis, órtesis y casco protector.

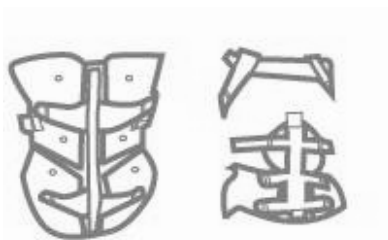
Se definen como medidas restrictivas de la capacidad de movimiento la necesidad de: fijaciones músculo-esqueléticas, protección lumínica, cutánea y oftálmica, vendaje corporal, procesador del implante coclear y de bomba de insulina.

#### Fijación vertebral externa

Precisa una estructura externa que limita la movilidad de la columna vertebral.

El/la valorador/a constatará que la persona precisa una estructura fijadora de la columna vertebral de cualquier material: metálica, de cuero, plástico etc. y/o tipo: collar, corsé o faja etc. y cuyo uso puede ser indicado durante todo el día o sólo durante las horas de actividad diaria.

Se valorará sea cual sea el tipo de estructura y el material de la misma.

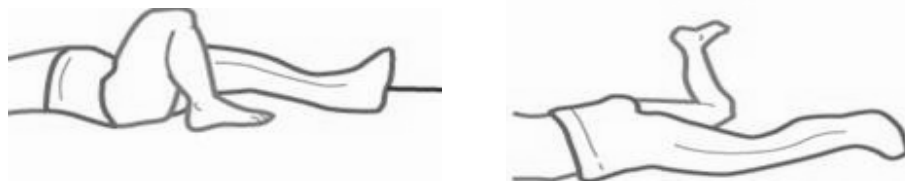


### Fijación pelvipédica

Precisa una estructura limitadora de la movilidad desde el tronco hasta una o ambas extremidades inferiores.

El/la valorador/a observará que la persona precisa una estructura fijadora que inmovilice desde las caderas hasta de uno o ambos miembros inferiores. El material de dicha estructura puede ser yeso, diversos tipos de plásticos u otros materiales.

Se valorará sea cual sea el material de la misma.



### Fijación de la cintura pélvica

Precisa un dispositivo ortoprotésico que limita la movilidad de ambas caderas.

El valorador/a registrará la necesidad de esta medida, cuando la persona precisa de un método terapéutico de fijación y separación de las caderas, ya se trate de una estructura fija (yeso, o estructura de plástico) o móvil (férula o sistema de correas), que pueda utilizar, bien durante todo el día o solo durante las horas de actividad.

Se valorará sea cual sea el tipo de fijación, o su material y el tiempo de utilización preciso.



### Tracción esquelética continua

Precisa un dispositivo que ejerce una fuerza tirante continua limitando la movilidad de la zona afectada.

Precisa la aplicación de una fuerza con el fin de inmovilizar y estirar ciertas partes del cuerpo en una dirección específica. Puede aplicarse tanto a la columna vertebral como a las extremidades. Se efectúa mediante poleas, cuerdas, pesas y un marco metálico fijado a la cama o instalado sobre ella.

El profesional que aplique la Escala, registrará la necesidad de esta medida, sea cual sea el sistema de la misma.



Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior.

Precisa un dispositivo ortopédico que reemplaza y/o compensa la extremidad y/o sus funciones.

Las prótesis y órtesis son dispositivos de ayuda para la movilidad personal:

Las prótesis son ayudas ortopédicas que se emplean para la sustitución de funciones anatómicas y fisiológicas perdidas.

Pueden ser de diferentes materiales.



Las órtesis son mecanismos ortopédicos auxiliares y terapéuticos que ejercen fuerza sobre un segmento del cuerpo y sirven para corregir las funciones dañadas o pérdidas del aparato locomotor.

Hay diferentes tipos de aparatos ortopédicos, como férulas; moldes de yeso o plástico, látex o siliconas; cinturones; varillas de refuerzo; y diferentes tipos de aparatos ajustables.



En este apartado se registrará la necesidad de la persona de los referidos dispositivos ortopédicos cualquiera que sea el material de los mismos.

Cuando la persona precise, porque así le haya sido prescrito, el empleo de más de una prótesis u órtesis, se registrará el número de ellas.

#### Casco protector

Precisa una pieza de protección craneal prescrita para la prevención de traumatismos de repetición durante la vigilia.

El valorador/a registrará la necesidad de utilizar un casco, que o puede ser de cualquier material rígido o flexible, de tipo chinchonera. Su función es proteger, cubriendo para ello la cabeza, desde la frente hasta la nuca, y puede incluir protección de la mandíbula y mentón. Su uso se indica como protección de traumatismos craneales repetidos, en personas en las que no se controla suficientemente este riesgo con tratamiento farmacológico, por lo que se utiliza sólo, durante las horas de actividad diurna y no durante el sueño.



#### Vendaje corporal

Al menos el 50% de la superficie corporal permanece cubierta con un vendaje prescrito como medida terapéutica.

El porcentaje de superficie corporal afectada se calcula en base a los siguientes valores: cabeza y cuello 18%, parte anterior del tronco 15%, parte posterior del tronco 18%, genitales 1%, cada una de las extremidades superiores 9% y cada una de las extremidades inferiores 15% .

El valorador/a registrará la necesidad de vendaje blando o compresivo, aplicado como aislamiento o sujeción, cualquiera que sea el material con el que se realice, el tipo de vendaje y la causa que ocasione suprescripción.

Se valorará como superficie afectada aquellas zonas que presentan lesiones de igual naturaleza que las que permanecen vendadas, aún cuando se encuentren al aire por prescripción terapéutica.



#### Protección lumínica permanente

Precisa utilizar de forma continuada medios de protección oftálmica y/o cutánea frente a la luz natural y/o artificial, y permanecer en espacios con baja intensidad lumínica, por prescripción terapéutica.

La protección de la luz, puede ser precisa por afectación de la piel o por intolerancia a la luz o a los efectos secundarios que la estimulación lumínica (fotoestimulación) produce sobre determinadas patologías. La persona puede necesitar:

- o Disminuir la intensidad de la luz en los espacios en que permanece. o Evitar los espacios abiertos durante las horas del día.
- o Medidas de protección de los ojos: gafas, lentes de contacto.
- o Medidas de protección de la piel: cremas aislantes, filtros solares o prendas de vestir de determinado material.

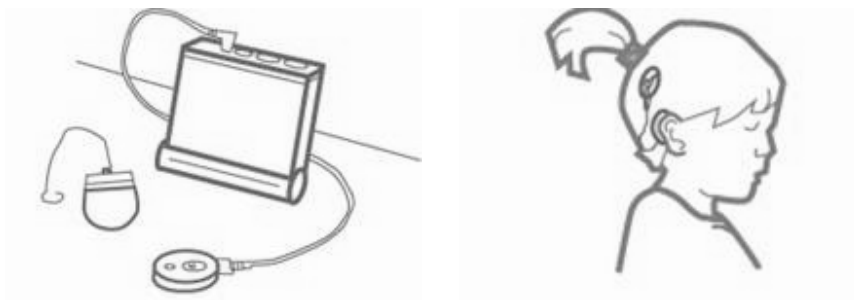
El profesional que aplique la escala recogerá la necesidad de esta medida, sea cual sea la causa por la que se produce la prescripción facultativa.

#### Procesador de implante coclear

Precisa un dispositivo electrónico que permite la función auditiva del implante.

El implante coclear es un aparato electrónico que consta de dos partes principales: una interna, que es llamado implante coclear, se coloca en el oído interno durante una cirugía; y una externa, compuesta por un micrófono, un transmisor y un procesador del habla, que se fija sobre el cuerpo, sujeto a este mediante diferentes sistemas.

El valorador/a observará y registrará que la persona precisa esta medida.



#### Bomba de insulina.

Precisa un dispositivo que permite administrar la insulina de manera continua.

Una bomba de insulina es un dispositivo que permite infundir insulina de forma constante. Es un aparato que tiene en su interior un compartimiento destinado a colocar el depósito de insulina, que se rellena de la misma forma que una jeringa convencional. La insulina se administra de forma continua, por tanto es necesario tener una conexión permanente a través de un tubo llamado catéter que en un extremo está conectado a la bomba y en el otro extremo tiene una pequeña aguja que se pincha en el tejido subcutáneo y se debe cambiar cada dos o tres días.

La bomba se utiliza de manera permanente durante las 24 horas el día.

## 6.3.1. DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD: Movilidad

La determinación de la severidad se establece asignando puntuaciones de severidad creciente (de 1 a 2) según la medida de movilidad que se precisa.

Cuando una persona precisa sólo una medida de las contenidas en este apartado, la puntuación obtenida asigna la valoración por Medidas de Movilidad.

TABLA DE MOVILIDAD	
Medidas	Puntuación
Fijación vertebral externa	1
Fijación pelvipédica	2
Fijación de la cintura pélvica	1
Tracción esquelética continua	2
Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior	1
Más de una prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior	2
Casco protector	1
Vendaje corporal	1
Protección lumínica permanente	1
Procesador de implante coclear	1
Bomba de insulina	1

Cuando una persona precisa más de una medida de las contenidas en este apartado, debe realizarse una suma de las puntuaciones, que asigna la valoración por necesidad de Medidas para la Movilidad, conforme a las siguientes reglas:

- ◆ La suma de puntuaciones igual o mayor a 5, asigna un 3
- ◆ La suma de puntuaciones igual o mayor de 2, asigna un 2

## 6.4. TABLAS DE NECESIDADES DE APOYOS EN SALUD. GRADO EN SALUD.

a) Personas desde el nacimiento hasta los seis meses.

De la combinación de las puntuaciones obtenidas en los ítems de Peso al Nacimiento y Medidas de Soporte para Funciones Vitales se obtiene una puntuación de Grado en Salud que se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad, como recoge la Tabla de Necesidades de Apoyo en Salud:



TABLA DE NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 0-6 MESES		
PUNTUACIÓN		GRADO EN SALUD
PESO	FUNCIONES VITALES	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
0	1	1
1	1	1
1	0	0

b) Personas desde 6 hasta 36 meses.

De la combinación de las puntuaciones obtenidas en los ítems de Medidas de Soporte para Funciones Vitales y Medidas para la Movilidad se obtiene una puntuación de Grado en Salud que se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad, como recoge la Tabla de Necesidades de Apoyo en Salud:

TABLA DE NECESIDADES DE APOYO EN SALUD 6-36 MESES		
SUBGRADO		GRADO EN SALUD
FUNCIONES VITALES	MOVILIDAD	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	3	2
1	2	1
1	1	1
1	0	1
0	2	1
0	1	0
0	3	1

## 7. TABLA DE DEPENDENCIA. GRADO DE DEPENDENCIA.

El Grado de Dependencia se obtiene como resultado de la combinación de las puntuaciones del Grado en Desarrollo y del Grado en Salud.

El Grado de Dependencia se expresa por medio de una escala de 1 a 3, de menor a mayor severidad, como recoge la Tabla de Dependencia:

TABLA DE DEPENDENCIA		
Grado		GRADO DE DEPENDENCIA
DESARROLLO	SALUD	
3	3	3
3	2	3
3	1	3
3	0	3
2	3	3
1	3	3
0	3	3
2	2	2
2	1	2
2	0	2
1	2	2
0	2	2
1	1	1
1	0	1
0	1	1

La puntuación de Grado de Dependencia asignada según la Tabla de Dependencia tiene una correlación directa con los Grados de Dependencia recogidos en el Artículo 26 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia:

GRADO DE DEPENDENCIA EN LA EVE	SITUACIÓN DE DEPENDENCIA LEY 39/32006
3	Grado III. Nivel 2 Gran Dependencia
2	Grado II. Nivel 2 Dependencia severa
1	Grado I. Nivel 2 Dependencia moderada
0	Sin Grado reconocible

## 7 ANEXO I

ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA  
EVE

## VALORACION EN VARIABLES DE DESARROLLO

ACTIVIDAD MOTRIZ		ADQUISICIÓN	
Hitos	Mes	Sí	No
1. Ajusta el tono muscular	0		
2. Mantiene una postura simétrica	0		
3. Tiene actividad espontánea	0		
4. Sujeta la cabeza	4		
5. Se sienta con apoyo	5		
6. Gira sobre sí mismo	7		
7. Se mantiene sentado sin apoyo	9		
8. Sentado sin apoyo, se quita un pañuelo de la cara	10		
9. Pasa de tumbado a sentado	11		
10. Se pone de pie con apoyo	12		
11. Da pasos con apoyo	13		
12. Se mantiene de pie sin apoyo	15		
13. Anda solo	18		
14. Sube escaleras sin ayuda	20		
15. Empuja una pelota con los pies	24		
16. Baja escaleras sin ayuda	27		
17. Traslada recipientes con contenido	30		
18. Anda sorteando obstáculos	32		
19. Se mantiene sobre un pie sin apoyo	33		

## NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD MOTRIZ

1.- Aspectos relevantes observados en el funcionamiento de la persona en los hitos de esta actividad

ACTIVIDAD ADAPTATIVA		ADQUISICIÓN	
Hitos	Mes	Sí	No
1. Succiona	0		
2. Fija la mirada	2		
3. Sigue la trayectoria de un objeto	4		
4. Sostiene un sonajero	4		
5. Tiende la mano hacia un objeto	6		
6. Sostiene un objeto en cada mano	8		
7. Pasa un objeto de una mano a otra	9		
8. Recoge un objeto con oposición del pulgar	10		
9. Tira de un cordón para alcanzar un juguete	11		
10. Manipula el contenido de un recipiente.	14		
11. Abre cajones	16		
12. Bebe solo	18		
13. Usa cubiertos para llevar la comida a la boca	22		
14. Se quita una prenda de vestir	24		
15. Reconoce la función de los espacios de la casa	26		
16. Imita trazos con el lápiz.	27		
17. Abre una puerta	30		
18. Se pone una prenda de vestir	33		
19. Abre un grifo	33		

## NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD ADAPTATIVA

1.- Aspectos relevantes observados en el funcionamiento de la persona en los hitos de esta actividad

## VALORACION EN NECESIDADES DE APOYOS EN SALUD

## PESO AL NACIMIENTO

Peso Recién Nacido	
1. Menor de 1100grs	
2. Entre 1100 y 1500 grs.	
3. Mayor de 1500 grs. y menor de 2200 grs.	

## MEDIDAS DE SOPORTE PARA FUNCIONES VITALES

1. Alimentación	
1.1 Sonda nasogástrica exclusiva	
1.2 Parenteral exclusiva	
1.3 Alimentación por estoma	
1.4 Sonda nasogástrica complementaria de la vía oral	
1.5 Parenteral complementaria de la vía oral	
1.6 Estoma eferente	

2. Respiración	
2.1 Respirador mecánico	
2.2 Aspiración continuada	
2.3 Oxigenoterapia permanente	
2.4 Monitor permanente de apneas	

3. Función renal y/o urinaria	
3.1 Diálisis	
3.2 Sondaje vesical permanente	
3.3 Estoma urinario	

4. Función antiálgica	
4.1 Bomba de perfusión analgésica continua	
4.2 Catéter epidural permanente	

5. Función inmunológica	
5.1 Aislamiento	
5.2 Semiaislamiento / Mascarilla permanente	

## MEDIDAS PARA LA MOVILIDAD

Medidas para la Movilidad	
1. Fijación vertebral externa	
2. Fijación pelvipédica	
3. Fijación de la cintura pélvica	
4. Tracción esquelética continua	
5. Prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior	
6. Mas de una prótesis/órtesis de miembro superior y/o inferior	
7. Casco protector	
8. Vendaje corporal	
9. Protección lumínica permanente	
10. Procesador de implante coclear	
11. Bomba de insulina	

## NOTAS DE LA VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE APOYOS EN SALUD

1.- Aspectos relevantes observados en relación con las medidas de apoyo en salud que recibe
---