



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA



**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**  
Departamento de Fisiología y Educación Física  
**FACULTAD DE MEDICINA**



Tesis Doctoral



# Evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga

María



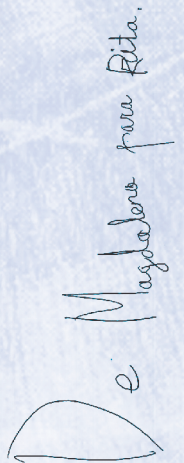
Presentada por: **Rita Pilar Romero Galisteo**



Directores:

Dra. D<sup>a</sup> Verónica Morales Sánchez

Dr. D. Eduardo Sánchez Guerrero



SPICUM  
servicio de publicaciones



Fernando



Universidad de Málaga  
Málaga, 2011





AUTOR: Rita Pilar Romero Galisteo  
Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga

ISBN: 978-84-9747-618-8



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:  
Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):  
[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)  
Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.  
No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.





**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**  
**Departamento de Fisiología y Educación Física**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

Tesis Doctoral

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LOS  
CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA  
DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA**

Presentada por: Rita Pilar Romero Galisteo

Directores:

Dra. D<sup>a</sup> Verónica Morales Sánchez

Dr. D. Eduardo Sánchez Guerrero

Universidad de Málaga

Málaga, 2011



**SPICUM**  
servicio de publicaciones





FACULTAD DE MEDICINA

Dpto. de Fisiología y Educación Física

Campus de Teatinos 29071 Málaga

**UNIVERSIDAD DE MÁLAGA**  
**Departamento de Fisiología y Educación Física**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

Tesis Doctoral

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LOS  
CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA  
DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA**

Presentada por: Rita Pilar Romero Galisteo

Directores:

**Dra. D<sup>a</sup> Verónica Morales Sánchez**  
Departamento de Psicología Social; Antropología Social  
Trabajo Social y Servicios Sociales  
Facultad de Psicología

**Dr. D. Eduardo Sánchez Guerrero**  
Departamento de Psiquiatría Fisioterapia  
Facultad de Medicina

Universidad de Málaga

Málaga, 2011

**Programa de Doctorado: Investigación en Actividad Física y Deporte 2007**

Programa distinguido con Mención de Calidad por el Ministerio de Educación y Ciencia

RESOLUCIÓN de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación

La presente tesis ha sido realizada bajo los convenios de colaboración entre la Universidad Malacitana (UMA) y diversas Entidades, tales como, el Ayuntamiento de Antequera. Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3524; el Ayuntamiento de Alhaurín el Grande. Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3548; la Asociación Malagueña de Padres de Parálíticos Cerebrales (AMAPPACE). Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3526; la Asociación de Padres con Hijos Deficientes Visuales (ASPAHIDEV). Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3527 y el Centro de Atención Temprana (APRONA). Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3529



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

FACULTAD DE MEDICINA

Dpto. de Fisiología y Educación Física

Campus de Teatinos 29071 Málaga

**Doña Verónica Morales Sánchez**, profesora del Departamento de Psicología Social; Antropología Social; Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Psicología y Don **Eduardo Sánchez Guerrero** profesor del Departamento de Psiquiatría Fisioterapia de la Facultad de Medicina, ambos de la Universidad de Málaga

INFORMAN:

Que la Tesis Doctoral realizada por **Doña Rita Pilar Romero Galisteo** con el título *Evaluación de la Calidad Percibida en los Centros de Atención Infantil Temprana de la Provincia de Málaga*, de la cual somos directores, ha sido proyectada, desarrollada y redactada bajo nuestra supervisión.

Que el mencionado trabajo de investigación reúne todas las características científicas y técnicas requeridas por la normativa vigente para poder ser defendido públicamente y optar al grado de Doctora por la Universidad de Málaga. Asimismo, merece una alta valoración en cuanto a rigor, actualidad de planteamiento y metodología, de todo lo cual informamos, como trámite preceptivo para su aceptación y posterior defensa pública.

En Málaga, a uno de febrero de dos mil once.

Dra. Dª Verónica Morales Sánchez

Dr. D. Eduardo Sánchez Guerrero





**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Dedicada a mis padres y hermana.  
A todos aquellos que confiaron en mí.  
A los que tuvieron la paciencia de  
enseñarme y darme tiempo para aprender,  
a mis profesores.

Gira el haz de luz  
para que se vea desde alta mar.  
Yo buscaba el rumbo de regreso  
sin quererlo encontrar.

Pie detrás de pie,  
iba tras el pulso de claridad.  
La noche cerrada, apenas se abría,  
se volvía a cerrar.

Un faro quieto nada sería  
guía, mientras no deje de girar.  
No es la luz lo que importa en verdad,  
son los 12 segundos de oscuridad.

Para que se vea desde alta mar...  
de poco le sirve al navegante  
que no sepa esperar.

Pie detrás de pie,  
no hay otra manera de caminar.  
La noche del cabo  
revelada en un inmenso radar.

Un faro para, sólo de día,  
guía, mientras no deje de girar.  
No es la luz lo que importa en verdad,  
son los 12 segundos de oscuridad.

12 segundos de oscuridad. J. Drexler, 2006.



## Agradecimientos:

Me ha llevado mucho tiempo escribir esta tesis y, por tanto, tengo una deuda de gratitud con mucha gente. Quiero expresar mi agradecimiento:

A mi familia, por apoyarme en todo momento, por su paciencia y ánimo a seguir adelante, justificando mis ausencias.

A Verónica Morales y a Eduardo Sánchez, no sólo como expertos directores de este trabajo, sino por el apoyo técnico y psicológico que me han prestado para poder ver el final de este trabajo.

A Antonio Hernández que, aun en la sombra, se intuía su presencia.

A Ángel Blanco Villaseñor, por su ayuda, incluso desde las Afortunadas...

A Pablo Gálvez, imprescindible en los últimos meses. Sin su apoyo y dedicación, esta tesis no hubiese visto la luz... a tiempo.

A M<sup>a</sup> Luisa García Giralda, la primera profesora que me impartió la asignatura sobre Fisioterapia Infantil, provocando mi ansia de formación en la misma. Por ser no solo una compañera.

A mis colegas en la facultad: Ana, Valeriano, Iván, Noelia, Maite, Chelo, Alejandro y demás compañeros del Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia.

A Rorry por sus sabios consejos y respeto a mis decisiones.

Especialmente agradecida a Esther Díaz, por haberme lanzado al mundo de la investigación y seguir "tirando de mí" en este arduo camino de tutorías, estadística, congresos, publicaciones y ¡becas de movilidad!.

A Javier Barón, por intentar hacerme entender la estadística como si fuese daltónica... ¡y conseguirlo!.

A mis compañeras de trabajo en el Centro de Atención Infantil Temprana de Antequera, Rafa, Pilar e Inmaculada, por su comprensión.

A Leo, por su paciencia y apoyo con la informática y nuevas tecnologías

A Ramón, Alberto, Felipe, Emilio, Eva, Elena, Yolanda, Maribel, Virginia, Ana, Miriam, Gracia, Carmela, Arancha, Nekane, M<sup>a</sup> Jesús y Sonia que han sabido escucharme.

A Lina, Miguel Ángel, Paco, Irene, Encarna y José David, compañeros de fatigas y del master, por saber transmitirme su ánimo, paciencia, conocimientos, artículos y demás información entre cena y cena.

A los alumnos de la asignatura de Psicología del Consumo y del Marketing, que me brindaron su apoyo y tiempo, recogiendo la información y pasando las encuestas por los centros seleccionados. Gracias, sin su ayuda, esta investigación no hubiese sido posible.

A los responsables y trabajadores de los centros que han participado en esta investigación, por su apoyo y colaboración desinteresada.

A los coordinadores de Atención Temprana de la Delegación de Salud de la Junta de Andalucía en Málaga, Marcelo Lorenzo y en especial a Susana Moya, por su apoyo e interés en que esta investigación se desarrolle.

A Rocío López, experta diseñadora, por sus sugerencias de estilo, maquetación.

A la familia Caracuel-Barrientos, especialmente a sus hijas Ángela y Magdalena, a la que debo la ilustración de la portada.

Y por último, como no, a mis pequeños pacientes que llevan consigo la inocencia del desconocimiento. A sus padres, madres, abuelos, cuidadores...sin su colaboración este trabajo no hubiese llegado a buen puerto.

A todos ellos, ¡MIL GRACIAS!

## Índice

---





<b>Índice</b> .....	13
<b>Introducción</b> .....	19

Primera parte

## **Marco teórico**

---

Capítulo 1

<b>Calidad del servicio</b> .....	27
-----------------------------------	----

1. Concepto de servicio .....	29
2. Concepto y definición de calidad .....	32
3. Calidad y satisfacción .....	36
4. Calidad en los servicios .....	39
4.1. Concepto de calidad del servicio .....	39
4.2. Dimensiones de la calidad del servicio .....	43
4.3. Calidad funcional y calidad relacional .....	44
5. Gestión de la calidad .....	46
5.1. La gestión de la calidad desde las técnicas de control de la calidad hasta la calidad total .....	48
5.2. Normativa sobre gestión de la calidad .....	51
5.3. Calidad total: modelos de gestión .....	54
5.3.1. Modelo Malcolm Baldrige: .....	57
5.3.2. Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM) .....	61
5.3.3. Modelo Deming Prize .....	64
5.3.4. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión .....	65
5.3.5. Otros modelos de implantación de la GCT .....	67
I. Cuadro de Mando Integral o <i>Balanced Scorecard</i> .....	68
II. <i>Total Performance Scorecard</i> .....	69
III. <i>Modelo de Valoración Estratégica o Strategic Assessment Model</i> .....	70

Capítulo 2

<b>Atención temprana y calidad</b> .....	73
--	----

1. Concepto y contextualización de la atención temprana .....	75
2. Objetivos de la atención temprana .....	77
3. Principios básicos .....	78
A. Diálogo .....	78

B. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública .....	78
C. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional.....	79
D. Coordinación .....	80
E. Descentralización .....	80
F. Sectorización .....	81
4. Niveles de intervención en atención temprana .....	81
4.1. Prevención primaria en salud .....	82
4.2. Prevención secundaria en salud .....	82
4.3. Prevención terciaria en salud .....	83
5. Ámbitos de actuación.....	83
5.1. Centros de atención infantil temprana .....	84
5.2. Servicios sanitarios .....	86
5.3. Servicios sociales .....	87
5.4. Servicios educativos.....	88
6. Coordinación interinstitucional.....	91
7. Normativa vigente:.....	94
8. La atención temprana como servicio.....	96
9. Necesidad de un sistema de calidad en un servicio de atención temprana.....	98
10. Calidad y atención temprana: propuesta de elaboración de una herramienta de medida .....	106
11. Evaluación de la calidad en A.T.: un modelo de intervención.....	108

### Capítulo 3

<b>Bases metodológicas .....</b>	<b>113</b>
----------------------------------	------------

1. Introducción .....	115
2. Metodología selectiva.....	115
2.1. Definición y características .....	115
2.2. Proceso de la metodología selectiva .....	117
2.3. Fases de la Metodología Selectiva .....	118
2.3.1. Planificación del estudio.....	119
2.3.2. Elaboración de instrumentos .....	119
2.3.3. Uso del instrumento .....	120
2.3.4. Transformación y análisis de los datos.....	122
2.3.5. Elaboración del informe .....	123
2.4. El cuestionario .....	124
2.4.1. Definición.....	124
2.4.2. Ventajas e inconvenientes.....	124
2.4.3. Modalidades de cuestionario.....	124
2.4.4. Diferencia con otros instrumentos.....	127
2.4.5. Elaboración del cuestionario .....	128
<i>A. La planificación del cuestionario .....</i>	<i>128</i>
<i>B. Elaboración propiamente dicha .....</i>	<i>129</i>
<i>C. Prueba piloto .....</i>	<i>129</i>
<i>D. Procedimientos empíricos de revisión .....</i>	<i>130</i>



<i>D. Redacción definitiva del cuestionario</i> .....	130
3. Análisis factorial exploratorio.....	130
4. Análisis de fiabilidad .....	133
5. Análisis de variabilidad.....	134
5.1. Análisis de los componentes de variancia.....	134
5.2. Análisis de Generalizabilidad .....	136

Segunda parte

## Marco empírico

---

Capítulo 4

<b>Planteamiento de la investigación</b> .....	145
1. Objetivo del estudio .....	147
2. Método .....	148
2.1. Participantes .....	148
2.1.1. Estudio piloto .....	148
<i>A. Encuestadores</i> .....	148
<i>B. Usuarios</i> .....	149
2.1.2. Estudio final .....	150
<i>A. Encuestadores</i> .....	150
<i>B. Usuarios</i> .....	151
2.2. Material .....	155
1. <i>ICCAIT-v.1.0 (estudio piloto)</i> .....	156
2. <i>ICCAIT-v.2.0 (estudio final)</i> .....	161
2.3. Procedimiento .....	165
2.3.1. Estudio piloto .....	165
2.3.2. Estudio final .....	169

Capítulo 5

<b>Resultados del análisis factorial exploratorio</b> .....	171
1. Resultados del estudio piloto.....	173
2. Resultados del estudio final .....	190
3. Conclusiones del análisis factorial exploratorio .....	201
3.1. Estudio piloto .....	201
3.2. Estudio final .....	205

Capítulo 6

<b>Resultados del análisis de fiabilidad</b> .....	207
1. Resultados del estudio piloto.....	209
2. Resultados del estudio final .....	215
3. Conclusiones del análisis de fiabilidad .....	220

Capítulo 7	
<b>Resultados del análisis de variabilidad</b>	<b>223</b>

1. Resultados del estudio piloto	225
2. Resultados del estudio final	228
A. Modelo EI:EU	228
B. Modelo EI:EUC	232
3. Conclusiones del análisis de variabilidad	236
3.1. Estudio piloto	236
3.2. Estudio final	237

Capítulo 8	
<b>Análisis descriptivo de datos</b>	<b>239</b>

1. Introducción	241
2. Análisis descriptivo de los ítems del cuestionario	241
3. Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos	246
4. Análisis descriptivo de las tablas de contingencia	254

Capítulo 9	
<b>Análisis de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga</b>	<b>259</b>

1. Introducción	261
2. Valoración de los ítems	262
3. Análisis de los factores	265
4. Conclusiones	271

Capítulo 10	
<b>Discusión y conclusiones</b>	<b>273</b>

Capítulo 11	
<b>Futuras líneas de investigación</b>	<b>285</b>

<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>289</b>
-----------------------------------	------------

<b>Anexo I: Inventario de Calidad en los Centros de Atención Infantil Temprana v. 1.0 (ICCAIT-v.1.0)</b>	<b>313</b>
--	------------

<b>Anexo II: Inventario de Calidad en los Centros de Atención Infantil Temprana v. 2.0 (ICCAIT-v.2.0)</b>	<b>317</b>
---	------------

<b>Anexo III: Documentos de la Junta de Andalucía (ficha individual de usuario, ficha interconsulta)</b>	<b>321</b>
--	------------

<b>Anexo IV: Hoja de incidencias</b>	<b>325</b>
--------------------------------------	------------

<b>Anexo V: Credencial para los encuestadores</b>	<b>327</b>
---	------------

## Introducción

Han transcurrido ya más de tres décadas desde que se iniciaron en nuestro país los primeros tratamientos de *atención temprana*, y durante este tiempo se ha producido una relativa consolidación de estos servicios. Llegado este punto, consideramos que es primordial determinar no solo la eficacia de estos servicios sino también su *calidad*.

La *calidad* es un tema que está en el candelero empresarial y académico desde hace años, como se aprecia en el número de publicaciones científicas y divulgativas al respecto. Permanentemente es objeto de tratamiento por los medios de comunicación, que informan de los planes de calidad puestos en marcha por organizaciones significativas, los programas de ayuda y estímulo a la mejora de la calidad emprendidos por administraciones públicas diversas, la instauración de premios y la creación de asociaciones orientadas a difundir y fomentar la calidad y la excelencia empresarial.

La *atención temprana* no es ajena a la creciente preocupación por la calidad que está impregnando todos los aspectos de la sociedad actual. Los procesos para la mejora de la calidad son un incentivo que, de manera implícita, va a provocar cambios en los resultados de la intervención temprana. En este sentido, nuestra labor profesional ha de estar orientada hacia la *calidad total*, ya que tener esta meta nos permitirá incrementar nuestra eficacia, competitividad y la satisfacción de nuestros clientes.

Estos argumentos nos llevan a desarrollar el primer eslabón nuestra investigación, el diseño de una herramienta para la *evaluación de la calidad en los centros de atención infantil temprana* por parte de los principales usuarios de los mismos, en nuestro caso, usuarios indirectos, como son las familias de los niños atendidos en nuestros servicios.

La *Gestión de la Calidad* se ha convertido actualmente en la condición necesaria para cualquier estrategia dirigida hacia el éxito competitivo de la empresa. El aumento incesante del nivel de exigencia del consumidor, junto a la explosión de competencia procedente de nuevos países con ventajas comparativas en costes y la creciente complejidad de productos, procesos, sistemas y organizaciones, son algunas de las causas que hacen de la *calidad* un factor determinante para la competitividad y la supervivencia de la empresa moderna. La literatura en este campo, apoyada en una amplia evidencia empírica, concluye que la competitividad empresarial, en un entorno turbulento como el actual, exige una orientación prioritaria hacia la *mejora de la calidad*. El fundamento de esta prescripción teórica es la existencia de una relación positiva entre la *Gestión de la Calidad* y los resultados organizativos. La abundante literatura existente reposa en una hipótesis explícita: la implantación de *sistemas de gestión y mejora de la calidad* permite alcanzar posiciones en el mercado, competitivas y financieras más fuertes. Simultáneamente, el proceso de difusión ha revelado una fructífera aproximación de la *Gestión de la Calidad* al resto de funciones empresariales y directivas, que se ha plasmado en la integración de sistemas de gestión varios (que incluyen desde la *Gestión de la Calidad* a la gestión de la prevención de riesgos laborales, la gestión de los recursos humanos, la gestión ética y la gestión medioambiental) y en la convergencia de la *Gestión de la Calidad* con la dirección estratégica.

En consonancia con las enseñanzas derivadas de la práctica empresarial y de las investigaciones de la academia, el número de empresas y organizaciones que están aplicando conceptos, modelos y técnicas de *Gestión de la Calidad* ha ido en aumento. Desde que iniciara su divulgación en el mundo industrial, durante los ochenta y noventa del siglo XX, la *Gestión de la Calidad* ha ido extendiéndose, obteniendo gran influencia en los servicios y dentro de ellos en los servicios públicos como la sanidad y la educación, que han hecho bandera de la *calidad*.

Por tanto, estamos ante un cambio, no solo en las organizaciones privadas, sino ante la necesidad de un cambio en la gestión de los servicios públicos, compatibilizando sus objetivos sociales con una calidad orientada a una adecuada gestión y atención al usuario. Pese a toda esta atención, o quizás precisamente por la confusión derivada de su notoriedad, existe una importante incertidumbre sobre el por qué, el para qué y el cómo puede implantarse este nuevo concepto. Tras este desconcierto laten una serie de errores y mitos, que

han lastrado tanto la práctica empresarial como la investigación académica sobre los enfoques de *Gestión de la Calidad* y su contribución a la mejora del desempeño organizativo. De lo anterior se deriva la necesidad de aportar una visión clara de los distintos conceptos de calidad y de los diferentes enfoques para la *Gestión de la Calidad* que ayudará a erradicar los malentendidos. Para ello requieren el conocimiento y desarrollo de unas medidas válidas que les permita una gestión eficiente, esto nos conduce al *primer capítulo* de nuestra investigación, en el cual delimitamos los conceptos relacionados con la *calidad del servicio*.

Antes de profundizar en nuestro estudio, hacemos una contextualización y definición del concepto *atención temprana* en el *segundo capítulo* de nuestra tesis. Asimismo se comentan en él los objetivos generales, principios básicos y niveles de intervención de la atención temprana. De la misma manera, hacemos un repaso de la normativa actualmente vigente sobre el tema a nivel internacional, nacional y en nuestra comunidad autónoma continuando con algunos detalles sobre los ámbitos de actuación y la coordinación interinstitucional en la atención temprana.

Al igual que hemos apreciado la notable evolución en el concepto de la *calidad*, también podemos apreciar la evolución existente en el contexto de la *atención temprana*, por lo que abordamos y relacionamos estos dos conceptos. Tras la descripción del concepto de *atención temprana* así como el de *calidad*, es importante relacionar ambos términos para entender el proceso y el objetivo de nuestra investigación.

Como hemos referido anteriormente, la preocupación por la calidad nace en el mundo de las organizaciones. Actualmente, esta inquietud social alcanza también a los recursos implicados directamente con las personas en los sectores de la sanidad, la educación o el bienestar social. Es éste nuestro campo de actuación, por tanto, se debe considerar la *calidad del servicio* como una necesidad e incluso un derecho de todos los ciudadanos. Planteamos la necesidad de la *evaluación de la calidad en los servicios de atención infantil temprana* y proponemos la elaboración de una herramienta de medida de este constructo, que hemos denominado *inventario de calidad en los centros de atención infantil temprana* (ICCAIT). Del mismo modo, proponemos seguir un modelo conjunto de intervención, denominado *triángulo de la calidad del servicio*, que

aúna los modelos básicos existentes en la literatura europea y americana para medir la calidad de los servicios.

En el *capítulo tercero* repasamos brevemente las *bases metodológicas* en las que hemos basado nuestra investigación. Nos detenemos además, en la definición, el proceso de elaboración y las modalidades de cuestionario que existen, así como en la explicación de las técnicas estadísticas para realizar los análisis llevados a cabo para conseguir nuestros objetivos.

En el *capítulo cuarto* de nuestra investigación abordamos el *planteamiento* de la misma de forma detallada. Nos marcamos un objetivo principal de estudio así como diferentes objetivos secundarios de trabajo que, mediante los análisis pertinentes, conseguimos alcanzar en los siguientes capítulos.

En el *capítulo quinto* se detallan los *resultados del análisis factorial exploratorio* al que fueron sometidos los datos de nuestra investigación. Del mismo modo, se resumen los resultados obtenidos tras el análisis llegando a unas conclusiones al final del capítulo.

El *análisis de fiabilidad* al que sometemos los datos recogidos en nuestra investigación, nos sirve para determinar si la herramienta que hemos diseñado para evaluar la calidad en los centros de atención infantil temprana es fiable. En el *capítulo sexto* se describen los resultados y conclusiones a las que hemos llegado tras la realización del pertinente análisis de fiabilidad al que hemos sometido cada una de las escalas que componen nuestro ICCAIT.

En el *séptimo capítulo* se exponen los *resultados del análisis de la variabilidad*. Se realiza un *análisis de generalizabilidad* de diferentes modelos propuestos en base a los resultados del *análisis de variancia* previo y necesario. En base a estos análisis se obtuvieron unos resultados en función de los cuales determinamos en qué medida se pueden generalizar los mismos de manera fiable. Asimismo se realizó un *plan de optimización* con objeto de racionalizar y gestionar de manera eficiente los recursos disponibles de los que disponemos.

El *análisis descriptivo de los datos*, se detalla en el *capítulo octavo*, siendo los ítems que componen las escalas de nuestro cuestionario descritos minuciosamente así como los datos sociodemográficos recogidos en el mismo y las tablas de contingencia descritas en él.



El *análisis de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga*, que da título a nuestra tesis doctoral, se comenta en el *capítulo noveno* de la investigación. En él se ha analizado la calidad de este tipo de centros repartidos por nuestra provincia valorando tanto las respuestas a los ítems como analizando las mismas según los factores que detallamos en el capítulo 5.

En el *capítulo décimo* se comentan de manera exhaustiva la *discusión y conclusiones* de nuestro trabajo a partir de los resultados obtenidos. Y para finalizar con nuestro marco empírico, se proponen en el *capítulo undécimo* las propuestas para unas *futuras líneas de investigación*.

Por último, se recogen en un bloque los distintos *Anexos* con documentación utilizada que ilustra nuestro trabajo.

Nuestro deseo es proponer una herramienta útil, pragmática y fiable para la *evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana*.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Primera parte  
**Marco teórico**

---



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Capítulo 1  
**Calidad del servicio**

---

## Contenido

1. Concepto de servicio
2. Concepto y definición de calidad
3. Calidad y satisfacción
4. Calidad en los servicios
5. Gestión de la calidad

*La sabiduría comienza por la definición de los términos.*

*Sócrates.*

Los estudios de la *calidad de servicio* tienen en común el hecho de considerar central el punto de vista de los clientes finales al valorar los productos que nuestras organizaciones son capaces de proporcionar. Desde esta perspectiva, el rendimiento de las organizaciones es valorado en último término por las personas que adquieren y/o utilizan los bienes de consumo y servicios. Si se tiene en cuenta que todos ocupamos el rol de consumidor o usuario en nuestra sociedad, ésta es una cuestión importante.

En las últimas décadas el interés por este tema no ha parado de crecer. A la presión por la competitividad, que demanda modelos que ayuden a comprender el comportamiento y las evaluaciones que realizan los usuarios y consumidores, se une la emergencia de una nueva gestión de los servicios públicos que intenta compatibilizar sus objetivos sociales con una atención al usuario de mayor calidad. Asimismo, otras organizaciones que se encargan de la defensa y el asesoramiento de los usuarios y consumidores requieren de conocimientos de esta índole para realizar de manera adecuada sus funciones.

Los responsables de las empresas y las organizaciones de servicios no deben quedar indiferentes ante los cambios que, en este sentido, se están produciendo en nuestra sociedad, ya que el éxito de su gestión depende, en parte, de conocer las necesidades y satisfacción de las mismas que tienen sus clientes (Martínez-Tur, Peiró y Ramos, 2001).

## 1. Concepto de servicio

Una de las características principales de las economías desarrolladas a partir de la 2ª mitad del siglo XX es la importancia creciente de los servicios. Aun así, no han recibido la atención que se merecen y sólo aparece una tendencia de cambio a partir de los años 70 (Cuadrado y del Río, 1992).

Por tanto, se considera necesario hacer una breve revisión conceptual del término servicio y entender previamente sus características propias. Según Kotler (1992), un servicio es cualquier actuación que una parte puede ofrecer a la otra, esencialmente intangible y sin transmisión de propiedad. Para Stanton, Etzel y Walter (1992), los servicios constituyen actividades identificables, intangibles, que se conciben para proporcionar la satisfacción de las necesidades de los consumidores.

Se distinguen tres factores que definen las diferencias existentes entre los servicios y los bienes físicos, es decir, refiriéndose a la forma en que son producidos, consumidos y evaluados:

- *Intangibilidad del servicio*: ya que los servicios son prestaciones y experiencias más que objetos. Es difícil establecer especificaciones precisas para su elaboración que permitan estandarizar su calidad. Los resultados no pueden ser medidos, comprobados y verificados para asegurar su calidad antes de la venta; los criterios que utilizan los consumidores para evaluar esta calidad, pueden ser complejos y difíciles de establecer con precisión cuando lo que se vende es una prestación. Contrariamente a lo que sucede con la venta de cualquier producto.
- *Heterogeneidad del servicio*: especialmente los que requieren mucha colaboración humana. Por lo general, la prestación variará de un productor a otro, de un usuario a otro y de un día para otro. Por ejemplo la interacción entre el empleado de contacto y el usuario, no puede ser estandarizada dentro de unas normas que permitan asegurar la calidad, como se podría hacer en cualquier planta de productos manufacturados.
- *Inseparabilidad entre la producción y el consumo de muchos servicios*. En la mayoría de las ocasiones, los usuarios se encuentran donde se produce el servicio, observando y evaluando ese proceso de producción a medida que lo experimentan. Los proveedores de servicios no tienen el beneficio que les aporta toda una estructura y proceso de producción que actúa como colchón amortiguador, suavizando y matizando la relación existente entre la producción y el consumo. Esto permite que el producto obtenido se entregue sin alteraciones al consumidor, fruto de la interacción entre el usuario y el proveedor, en vez de ser estructurada y controlada en la planta de producción (Morales Sánchez, 2003).



Martínez-Tur, Peiró y Ramos (2001, p. 45-46) hacen una distinción sobre algunas características relevantes:

- La *intangibilidad* hace referencia al hecho de que realmente los servicios, a pesar de que sólo son posibles gracias a elementos tangibles, como el mobiliario educativo, lo que se compra es una acción, esto es, un proceso de prestación de servicio. Los usuarios no pueden tocar, mirar o degustar un servicio, sino sólo experimentarlo.
- La *simultaneidad* se asocia al hecho de que la prestación del servicio suele estar unida a su mismo uso. El usuario está presente mientras se le presta el servicio, por lo que existe una gran falta de estandarización. La persona que contrata un servicio puede determinar qué tipo de servicio se va a prestar y cómo se va a llevar a cabo.
- La *heterogeneidad* tiene que ver con que los servicios son prestados por personas y van dirigidos a personas, por lo que el servicio puede variar en función de los participantes en el mismo, proveedor y usuarios, así como por el momento en que ocurre.
- El *carácter perecedero* de los servicios está relacionado con el tiempo real que los caracteriza. Los servicios, al contrario de lo que ocurre con los bienes de consumo<sup>1</sup>, no pueden almacenarse. La imposibilidad de mantener un stock dificulta el afrontamiento de las fluctuaciones en las demandas. El momento temporal en que el usuario decide utilizar un servicio es crítico por lo que respecta al desempeño y a la evaluación que se hace del uso.
- Con *la adquisición de un bien de consumo*, la persona generalmente se queda en propiedad lo que compra. Por el contrario, en el ámbito de los servicios, el usuario sólo tiene un acceso temporal al servicio de que se trate. Lo único que se consigue es el beneficio que puede derivarse del servicio, pero no el servicio en sí mismo.

1 La diferencia entre servicio y bien de consumo es abordada de forma más extensa en el apartado 4.1 de este mismo capítulo.

## 2. Concepto y definición de calidad

Dado el creciente interés actual de las empresas por la *calidad*, este concepto es ampliamente utilizado, existiendo múltiples definiciones con un difícil consenso en su conceptualización. Asimismo, la calidad es un término que todos los consumidores entienden pero que difícilmente pueden definir. Según la *Real Academia Española*, se asume por *calidad la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie*.

Algunos autores como Pirsing (1974) opinan que la *calidad* no es definible, a ser una propiedad absolutamente personal que sólo podrá reconocerse teniendo en cuenta la experiencia. Por tanto, es importante revisar los significados generales que ha ido adquiriendo el término, de acuerdo con la revisión hecha por Morales Sánchez y Hernández Mendo (2004a, 2004b), se podrían determinar cuatro perspectivas básicas en el concepto de calidad, que coexisten en la actualidad, tales como:

- *Calidad como excelencia*. Las organizaciones de servicios deben conseguir el mejor de los resultados. Sin embargo, debido a su subjetividad, es difícil entender qué se considera como *excelente*, ya que sería necesario marcar unas directrices claras para conseguir ese nivel exigido.
- *Calidad como ajuste a las especificaciones*. Esta nueva perspectiva pretende asegurar una precisión en la fabricación de los productos, esto permite el desarrollo de una definición de calidad más cuantificable y objetiva. Desde esta perspectiva, se entiende la calidad como medida para la consecución de objetivos básicos, tales como, poder evaluar la diferencia existente entre la calidad obtenida en distintos períodos, para poder así obtener una base de comparación y determinar las posibles causas halladas bajo su diferencia.
- *Calidad como valor*. No existe el mejor bien de consumo o servicio en sentido absoluto, dependiendo de aspectos tales como precio, accesibilidad, etc. Se puede definir como lo mejor para cada tipo de valor. En este sentido, las organizaciones consideran una eficiencia interna y una efectividad externa, es decir, deben analizar los costes que supone seguir unos criterios de calidad y, al mismo tiempo, satisfacer las expectativas

de los consumidores y usuarios, teniendo en cuenta la dificultad existente en valorar estos elementos, ya que son dinámicos, varían con el tiempo. Es difícil identificar qué características son importantes para cada consumidor.

- *Calidad como satisfacción de las expectativas de los usuarios o consumidores.* Definir la calidad como el grado en que se atienden o no las expectativas de los consumidores o usuarios supone incluir factores subjetivos relacionados con los juicios de las personas que reciben el servicio. Es una definición basada en la percepción de los clientes y en la satisfacción de las expectativas, esto es importante para conocer qué necesitan los usuarios y los consumidores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta medida es la más compleja de todas, ya que las personas pueden dar distinta importancia a diferentes atributos del producto o servicio y es difícil medir las expectativas cuando los propios usuarios y consumidores a veces, no las conocen de antemano, sobre todo cuando están ante un producto o servicio de compra o uso poco frecuente (Martínez-Tur et al., 2001). Este pudiera ser el caso objeto de nuestro estudio; la mayoría de los usuarios que acuden a los *centros de atención infantil temprana* (CAIT), no conocen previamente el servicio que se les va a ofrecer.

Como vemos, el empleo del término calidad no es tan intuitivo como creíamos. De hecho, el término calidad se emplea en muchísimas ocasiones pero en muy pocas con el mismo significado. En su uso diario, los bienes de calidad suelen tender a identificarse con bienes de lujo, bienes excelentes. En distintas disciplinas, como el marketing, la economía, la filosofía, etc., también se emplea el término con distintos significados. Esto conduce a que el empleo de este término esté cargado de ambigüedad. (Sangüesa, Mateo e Ilzarbe, 2006).

El concepto de calidad como uniformidad se centra en los aspectos internos de la producción, intentando conseguir productos que satisfagan los estándares de diseño y que estén libres de errores. Se centra en los procesos. No se puede garantizar una calidad uniforme y su mejora continua sin disminuir la variabilidad de las características del producto. Para Deming (1982), la calidad sería un esfuerzo continuo por mejorar el proceso reduciendo la variabilidad.

El concepto de calidad como aptitud para el uso es acuñado por Juran y Gryna (1988), para quienes la calidad ya no sólo consiste en no tener deficien-

cias, sino que además implica un producto con un conjunto de características que deben satisfacer las necesidades de los clientes. Así, para Schiffman y Lazar (2001), con frecuencia los consumidores juzgan la calidad de un producto o servicio tomando como base las diferentes señales de información que han llegado a asociar con dicho producto. Algunas de esas señales hacen referencia a características intrínsecas del producto o servicio mismo (sabor, aroma, color, tamaño, decoración, ambiente, atención) y otras son de carácter extrínseco (publicidad, entorno cultural, precio). Esas señales, por sí solas o en combinación, proporcionan la base para las percepciones de la calidad de productos y servicios.

Existe también en la literatura, una clasificación elaborada por Garvin en 1988 que recopila todas las definiciones de calidad de los diferentes autores en 5 grupos:

1. *Definiciones trascendentes*: Consideran la calidad como una cualidad innata, una característica absoluta y universalmente innata. Ocasionalmente se relaciona calidad con los trabajos artesanos de precisión, en oposición con la fabricación en masa. Se consideran trabajos de calidad aquellos que están por encima de las modas, cuya imagen de calidad perdura inamovible en el tiempo. Los seguidores de esta visión trascendente de la calidad afirman que no puede darse una definición precisa sobre la calidad, ya que aprendemos a reconocerla a través de la propia experiencia. Calidad significa llegar a un estándar más alto en lugar de estar satisfecho con el mediocre.
2. *Definiciones basadas en el producto*: Consideran la calidad como una característica medible. Las diferencias de calidad significan diferencias en la cantidad de una característica que posee el producto. Esto conduce a una concepción jerárquica de la calidad, ya que según la cantidad del atributo deseado que contenga el producto, podemos ordenar los productos de menor a mayor calidad. Este tipo de definiciones surgieron en el campo de la economía. En un primer momento la economía identificó la calidad con la durabilidad del producto, ya que así la calidad era fácilmente incorporable a los modelos económicos.

Estas definiciones, a pesar de ser una aproximación acertada, en ciertas ocasiones fallan. Por ejemplo, la calidad de ciertos productos depende

de los distintos gustos. Además puede haber productos de alta calidad, pero muy diferentes entre sí.

3. *Definiciones basadas en el usuario*: Parten de la idea de que la calidad debe ser definida desde la óptica del usuario. Estas definiciones asumen que los compradores individuales tienen gustos diferentes, además asumen que los productos que mejor satisfacen sus necesidades son los que consideran como productos de más calidad. Por ejemplo, en un desfile de moda, los artículos que más gusten al público serán los que se considerarán de mayor calidad. Esto hace de la calidad una característica altamente subjetiva.

En marketing se dice que determinadas combinaciones de los atributos de un producto conducen a la mayor satisfacción de un cliente específico. En el campo de la economía se considera que las diferencias de calidad pueden interpretarse como desplazamientos en la curva de la demanda del producto. Respecto de un producto en cambio, se habla de *fitness for use*.

Pero los anteriores enfoques tienen dos problemas:

- Cómo agregar las preferencias individuales: suele resolverse este problema asumiendo que los productos de alta calidad son los que satisfacen las necesidades de la mayoría de los consumidores, pero este planteamiento no tiene en cuenta la diferencia de peso que cada individuo otorga a las características de calidad y la dificultad de lograr un modelo estadístico sin sesgos a la hora de agregar las preferencias.
- Cómo distinguir aquellos atributos del producto que añaden calidad al producto de aquellos que simplemente maximizan la satisfacción del cliente.

Ejemplos de definiciones basadas en el usuario pueden ser: *la calidad consiste en la capacidad de satisfacer los deseos de los consumidores* (Sangüesa et al., 2006) o *Quality is fitness for use* (Juran & Gryna, 1988).

4. *Definiciones basadas en la producción*: Están basadas en la oferta. Prácticamente todas identifican la calidad con el cumplimiento de las especificaciones. Se determinan las tolerancias, y las desviaciones respecto a las mismas se consideran disminuciones de la calidad. La misma concepción se aplica también a los servicios. En este caso, las exigencias son la adecuación a cada cliente y el cumplimiento de los horarios previstos. Este tipo de definiciones se centran en el proceso interno del producto y no prestan la debida atención a las percepciones del cliente.
5. *Definiciones basadas en el valor*: Definen la calidad en términos de costes y precios. Es decir, un producto de calidad es aquel que satisface determinadas necesidades a un precio razonable. Por ejemplo, si el usuario nos pide un coche muy económico y fácil de aparcar en ciudad, el modelo que cumpla con las condiciones a un mejor precio será el de mejor calidad. Esta concepción es cada vez más importante, diversos estudios así lo demuestran, pero es difícil de aplicar en la práctica. Calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana (Sangüesa et al., 2006).

### 3. Calidad y satisfacción

No en pocas ocasiones se emplean como sinónimos los conceptos de calidad del servicio percibida y la satisfacción del cliente, confundiéndose ambos términos. La literatura existente al respecto establece que la calidad del servicio percibida sería una evaluación actitudinal, global y a largo plazo, mientras que la satisfacción del cliente sería una medida de la reacción emocional del consumidor en cada experiencia. La calidad del servicio sería un concepto más amplio y estable que desarrollaremos en el siguiente apartado, mientras que la satisfacción del cliente sería más específica y cambiante en cada transacción (Morales Sánchez, 2003).

El concepto de *satisfacción*, pues, se muestra escurridizo a la hora de ser delimitado de manera clara. Diferentes autores, aun estudiando el mismo fenómeno, ponen el acento en distintos aspectos. Además, desde los primeros estudios sobre la satisfacción hasta la actualidad ha ido variando su concepción, enriqueciéndose y matizándose según han ido pasando los años.

En la tabla 1.1 quedan reflejadas algunas de las definiciones de satisfacción formuladas por autores que se han interesado por el constructo (Martínez-Tur et al., 2001. p. 31).

AUTOR Y AÑO	DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN
Howard y Sheth (1969)	Es la respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia entre las expectativas previas y el rendimiento percibido del producto después del consumo.
Westbrook (1980)	Es un juicio o evaluación global determinado por respuestas afectivas y cognitivas relacionadas con el uso o consumo de productos.
Oliver (1980)	Es una respuesta de los consumidores que viene dada por un estándar inicial en cuanto a expectativas y por la discrepancia de expectativas y el rendimiento percibido del producto consumido.
Oliver (1981)	Es la evaluación de la sorpresa inherente a la experiencia de compra o adquisición.
Churchill y Surprenant (1982)	Es una respuesta a la compra de productos o uso de servicios que resulta de la comparación entre costes-beneficios de la compra en relación a las consecuencias anticipadas.
Woodruff, Cadotte y Jenkins (1983)	Es una respuesta emocional a la confirmación o no de expectativas previas.
Tse y Wilton (1988)	Es una respuesta del consumidor a la discrepancia percibida entre las expectativas previas y el rendimiento del producto una vez consumido.
Oliver y Swan (1989)	Se debe a dos procesos de comparación: expectativas previas con rendimiento del producto y costes-beneficios del consumidor con costes-beneficios del proveedor y del producto.
Tse, Nicosia y Wilton (1990)	Es un proceso multidimensional y dinámico donde interactúan actividades mentales y conductuales a lo largo del tiempo.
Bitner (1990)	Es una función de la confirmación o no de expectativas previas.
Westbrook y Oliver (1991)	Es una evaluación o juicio relacionado con una compra específica.
Hunt (1991)	Es un constructo esencialmente emocional y no cognitivo.
Bolton y Drew (1991)	Es una evaluación del consumidor acerca de una transacción específica.
Oliver y Mano (1993)	Es una respuesta post-consumo elicitada por factores cognitivos y afectivos.
Price, Arnould y Tierney (1995)	Hace referencia a aspectos afectivos relacionados con la experiencia de uso.
Oh y Parks (1997)	Es probablemente un proceso complejo que incluye dinámicas cognitivas, afectivas y otras psicológicas y fisiológicas aún no descubiertas.

**Tabla 1.1.** Definiciones de la satisfacción de los usuarios y consumidores (Martínez-Tur, Peiró y Ramos, 2001. p. 31)

Como se puede apreciar, el concepto de satisfacción se ha ido matizando a lo largo del tiempo, según han ido avanzando las investigaciones, enfatizando sobre distintos aspectos y variando su concepción. Pero en las últimas déca-

das el objeto de la investigación del constructo de satisfacción ha variado. Así, mientras en la década de los setenta el interés se centraba fundamentalmente en determinar variables que intervienen en el proceso de su formación, en la década de los ochenta se analizan además las consecuencias de su procesamiento (Moliner, Berenguer y Gil, 2001).

La mayoría de los autores revisados consideran que la satisfacción implica:

1. La existencia de un objetivo que el consumidor desea alcanzar.
2. La consecución de este objetivo sólo puede ser juzgada tomando como referencia un estándar de comparación.
3. El proceso de evaluación de la satisfacción implica como mínimo la intervención de dos estímulos: un resultado y una referencia o estándar de comparación.

Como puede observarse, la satisfacción está asociada a la sensación de contento que se corresponde con una visión utilitarista del comportamiento de consumo, ya que la reacción del sujeto es consecuencia de un procesamiento de información y de la valoración del cumplimiento de las funciones que tiene asignadas un determinado bien de consumo o servicio (Morales Sánchez, 2003).

Por todo ello podemos afirmar que la satisfacción es considerada como una evaluación susceptible de ser cambiada en cada transacción, mientras que la calidad de servicio percibida supone una evaluación más estable a lo largo del tiempo. Aunque bien es verdad que hay que tener en cuenta que la calidad de servicio como actitud se actualiza en cada transacción específica, rendimiento percibido, influyendo en la satisfacción que se experimenta (Teas, 1993).

Diferentes trabajos se han fijado como objetivo evaluar la calidad asistencial a partir de las propias percepciones de los usuarios (Andaleeb, 2001; Carman, 2000; Mira, Aranz, Lorenzo, Rodríguez y Moyano, 2001, Rial Bouceta, Torrado Pérez, Braña Tobío y Varela Mallou, 2010).

Por tanto, las organizaciones no sólo han de tener en cuenta la elaboración de una imagen de calidad entre sus potenciales clientes, calidad de servicio



percibida, sino también cuidar cada transacción específica, satisfacción, ya que la opinión que un cliente tiene del servicio o bien de consumo puede verse alterada por una experiencia, satisfactoria o insatisfactoria, en un momento dado. Así, su lealtad puede verse modificada si se producen situaciones insatisfactorias en los momentos concretos del acto de consumo (Morales Sánchez, 2003).

## 4. Calidad en los servicios

### 4.1. Concepto de calidad del servicio

Mucho se habla y se discute sobre lo difícil de obtener calidad en las empresas de servicios. Los servicios se prestan en tiempo real, lo que dificulta el trabajo. Existen dos clases de servicios: los internos, en los que el cliente que los recibe pertenece a la propia empresa, y los externos, que son aquellos que se prestan a clientes ajenos a la organización. Los primeros pueden presentar, más o menos, características similares en ambos casos, sea cual sea el tipo de empresa. Los segundos suelen diferenciar sensiblemente (Cela, 1996).

Gran parte de los estudios están orientados a la evaluación sobre la calidad de los productos tangibles y no hacia la calidad del servicio. Es importante considerar, pues, algunos aspectos relevantes centrados en la calidad de los servicios (Grönroos, 1982; Lehtinen & Lehtinen, 1982; Berry, Shostack & Upah, 1983; Sasser, Olsen & Wychoff, 1978):

1. Es más difícil evaluar para el usuario la calidad del servicio que la calidad de un producto tangible. Consecuentemente, puede ser que los criterios que utilizan los usuarios para evaluar la calidad de un servicio sean más difícil de comprender. Así, por ejemplo, tenemos que la evaluación de la calidad de los servicios de salud es mucho más compleja y difícil que la valoración de la calidad de los automóviles. En publicaciones recientes, podemos encontrar que las deficiencias en la calidad de los servicios de salud son bastante frecuentes y comunes. Tal como concluyó un estudio americano realizado entre pacientes que evaluaron la calidad de un servicio hospitalario, en ella pueden influir las expe-

riencias previas que los pacientes hayan tenido con respecto a eventos adversos como pudieran ser los errores médicos (Taylor et al., 2008).

2. Los usuarios no sólo evalúan la calidad de un servicio valorando el resultado final que reciben, sino que también toman en consideración el proceso de recepción del servicio, es decir, la manera en que se implica la persona que lo presta, el interés y el trato amistoso que muestra con el cliente.
3. Los únicos criterios que realmente cuentan en la evaluación de la calidad de un servicio son los que establecen los clientes. Sólo los usuarios juzgan la calidad; todos los demás juicios son esencialmente irrelevantes. Específicamente, la percepción de la calidad del servicio se establece en función de lo bien que el proveedor realiza la prestación, evaluada en contraste con las expectativas que tenía el cliente respecto a lo que esperaba que realizase el proveedor.

Gabbot y Hogg (1994) sugieren que hay que diferenciar entre producto, bien de consumo y servicio.

- El *producto* sería el concepto más general e incluiría tanto al bien de consumo como al servicio.
- El *bien de consumo* sería aquella parte del producto formada exclusivamente por propiedades físicas.
- El *servicio* estaría relacionado con los aspectos intangibles.

Es necesario definir los dos *modelos de calidad en los servicios*, que han marcado las investigaciones actuales, nos referimos a las *dos corrientes* más importantes que según Morales Sánchez (2003), son:

- *Escuela Nórdica*: También denominada en la literatura científica como *tradición europea*. Encabezada por los trabajos de Grönroos (1982, 1984, 1988) y Gummesson (1988), creadora del modelo de la imagen, enfocando la calidad del servicio desde el punto de vista del producto. En este modelo la calidad percibida por el cliente será el resultado de la relación entre la calidad técnica (qué servicio recibe el cliente), la calidad fun-

cional (cómo se traslada el servicio al cliente) y la imagen corporativa (la imagen de calidad que se intenta comunicar a los clientes).

La cuestión fundamental para entender la tradición europea y sus contribuciones al estudio de la calidad de servicio reside sobre todo en la diferenciación entre la calidad técnica y la funcional. En definitiva, esta tradición europea conduce a la existencia de dos grandes dimensiones: tangible o físico e intangible o interactivo. Grönroos (1984; p.36) concluye que la calidad del servicio es el resultado de un proceso de evaluación, denominada *calidad de servicio percibida*, donde el cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido. Por lo tanto depende de dos variables: el servicio esperado y el servicio recibido. El servicio esperado, está formado por diversos factores que influyen directamente en la formación de las expectativas de los clientes como las diversas actividades de la empresa de servicios tales como las relacionadas con el proceso de marketing, por ejemplo publicidad, venta, establecimiento de precios, etc., también la influencia de variables externas tales como la tradición, por ejemplo frases ya establecidas tales como *yo estoy acostumbrado a, esto siempre se ha hecho así, etc.*, la ideología referida a la religión, la política, la formación, etc., incluso la propia comunicación *boca a oído* entre clientes, denominada publicidad directa, sin olvidar incluso, la propia experiencia previa con el servicio o con servicios similares.

- *Escuela Norteamericana:* También denominada *instituto de ciencias del marketing (marketing science institute)*. Esta corriente enfoca la calidad del servicio desde la óptica de la percepción de los clientes. Aquí destaca el proyecto de investigación desarrollado por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) que dio origen a la conocida herramienta de medida *SERVQUAL (Service Quality)*. Estos autores basaron parte de su trabajo en las publicaciones de Grönroos. Desde que a mediados de la década de los ochenta estos investigadores plantearon su modelo sobre la calidad de servicio su desarrollo ha sido excelente, generando múltiples investigaciones a pesar de sus críticas. Modelo de gran pragmatismo, tanto es así, que en ocasiones se asocia la calidad de servicio con este modelo sin tener en cuenta otras perspectivas.

En definitiva, podemos apreciar ciertas *semejanzas* entre las dos tradiciones, ambas conciben la calidad de servicio como una discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los clientes. Por ello mismo, la problemática relativa a la concepción de la calidad de servicio como discrepancia es aplicable a las dos tradiciones. Por otro lado, se pueden considerar dos dimensiones relevantes, la dimensión de *resultado* o *tangible* y la dimensión de *proceso* o *intangible*. De las cinco dimensiones propuestas en el SERVQUAL, hay una que representa a lo tangible, mientras que las otras cuatro: fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía y seguridad, se refieren a lo intangible, es decir, al proceso de interacción entre el cliente y los empleados. Así pues, queda reflejada la filosofía subyacente en la estructura de la tradición europea de la calidad de servicio.

En cuanto a sus diferencias, podemos destacar, que desde la tradición europea, tanto la dimensión de resultado, *tangible*, como la de proceso, *intangible*, adquieren relevancia. De hecho, ya Grönroos (1984) señalaba la necesidad de ambas. En la tradición norteamericana, se mide una sola dimensión de tangibles frente a cuatro de intangibles. Por otro lado, e implícitamente, la tradición europea considera en mayor medida la distinción entre servicio y organización de servicios, es decir, aunque el componente de servicio es de carácter intangible, en la gran mayoría de las ocasiones se produce un producto-paquete que incluye tanto lo tangible, *bien de consumo*, como lo intangible, *servicio*.

Tradicionalmente, la calidad de servicio se ha conceptualizado y medido desde la perspectiva individual del usuario, impactando sobre la satisfacción que experimenta. Debemos considerar que el *usuario es un juez relevante* aunque, a diferencia de otros constructos, como la confirmación de expectativas o la satisfacción, el de la *calidad de servicio* no se refiere a una experiencia interna de cada persona, sino a la valoración de atributos externos del servicio, por ejemplo, rapidez en la atención (Sánchez-Hernández, Martínez-Tur, González-Morales, Ramos y Peiró, 2009).

Es importante destacar que en los servicios de Atención Temprana, la mayoría de los usuarios no han tenido anteriormente contacto alguno con este tipo de servicios. Por tanto, resulta irrelevante en nuestra investigación la recogida de datos o medida del constructo *confirmación de expectativas*, aunque sí nos pareció interesante reflejar en nuestro cuestionario tanto el tiempo que lleva asistiendo al Centro de Atención Infantil Temprana como si el usuario ha reci-

bido atención en otro centro anterior al actual, de manera que pudiera conocer con anterioridad este tipo de servicios.

## 4.2. Dimensiones de la calidad del servicio

Entendemos por dimensiones de la calidad del servicio aquellos factores que determinan la percepción de la calidad de servicio, es decir, aquellos elementos en que los clientes centran su atención a la hora de valorar la calidad de un servicio. Son muchos los autores que proponen dimensiones de la calidad del servicio. Según la selección hecha por Morales Sánchez (2003) y resumida en la tabla 1.2, por orden cronológico los más destacados:

- Lehtinen & Lehtinen (1982) establecen tres dimensiones de la calidad del servicio:
  - a. *calidad física*, es decir, aspectos tangibles del servicio como pueden ser las instalaciones, el equipamiento, etc.
  - b. *calidad corporativa* o lo que es lo mismo, imagen de la empresa
  - c. *calidad interactiva*, es decir, interacciones personales entre empleado y cliente o entre cliente y cliente. Resulta interesante plasmar en nuestra investigación esta dimensión, utilizando diferentes escalas en la elaboración de nuestra herramienta de medida o *inventario de calidad en los centros de atención infantil temprana* (ICCAIT). Ver Anexo I y II.
  
- Grönroos (1984) establece que la calidad percibida por el cliente será el fruto de:
  - a. *calidad técnica*, es decir, qué se da al cliente.
  - b. *calidad funcional* o cómo se da.
  - c. *imagen corporativa* o lo que es lo mismo, imagen de la empresa.
  
- Eiglier y Langeard (1989) establecen tres dimensiones estrechamente relacionadas entre sí:
  - a. *calidad del output* o calidad del servicio prestado como resultado final.

b. *calidad de los elementos que intervienen en el proceso de prestación del servicio*, es decir, soporte físico, personal de contacto, etc.

c. *calidad del proceso de prestación del servicio*.

■ Parasuraman, Zeithaml y Berry (1991), dentro de la Escuela Norteamericana de calidad de servicio, identificaron inicialmente diez dimensiones de la calidad del servicio, que luego quedaron reducidas a cinco:

1. *elementos tangibles*, donde se valoraban aspectos como la apariencia de las instalaciones físicas, el personal, etc.
2. *fiabilidad*, donde se valora si el servicio prometido se realiza de forma fiable y cuidadosa.
3. *capacidad de respuesta* o disponibilidad para atender a los clientes con rapidez.
4. *seguridad*, es decir, conocimientos, atención, confianza, etc..
5. *empatía* o atención individualizada.

AUTORES	AÑO	DIMENSIONES DE LA CALIDAD DEL SERVICIO
Lehtinen & Lehtinen	1982	Calidad física, corporativa e interactiva
Grönroos	1984	Calidad técnica, funcional e imagen corporativa
Eiglier & Langeard	1989	Calidad del output, de los elementos que intervienen en el proceso de prestación del servicio y del proceso de prestación del servicio
Parasuraman, Zeithaml & Berry	1991	Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía

Tabla 1.2. Dimensiones de la calidad del servicio

### 4.3. Calidad funcional y calidad relacional

En consonancia con el apartado anterior, añadiremos un par de conceptos importantes y novedosos que diferentes investigadores utilizan en sus más recientes estudios. Price, Arnould y Tierney (1995) son unos de los primeros

autores en apuntar la existencia de aspectos emocionales o relacionales en la prestación de un servicio. Por un lado, los empleados de la empresa u organización se ven obligados a desarrollar un trabajo emocional, expresando emociones para satisfacer a los usuarios y generando con ello beneficios que van más allá de la prestación concreta del servicio.

En esta línea, Peiró, Martínez-Tur y Ramos (2005) confirmaron, tanto desde la perspectiva del usuario como desde la del empleado, la existencia de dos grandes factores de interacción social en la calidad de servicio: funcional y relacional.

La *calidad funcional* se refiere a la eficiencia con que se atiende a los usuarios en los aspectos centrales del servicio, mientras que la *relacional* se define a través de la obtención, por parte del cliente, de beneficios emocionales que han de ver con un trato exquisito. Estos beneficios emocionales son especialmente evidentes cuando se alarga en el tiempo la relación entre empleado y cliente, como pudiera ser el caso de la Atención Temprana, pero también en interacciones cortas, ya que en ocasiones se atienden a usuarios de forma puntual. Es decir, pueden venir solo unos días para una valoración por parte de los profesionales del centro y recibir unas pautas terapéuticas o pueden pasar hasta 5 años de tratamiento en el Centro de Atención Infantil Temprana, que es lo habitual.

En esta misma línea y siguiendo a Parasuraman y colaboradores, se señala que la interacción social en los servicios es mucho más importante que los aspectos físicos o tangibles (Parasuraman et al., 1985). Confirmaron esta idea a través del estudio de las expectativas de los usuarios y observando que los aspectos tangibles ocupaban un lugar secundario en sus intereses (Zeithaml et al., 1993).

Este predominio de lo interpersonal no tiene por qué darse en todas las organizaciones de servicios. De hecho, algunos investigadores han desarrollado tipologías de organizaciones de servicios donde se asume que cada tipo de servicio tiene peculiaridades que deben tenerse en cuenta en una investigación (Cunningham, Young y Lee, 1997). Un factor crítico es la presencia del usuario en las organizaciones de servicios. Hay servicios que se prestan mientras el usuario está en su casa o en el trabajo como por ejemplo, una línea telefónica, pero otros se desarrollan en las instalaciones de la organización como los *centros de atención infantil temprana*, objeto de nuestra investigación. Entre los

servicios que se prestan en la misma organización, difiere de manera evidente la intimidad de la presencia física del usuario (Martínez-Tur et al., 2005). En algunas ocasiones el usuario sólo tiene un conocimiento y uso superficial de los aspectos tangibles como por ejemplo, uso de un servicio bancario, mientras que en otras usa y conoce en detalle las instalaciones, por ejemplo, vestuarios de en una instalación deportiva o *Centros de Atención Infantil Temprana*.

Seguramente, los resultados obtenidos por Parasuraman y cols. (1985), con respecto a la escasa importancia atribuida a los aspectos tangibles, tienen que ver con los tipos de organizaciones de servicios estudiados. Estos investigadores se centraron especialmente en servicios de banca y compañías de seguros. Todos estos servicios son bastante *puros*, en el sentido de que lo que predomina es la interacción con el empleado y no las condiciones físicas de las instalaciones. Cuando un usuario acude a una oficina de una entidad bancaria, adquieren un rol primordial aspectos como la disposición del empleado para resolver problemas o la confianza que éste es capaz de transmitir. En cambio, tienen un rol secundario las condiciones del equipamiento. Las cosas cambian cuando el usuario conoce y utiliza en detalle las instalaciones de la organización de servicios en cuestión, por ejemplo, la limpieza de la habitación de un hotel. Los estímulos que se encuentran presentes y se valoran en detalle van más allá de la interacción con el empleado. En este sentido, Mañas, Jiménez, Mayor, Martínez-Tur y Moliner (2008), señalan que, bajo estas circunstancias, el usuario no sólo es sensible a la interacción con el empleado, sino también a las condiciones físicas y técnicas de la organización. Tal podría ser el caso de las condiciones higiénico-sanitarias, el estado de los juguetes y demás recursos en un centro de atención infantil temprana, que es el tema que nos atañe.

## 5. Gestión de la calidad

En toda clase de organizaciones vinculadas al sector servicios, cuando se analiza la calidad se obtiene que, a pesar de sus potenciales beneficios, la implantación de una estrategia competitiva de esta naturaleza no esta exenta de problemas, habida cuenta de la dificultad que plantea la definición y medida de la misma en este ámbito. Pese a ello, han sido numerosos los investigadores que han tratado de desarrollar definiciones y diseñar modelos para gestionar adecuadamente la calidad (Pastor Tejedor, 2007).



La *Gestión de la Calidad* se ha convertido actualmente en la condición necesaria para cualquier estrategia dirigida hacia el éxito competitivo de la empresa. El aumento incesante del nivel de exigencia del consumidor, junto a la explosión de competencia procedente de nuevos países con ventajas comparativas en costes y la creciente complejidad de productos, procesos, sistemas y organizaciones, son algunas de las causas que hacen de la *calidad* un factor determinante para la competitividad y la supervivencia de la empresa moderna. La literatura en este campo, apoyada en una amplia evidencia empírica, concluye que la competitividad empresarial, en un entorno turbulento como el actual, exige una orientación prioritaria hacia la *mejora de la calidad*. El fundamento de esta prescripción teórica es la existencia de una relación positiva entre la *Gestión de la Calidad* y los resultados organizativos. La abundante literatura existente reposa en una hipótesis explícita: la implantación de *sistemas de gestión y mejora de la calidad* permite alcanzar posiciones en el mercado, competitivas y financieras más fuertes. Simultáneamente, el proceso de difusión ha revelado una fructífera aproximación de la *Gestión de la Calidad* al resto de funciones empresariales y directivas, que se ha plasmado en la integración de sistemas de gestión varios (que incluyen desde la *Gestión de la Calidad* a las gestión de la prevención de riesgos laborales, la gestión de los recursos humanos, la gestión ética y la gestión medioambiental) y en la convergencia de la *Gestión de la Calidad* con la dirección estratégica. Algunas ideas falsas sobre la calidad y la Gestión de la Calidad son, según Camisón, Cruz y González (2007):

- La Gestión de la Calidad consiste en hacer más rigurosa la inspección.
- La calidad se alcanza con el máximo esfuerzo, trabajando al máximo.
- La Gestión de la Calidad quiere decir establecer normas de calidad para productos y procesos.
- La Gestión de la Calidad quiere decir desarrollar manuales de calidad.
- La Gestión de la Calidad equivale a la certificación
- La Gestión de la Calidad consiste en preparar gráficos de control.
- La Gestión de la Calidad es estadística.
- La Gestión de la Calidad es una cosa que hace la sección de control de calidad, circunscribiéndose al área de fabricación.
- La Gestión de la Calidad se puede dejar en manos de producción.
- La Gestión de la Calidad no necesita el compromiso del personal.
- La Gestión de la Calidad busca lograr un producto técnicamente perfecto.
- La Gestión de la Calidad no tiene nada que ver con la dirección
- La calidad es costosa.

- La Gestión de la Calidad es innecesaria en mi empresa, porque es rentable.
- La Gestión de la Calidad es innecesaria en empresas de servicios.

La falta de marcos teóricos generalmente aceptados, la heterogeneidad de enfoques y la diversidad de experiencias vividas por los gurús, han contribuido a generar gran confusión entre los directivos, que deben enfrentarse a una gran diversidad de formas de definir y medir la calidad y de aproximaciones a la Gestión de la Calidad. La complejidad de ambos conceptos (calidad y Gestión de la Calidad) hace que hayan sido definidos e interpretados de formas muy diversas, lo que a su vez ha llevado a enfoques y modelos de implantación también diferentes en sus principios y prácticas (Camisón, Roca y Bou, 2000; Camisón, 2004; Camisón, Oltra y Flor, 2003).

### 5.1. La gestión de la calidad desde las técnicas de control de la calidad hasta la calidad total

La gestión de la calidad se ha desarrollado durante los últimos 100 años, aproximadamente. Al igual que hemos podido apreciar la notable evolución en el concepto de calidad, también se puede observar esta evolución en las distintas etapas de la gestión de la calidad desde las *Técnicas de Control de Calidad* hasta la *Calidad Total*, ligado todo ello a distintos instrumentos de medida y procesos de evaluación. Con referencia a las distintas etapas podemos apreciar según James (2000) cuatro más relevantes:

- *Inspección de la calidad*: Podemos considerar que el interés por la gestión de la calidad, comienza con Taylor en 1920, con lo que se denominaba *dirección científica taylorista*, sistema que promulgaba la realización de tareas específicas, observando los procedimientos de los trabajadores y midiendo la salida del producto. Ideó lo que él llamaba la *dirección científica de la empresa*. Partía de la estricta idea de un *camino óptimo* para cada acción en cada proceso de trabajo. Para Taylor, los trabajadores de producción no deberían perder tiempo pensando sobre las tareas que estaban haciendo, sólo debían hacer lo que se le asignaba a su puesto. Los operarios deberían usar sus manos y no sus cerebros. Con el tiempo el ta-

ylorismo mostró sus limitaciones, *la pérdida del sentido del trabajo*, la dificultad del trabajador en identificarse con su esfuerzo, identificación que le otorgaba no sólo identidad sino además comprensión del proceso en el cual estaba inmerso. Un hombre que simplemente ajustaba tuercas en la línea de montaje no entendía el propósito de esa tarea y mucho menos, la importancia que la misma tenía para las etapas que lo precedían y que lo continuaban. Como resultado, los trabajadores no comprendían su aporte al proceso productivo, difícilmente esto producía óptimos resultados. Durante la Primera Guerra Mundial, los sistemas de fabricación fueron más complicados, implicando el control de gran número de trabajadores por uno de los capataces de producción; como resultado, aparecieron los primeros inspectores de tiempo completo y se inicia así la segunda etapa, denominada *control de la calidad*.

- *Control de la calidad*: Esta segunda etapa se centra más en el producto, en el proceso de producción. La preocupación subyacente sería que la falta de calidad de los productos, causa costes muy cuantiosos. La adopción de medidas apropiadas al respecto, tales como inspección, clasificaciones, muestreos, etc., originaban nuevos costes, aunque, a pesar de ello, resultaba aconsejable. Según esto, la calidad quedaba sometida a una disciplina mecánica: un *órgano técnico* fijaría los estándares de calidad, el *órgano ejecutante* realizaría la fabricación, un *órgano de información* mediría los atributos reales de lo fabricado y constataría las imperfecciones originadas y un *órgano decisorio* para tomar las medidas pertinentes sobre el proceso y la ejecución.

Aunque se puede considerar como punto de partida en esta época a Juran con la edición en 1951 de su *Manual de Control de Calidad* y creando el *Instituto Juran de la Calidad*, anteriormente existieron otros autores relevantes tales como Shewart, Deming, Crosby, Ishikawa, Feigenbaum y Taguchi, que contribuyeron con sus trabajos a esta época y que, incluso fueron desarrollados en épocas posteriores.

- *Desarrollo del aseguramiento de la calidad*: En esta etapa, se desarrollan mecanismos para el aseguramiento de la calidad, esto implica el desarrollo de procesos de planificación y sistematización necesarios para asegu-

rar la calidad en el lugar de fabricación, tales como las normas *European Norms* (EN)<sup>2</sup>, *British Standards* (BS), *International Standardization Organization* (ISO), *Una Norma Española* (UNE).

Según estos mecanismos, cuando una empresa dispone de un método de gestión de calidad, es decir, ha puesto en marcha un sistema de trabajo acorde a las normas, por ejemplo, de ISO 9000, se le entrega lo que denominan certificado de registro de empresa. Así, cuando un producto cumple la norma se dice que es un producto de calidad. Del mismo modo, cuando un método de producción de trabajo o de servicio se adecua a una norma se podría garantizar que el sistema de gestión es de calidad. (Morales Sánchez, 2003).

- *Gestión de la calidad total*: Se puede considerar como una filosofía empresarial que ha de implantarse en la organización de forma global, aunque esta época será motivo de desarrollo más adelante, en el punto 5.3, puede observarse en la figura 1.1, la evolución de este concepto a lo largo de los años.

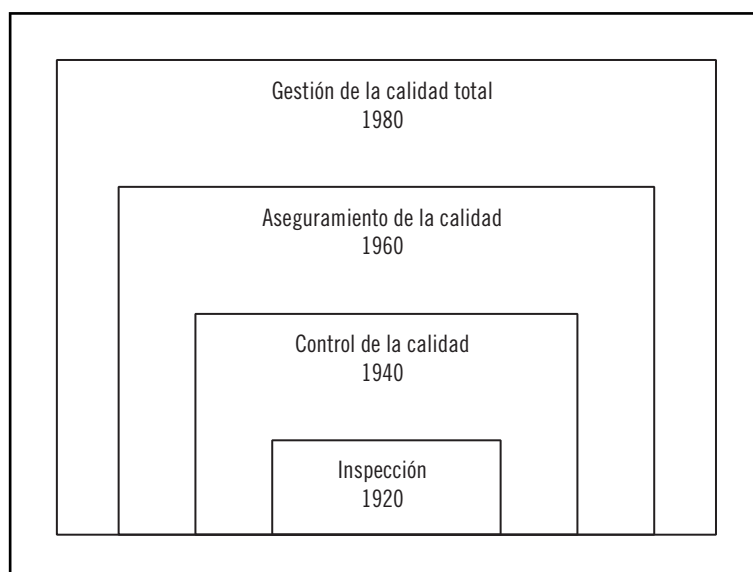


Figura 1.1. Desarrollo de la gestión de calidad (Sangüesa, Mateo e Ilzarbe, 2006)

## 5.2. Normativa sobre gestión de la calidad

El (SGC) es un componente del sistema de gestión general de una organización que establece las directrices para dirigir y controlar las actividades relacionadas con la calidad. Comprenderá un conjunto de actividades, organigramas, procedimientos, reglas, instrucciones, recursos, métodos, tecnologías, etc., diseñados para poder alcanzar los objetivos de calidad establecidos previamente.

Los SGC están diseñados para proporcionar el apoyo y el mecanismo necesario para la conducción eficaz de las actividades relacionadas con la calidad en una organización. Es un medio sistemático para gestionar la calidad en una organización. La organización orientada a la calidad asegura que un sistema de gestión de la calidad está implantada y trabajando eficazmente (James, 2000).

Los SGC tienen cuatro elementos: la *norma de calidad*, el *sistema de certificación*, la *marca de calidad* y el *ente gestor*. Las normas de calidad parten de la unificación de criterios entre todas las partes interesadas y son aprobados por organismos de normalización de reconocido alcance:

- Nacional: Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR).
- Regional: Comité Europeo de Normalización (CEN).
- Internacional: Organización Internacional para la Estandarización (o de Estándares).

La *certificación* consiste en un documento formal que confirma el cumplimiento de la norma por una organización. Existen certificaciones de sistemas, de productos y de personas. Permite el uso de la marca de calidad emitida por la entidad de normalización, como ISO en el caso de las normas ISO 9001:2000. Cualquier empresa de cualquier país europeo puede escoger para certificarse el organismo de certificación que más se ajuste a sus necesidades. Así, cuando una empresa dispone de un método de gestión de calidad, es decir, ha puesto en marcha un sistema de trabajo acorde a las normas por ejemplo de ISO 9000, se le entrega lo que denominan *certificado de registro de empresa*. Cuando un producto cumple la *norma* se dice que es un producto de calidad. Del mismo modo, cuando un método de producción de trabajo o de servicio se adecua a una norma se podría garantizar que el sistema de gestión es de calidad (Morales Sánchez, 2003).

Los objetivos de esta normalización o certificación son:

- Mejorar la presentación del servicio y la satisfacción del cliente.
- Mejorar la productividad y eficacia.
- Mejorar el mercado.
- Ser más competitivo.
- Reducir costes y obtener más beneficios.
- Asegurar la estabilidad de la empresa y su futuro.
- Mejorar la calidad de vida de empresarios, mandos, trabajadores y clientes.

El SGC más popular actualmente en el ámbito internacional son las normas ISO, aunque hay organizaciones que disponen de sistemas propios, este mecanismo dispone de un conjunto de normas estándar que permite identificar a la organización ante otras afines, ya sean clientes o proveedores, y esto les permite acogerse al certificado de calidad para un reconocimiento exterior. Por estas razones, hemos creído necesario explicar brevemente este procedimiento.

La familia ISO 9000 está establecida por un conjunto de normas, utilizadas para el desarrollo de sistemas de aseguramiento de la calidad, especialmente implantadas en Europa. Las siglas ISO, como hemos visto anteriormente, corresponden a la *International Standardization Organization*. Las normas ISO adoptadas por los países de la Comunidad Europea, han sido emitidas por el Comité Europeo de Normalización. En España, el organismo encargado del desarrollo, incorporación y traducción de normas es AENOR. Los países de la Unión Europea utilizan las siglas EN y España las siglas UNE. (Ejemplo: UNE EN ISO 9002).

Las normas ISO 9000, pueden ser utilizadas por cualquier organización independientemente del tamaño o sector en el que opere. Una observación importante es el hecho de que un producto o servicio que haya sido certificado según alguna de las normas ISO, no supone necesariamente que posea una calidad superior a la de otro similar. Significa que los productos o servicios ofrecidos por esa empresa se encuentran controlados, reglados y sujetos a modificaciones controladas. Dentro de la familia ISO 9000 existen tres normas sobre modelos de aseguramiento de la calidad, la elección de una u otra norma depende del tipo de operaciones que realice cada empresa. La norma guía es la

EN/ISO 9004/2. Para tener el certificado de empresa registrada deberá optarse por una de las tres normas básicas según las características de la empresa:

- La norma UNE/ISO 9001 debe elegirse cuando la organización quiere asegurar la calidad en el diseño y desarrollo, la producción, la instalación y el servicio postventa.
- La norma UNE /ISO 9002 se utiliza para asegurar la calidad en la producción, la instalación y el servicio postventa.
- La norma UNE/ISO 9003 se utiliza cuando se quieren verificar los productos a través de inspección y ensayos finales.

Los veinte puntos de la norma ISO 9001 son los siguientes:

1. Responsabilidad de la dirección.
2. El sistema de calidad.
3. Revisión del contrato.
4. Revisión del diseño.
5. Control documental.
6. Compras.
7. Suministros del cliente.
8. Identificación y trazabilidad.
9. Control de procesos.
10. Inspección y ensayos.
11. Control de equipos de inspección, medición y ensayo.
12. Estado de inspección y ensayos.
13. Control de productos y servicios no conformes.
14. Acciones preventivas.
15. Manipulación, almacenamiento, embalaje, conservación y entrega.
16. Registros de calidad.
17. Auditorías internas de calidad.
18. Formación y adiestramiento.
19. Servicio postventa.
20. Técnicas estadísticas.

Para cada punto se redactaría un capítulo del Manual de Calidad indicando *no aplica* en aquellos puntos que la norma no lo exija. Relacionando a la misma familia, ISO 9000 y la ISO 8402, se encontrarían las normas ISO 10011, que establecen los requerimientos para las auditorias de los sistemas de calidad. Por último se encuentra la norma ISO 10013, ésta es una guía que indica cómo se debe documentar el sistema en el Manual de Calidad. Además de las normas que ya se mencionaron, existen otras, que como las anteriores, también son relativas al Aseguramiento y Administración de la Calidad. Algunas de ellas son guías o reportes técnicos que ayudan a la aplicación de las normas en sectores específicos, otros son guías o requerimientos para algunos elementos específicos de los sistemas de calidad. En realidad cuando se habla de cumplir con ISO 9000 se tiene que satisfacer de una manera congruente todas las normas aplicables de Aseguramiento de Calidad, por lo que es importante conocerlas. Para la comprobación de ello se realiza una auditoria que otorga a la organización una certificación, que acredite el ajuste a las normas (Morales Sánchez, 2003). La norma ISO 90011:2002 es únicamente un documento guía que proporciona información detallada sobre la planificación e implantación de auditorias efectivas (Sangüesa et al., 2006).

### 5.3. Calidad total: modelos de gestión

La anterior etapa de la Gestión de la Calidad, es decir, el Desarrollo del aseguramiento de la calidad, es propia de una estrategia empresarial defensiva, con el objetivo de continuar en un mercado altamente competitivo. Esta última etapa, en cambio, refleja una estrategia proactiva, que intenta anticipar las necesidades futuras del mercado comprometiéndose con la organización (Cooper, Fletcher, Gilbert y Wanhill, 1993).

En las tres épocas anteriores, la atención de las organizaciones se dirigían a control de costes, dirección por objetivos, diversificación, volumen, medidas, certificaciones, etc. La Gestión de la Calidad Total (GCT), *Total Quality Control* (TQC) se puede considerar como una filosofía empresarial que ha de implantarse en la organización de forma global, que permite introducir a las personas en un proceso de mejora continua, motivándolas, para redescubrir el enorme potencial del ser humano y su aplicación en el trabajo bien hecho. Esto requiere una revolución cultural hacia un cambio de actitud que experimenta todo el personal a todos los niveles de la organización, que ayuda a reencon-



trar el sentido del trabajo individual y en grupo, intenta involucrar a todos los empleados en una dinámica de mejora continua, necesitando el compromiso y la participación de todos ellos, para conseguir satisfacer las expectativas y necesidades propias y del usuario o consumidor, por medio de una estrategia de trabajo en equipo y de innovaciones continuas, buscando la revalorización y significado del trabajo.

El término *Total Quality Management* (TQM), o *Gestión de la Calidad Total* (GCT), es un término cada vez más extendido en los últimos años. Debe advertirse, sin embargo, que la calidad total no es un concepto más que se impone durante una temporada, como una moda, y que acabará quedando en el olvido. La gestión de la calidad total es la que nos proporciona la vivencia suficiente de una cultura de calidad que nos permita una mejora continua.

La *calidad total* presupone asumir por parte de las empresas e instituciones los nuevos significados de esta palabra, ante todo, un significado global y unificador, que se proyecta tanto al interior como al exterior de la propia organización, referente y objetivo de cualquier actividad desarrollada en la empresa. El cliente pretende un resultado global. Dentro del significado de la palabra *calidad* se deben reunir aspectos tales como: competitividad, coste, rentabilidad, excelencia, moral, productividad, beneficio, calidad del producto o servicio, volumen, resultados, servicio, seguridad, atención al entorno, etc. (Morales Sánchez, 2003; Barranco, 2004; Lacasta, 2005).

La nueva norma ISO 9000:2000 no recoge una definición de la gestión total de la calidad, ya que trata de centrarse solamente en los conceptos relacionados con la gestión de la calidad. Sin embargo, su antecesora, la ISO 8402:1994, sí que recogía una definición para este término que sigue utilizándose como referente en el campo de la calidad, es la siguiente: se define la *gestión de la calidad total* como una forma de gestión de una organización centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus miembros y que pretende un éxito a largo plazo mediante la satisfacción del cliente y beneficios para todos los miembros de la organización y para la sociedad (Sangüesa et al., 2006).

Uno de los conceptos principales es el *liderazgo*, considerado como la solución a situaciones en las que aparecen complejidades operativas. De esta forma, la clave de un servicio excelente radica en un genuino liderazgo del servicio en todos los niveles de la organización, de manera que dirija e inspire

la base necesaria para potenciar el compromiso entre los servidores. La esencia de ese liderazgo es una cultura de logros en la que tiene que estar inmerso el personal que trabaja en servicios para sentirse desafiado y dar siempre lo mejor de sí mismos. Así pues, según Zeithaml et al. (1993), la diferencia entre los líderes y los directivos sería que los primeros ponen el énfasis en los recursos emocionales y espirituales de una organización, mientras que los directivos se preocupan más de los recursos físicos de la organización. La mala calidad de servicio radica en la falta de un fuerte liderazgo de servicio, esto sucede en la mayoría de las empresas en las que el personal está dirigido en exceso, pero sin liderazgo. El hecho de obtener beneficios prima sobre la meta de ofrecer un servicio de calidad por el que al usuario no le importe pagar cierta diferencia. Tal y como Salvaggio, Schneider, Nishii, Mayer, Ramesh y Lyon (2007) concluyen en su artículo, el papel o rol que juegue el jefe de un servicio estará vinculado, muy probablemente, a los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad de ese servicio.

Los modelos para implantar la Gestión de la Calidad desde una concepción de Gestión de la Calidad Total (GCT) son ya abundantes, y sirven de base a prestigiosos premios internacionales como pueden ser el *Deming Price*, instaurado en Japón desde 1951; el *Malcolm Baldrige National Quality Award*, que se da en EEUU desde 1987; el *European Quality Award*, basado en el modelo EFQM, que a continuación desarrollaremos y que fue creado en Europa en 1992 y, como no, nuestro *Premio Príncipe de Asturias a la Excelencia Empresarial*<sup>3</sup>, que se otorga en España en 1993.

La aplicación de los modelos de GCT permite a las organizaciones, además de reconocimiento, una importante información para mejorar el objetivo de la excelencia. A continuación analizaremos los modelos más importantes que permiten la implantación de la Gestión de la Calidad Total (GCT) en una organización. Se trata de modelos ampliamente reconocidos y utilizados, en gran medida por constituir las referencias de presentación a distintos premios internacionales a la calidad. La existencia de estos modelos facilita la labor de la empresa en el proceso de implantación de sistemas de GCT, ya que constituyen una manera sistematizada y global de llevarla a cabo.

3 Actualmente existe la posibilidad de obtener un reconocimiento, como consecuencia de una evaluación externa, del nivel de excelencia de la organización mediante los denominados sellos de excelencia.

Los modelos para implantar la Gestión de la Calidad desde un enfoque GCT son ya abundantes. Los más conocidos son aquellos en que se basan los diferentes premios internacionales a la calidad. Aun así, compartimos la apreciación de Hoogstoel (1993) de que no debe equipararse directamente el modelo de un premio internacional a la calidad con la GCT, puesto que el elemento central es el cambio estratégico y cultural que aquél no asegura.

Los modelos más extendidos en Europa, Estados Unidos, Japón e Iberoamérica según Camisón et al. (2007), son los que pasamos a desarrollar:

### 5.3.1. Modelo Malcolm Baldrige

El modelo estadounidense para la GCT es el formado por los criterios del *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)*, el mayor reconocimiento a la excelencia para las organizaciones estadounidenses. Los criterios establecidos por la ley fundadora hacían referencia a que las organizaciones candidatas hubiesen alcanzado mejoras sobresalientes en la calidad de sus productos y que hubiesen demostrado una Gestión de la Calidad efectiva mediante la formación y la implicación de los empleados de todos los niveles en la mejora de la empresa.

El modelo Malcolm Baldrige establece que los líderes de la organización deben estar orientados a la dirección estratégica y a los clientes. También deben dirigir, responder y gestionar el desempeño basándose en los resultados. Las medidas y los indicadores del desempeño y el conocimiento organizativo deben ser la base sobre la que construir las estrategias clave. Estas estrategias deben estar relacionadas con los procesos clave y con la alineación de los recursos. De este modo, se conseguirá una mejora en el desempeño general de la organización y la satisfacción de los consumidores y de los grupos de interés. El espíritu del modelo toma forma con los criterios y subcriterios, que a continuación pasan a analizarse.

La evaluación de las organizaciones candidatas al MBNQA se basa en sus logros y mejoras en siete áreas, conocidas como los *Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence*<sup>4</sup>. Estos criterios también son una he-

4 En este trabajo describimos la última versión del Baldrige National Quality Program, publicada en 2006 y en vigor actualmente

herramienta útil para empresas que desean llevar a cabo una autoevaluación y para proporcionar una retroalimentación a las organizaciones candidatas. Los criterios en los que se fundamenta el modelo Malcolm Baldrige pretenden mejorar la competitividad de las organizaciones estadounidenses.

Los criterios se distribuyen en siete categorías clave interrelacionadas como puede apreciarse en la figura 1.2. Cada categoría o criterio tiene otorgado un peso distinto que aporta un marco integrado para la aplicación de los 19 ítems o subcriterios en los que subdividen. Antes de pasar a describir brevemente cada uno de los criterios en los que se basa este modelo, cabe señalar algunas características clave de los mismos:

- Están basados en seis áreas del desempeño organizativo: resultados del producto y servicio, resultados orientados a los clientes, resultados financieros y de mercado, resultados de los recursos humanos, resultados de la eficacia organizativa y resultados de liderazgo y de la responsabilidad social. De este modo se pretende que las estrategias se desarrollen de una manera equilibrada.
- Son no prescriptivos y adaptables. Difieren entre organizaciones y cambian a la vez que las necesidades y estrategias de la organización, evolucionan.
- Apoyan una perspectiva del sistema que persigue la alineación de los objetivos de la organización.
- Apoyan un diagnóstico basado en los objetivos. Así, el diagnóstico alcanzado por las organizaciones que aplican este modelo se convierte en una útil herramienta de gestión que señala a la organización sus fortalezas y las oportunidades de mejora con relación a los 19 requisitos orientados al desempeño en los que se basa el modelo.

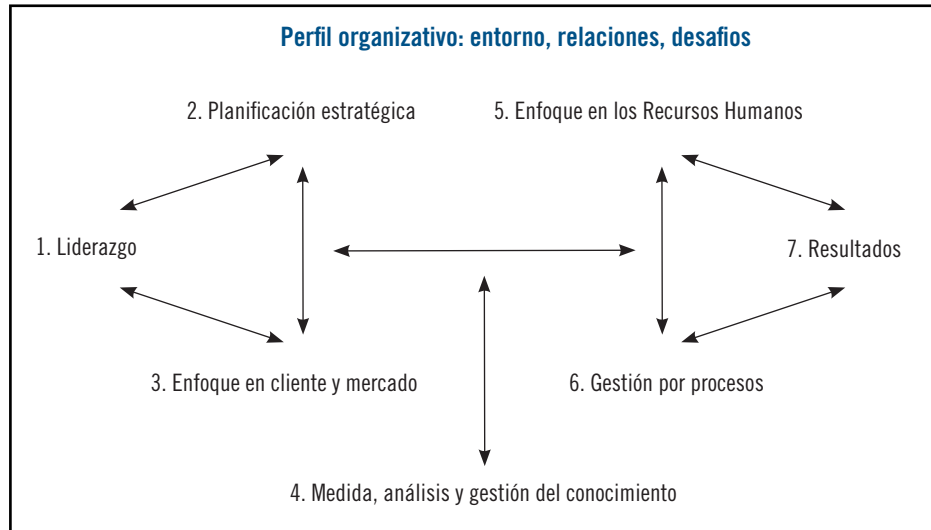


Figura 1.2. Modelo Malcolm Baldrige (MBNQA) de GCT (Baldrige Nacional Quality Program, 2006)

- **Liderazgo** (120 puntos): La categoría liderazgo examina cómo los líderes seniors de la organización guían y sostienen la organización. También se examina el gobierno de la organización y cómo la organización gestiona sus responsabilidades éticas, legales y con la comunidad.
- **Planificación estratégica** (85 puntos): La categoría planificación examina cómo la organización desarrolla los objetivos estratégicos y los planes de actuación. También examina cómo los objetivos estratégicos elegidos y los planes de actuación son desarrollados y modificados si las circunstancias lo requieren y cómo se mide el proceso.
- **Enfoque en el cliente y el mercado** (85 puntos): La categoría enfoque en el cliente y el mercado examina cómo la organización determina los requerimientos, las necesidades, las expectativas y las preferencias de los clientes y de los mercados. También examina cómo la organización construye relaciones con los clientes y determina los factores clave que llevarán a la adquisición, satisfacción, fidelización y retención del consumidor.
- **Medida, análisis y gestión del conocimiento** (90 puntos): La categoría medida, análisis y gestión del conocimiento examina cómo la organización selecciona, recoge, analiza, dirige y mejora sus datos, información

y sus activos basados en el conocimiento. También examina cómo la organización revisa su desempeño.

- *Enfoque en los recursos humanos* (85 puntos): La categoría enfoque en los recursos humanos examina cómo los sistemas de trabajo de la organización y el aprendizaje de los empleados y la motivación permiten a todos los empleados desarrollar y utilizar su completo potencial en alineación con los objetivos generales de la organización, la estrategia y los planes de actuación. También se examinan los esfuerzos de la organización para crear y mantener un entorno de trabajo y un clima de apoyo a los empleados que lleven a la excelencia del desempeño y a un crecimiento personal.
- *Gestión por procesos* (85 puntos): La categoría gestión por procesos examina los aspectos clave del proceso de gestión de la organización incluyendo procesos clave de los productos, servicios y organizativos para crear valor a los consumidores y a la organización y a apoyo clave a los procesos. Esta categoría incluye a todos los procesos clave y a todas las unidades de trabajo.
- *Resultados* (450 puntos): La categoría resultados examina el desempeño de la organización y su mejora en todas las áreas clave: resultados del producto y servicio, satisfacción de los clientes, resultados financieros y de mercado, resultados de los recursos humanos, resultados operativos y liderazgo y responsabilidad social. Los niveles de desempeño se examinan con relación a la competencia y a otras organizaciones que proporcionan productos y servicios similares.

Uno de los conceptos fundamentales de este modelo es la *excelencia orientada al consumidor*. La calidad y el desempeño de la organización son juzgados por los consumidores de ésta. Las organizaciones deben estar orientadas al consumidor. Para ello, es especialmente importante que la organización conozca los gustos y necesidades de los consumidores para aportarles valor. Con la orientación al consumidor se persigue la fidelidad de los clientes, a través de la entrega de valor y satisfacción. Las organizaciones deben, pues, cuidar al máximo sus relaciones con los clientes, deben conseguir la confianza de éstos, mantener su confidencialidad y conseguir su lealtad (Camisón, Cruz y González, 2007).

### 5.3.2. Modelo de Excelencia de la European Foundation for Quality Management (EFQM)

*La misión de la EFQM es estimular y ayudar a las organizaciones europeas a participar en actividades de mejora que las lleven, en última instancia, a la excelencia en la satisfacción de sus clientes y de sus empleados, en su impacto social y en sus resultados empresariales ([http://www.sinergiasempresariales.com/consultoria\\_calidad\\_iefqm](http://www.sinergiasempresariales.com/consultoria_calidad_iefqm)).*

El Modelo Europeo de Gestión de la Calidad<sup>5</sup> fue desarrollado por la European Foundation for Quality Management en 1990 como base para la evaluación de las organizaciones candidatas al *European Quality Award*, concedido anualmente desde 1992. Partiendo de la experiencia del *MB-NQA* y del *Deming Prize*, el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad fue desarrollado primeramente (1990) como un modelo básico cimentado en la premisa de que los resultados superiores de la empresa se obtienen implicando a las personas en la mejora de los procesos, que recibió el nombre de Modelo de Excelencia empresarial (*Business Excellence Model*). A partir de 1997, este modelo fue desarrollado hasta obtener en 1999 un modelo más general bautizado como Modelo de Excelencia de la *EFQM* (*EFQM Excellence Model*). Los cambios más sustanciales hacen referencia a la inclusión de la innovación y el aprendizaje como claves de la ventaja competitiva así como un mayor énfasis en los aspectos referidos a los clientes y demás grupos de interés influyentes en la organización. La razón del cambio de denominación parece ser que el término *business* podía inducir a equívoco haciendo pensar que el modelo no era aplicable para organizaciones sin ánimo de lucro. El nuevo nombre refleja la idea de que el modelo es aplicable en todos los sectores y organizaciones, públicos o privados, con o sin ánimo de lucro.

La *EFQM* ha elaborado una adaptación del Modelo de Excelencia para pymes, que simplifica su estructura y los criterios exigidos<sup>6</sup>. Tal como se indica en la figura 1.3, dentro del modelo se distinguen un total de nueve criterios, que se agrupan en:

<sup>5</sup> Un análisis más profundo de los objetivos, la estructura y las aplicaciones del modelo EFQM se encuentra en múltiples publicaciones. Entre ellas, podemos citar Reiner (2002), Biazzo (2002), Westlund (2001), Kristensen, Juhl y Eskildsen (2001), Eskildsen, Kristensen y Juhl (2002, 2001), Eskildsen y Dahlgard (2000), Russell (2000), Moeller, Breinlinger-O'Reilly y Elser (2000), Jackson (2000, 1999), Nabitz y Klazinga (1999), Eskildsen y Kanji (1998), Black y Crumley (1997), Conti (1997), Dijkstra (1997), Ghobadian y Woo (1996) y Bohoris (1994).

<sup>6</sup> Véase en Corma (2006) un estudio del sistema de autoevaluación para pymes de la EFQM, así como diversas aplicaciones prácticas.

- a. *agentes facilitadores*: son cinco criterios que valoran aspectos del sistema de gestión de la organización tales como el liderazgo, las alianzas y recursos, los procesos, las personas y la política y estrategia de la empresa.
- b. *resultados*: son cuatro criterios que representan lo que la organización consigue respecto a los clientes, a las personas o empleados, a la sociedad y a los inversores.

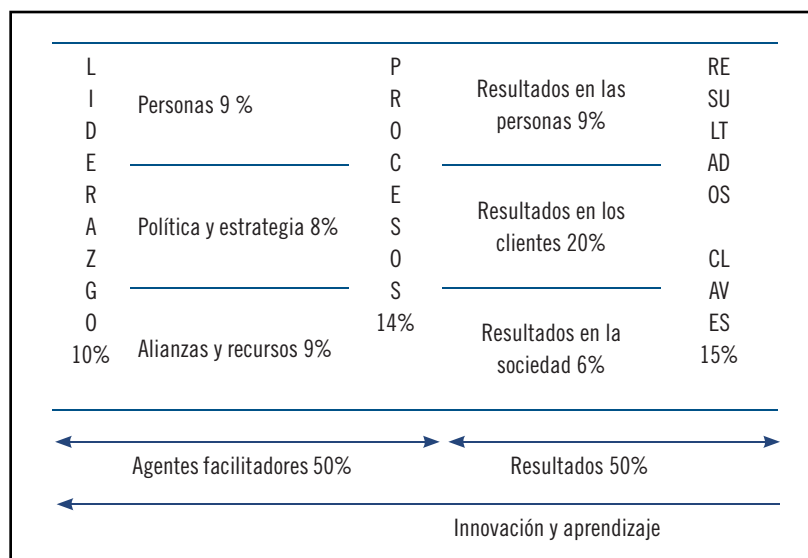


Figura 1.3. Modelo europeo de calidad total EFQM (Sangüesa, Mateo e Ilzarbe, 2006)

- **Liderazgo**: Los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido y hacen realidad todo ello mediante sus acciones y comportamientos. En periodos de cambio son coherentes con el propósito de la organización; y, cuando resulta necesario, son capaces de reorientar la dirección de su organización logrando arrastrar tras ellos al resto de las personas.
- **Política y estrategia**: Las organizaciones excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en sus grupos de interés y en la que se tiene en cuenta el mercado y sector donde operan. Estas organizaciones desarrollan y despliegan políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.



- **Personas:** Las organizaciones excelentes, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensa y dan reconocimiento a las personas para, de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.
- **Alianzas y recursos:** Las organizaciones excelentes planifican y gestionan las alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Durante la planificación, y al tiempo que gestionan sus alianzas y recursos, establecen un equilibrio entre las necesidades actuales y futuras de la organización, la comunidad y el medio ambiente.
- **Procesos:** Las organizaciones excelentes diseñan, gestionan y mejoran sus procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y otros grupos de interés y generar cada vez mayor valor para ellos.
- **Resultados en los clientes:** Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a sus clientes.
- **Resultados en las personas:** Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a las personas que las integran.
- **Resultados en la sociedad:** Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a la sociedad.
- **Resultados clave:** Las organizaciones excelentes miden de manera exhaustiva y alcanzan resultados sobresalientes con respecto a los elementos clave de su política y estrategia
- Si se comparan el propósito, el contenido y el enfoque del Modelo de Excelencia de la EFQM y de las normas ISO 9000:2000, encontrare-

mos bastantes puntos en común. Aunque ambas herramientas son útiles y pueden entenderse como complementarias, las normas ISO son especialmente útiles en los pasos iniciales de la organización hacia la excelencia, y el Modelo *EFQM* adquiere mayor importancia cuando las organizaciones llevan más tiempo (Morales Sánchez, 2003).

### 5.3.3. Modelo Deming Prize

El Deming Prize nació en 1951 y desde entonces ha ejercido una gran influencia en el desarrollo del control y gestión de la calidad en Japón. El objetivo básico con el que nació era convertirse en una herramienta con la que mejorar y transformar la gestión de las organizaciones japonesas. Actualmente, el premio se otorga a aquellas empresas que contribuyen de manera muy significativa al desarrollo de la dirección y control de calidad en Japón, y supone un acicate para promover la Gestión de la Calidad en numerosas compañías que encuentran en el galardón una excelente ocasión para comenzar a aprender.

A diferencia de los galardones norteamericano y europeo, a los candidatos al *Deming Prize* no se les requiere una aplicación conforme a un modelo preestablecido. Se pretende que cada organización realice una autoevaluación, comprenda su situación actual, establezca sus propios retos, objetivos y el camino para llegar hasta ellos, mejorando y transformándose ella misma a lo largo de dicha senda. Debido a que el objetivo es que cada empresa realice su auto-evaluación y establezca sus objetivos y procedimientos en función de su estado y de sus posibilidades, en la última guía publicada (JUSE, 2006) no aparecen criterios como tales, para hacer más hincapié en que no se trata de un examen sino de la convicción y del propósito de una empresa para la implantación de la *GCT*. No obstante, a modo de aproximación y para poder establecer una mejor comparación con los demás galardones, reflejamos a continuación los criterios de la guía perteneciente al año 2004. En esta guía se establecía también una puntuación para cada uno de los seis criterios y la relación existente entre éstos:

- Políticas de la dirección y su despliegue en relación con la Gestión de la Calidad.
- Desarrollo de nuevos productos y/o innovación de procesos.

- Mantenimiento y mejora de la calidad operativa y del producto.
- Establecimiento de sistemas para gestionar la calidad, la cantidad, la entrega, los costes, la seguridad y el entorno.
- Recolección y análisis de información sobre la calidad y el uso de tecnologías de la información.
- Desarrollo de los recursos humanos.

A modo de resumen y como puede observarse en la tabla 1.3, se ha realizado un esquema comparativo de los principales criterios de los 3 modelos más importantes hasta ahora expuestos.

MODELO MALCOLM BALDRIGE	MODELO DE EXCELENCIA EFQM	MODELO DEMING PRIZE
1. Liderazgo	1. Liderazgo	1. Políticas de dirección y su despliegue
2. Planificación estratégica	2. Política y estrategia	2. Desarrollo de nuevos productos, innovación de procesos
3. Enfoque en el cliente y el mercado	3. Personas	3. Mantenimiento y mejora
4. Medida, análisis y gestión del conocimiento	4. Alianzas y recursos	4. Recogida, transmisión y utilización de la información sobre calidad
5. Enfoque en los recursos humanos	5. Procesos	5. Sistemas de dirección
6. Gestión por procesos	6. Resultados en los clientes	6. Análisis de información y utilización de las TI
7. Resultados	7. Resultados en las personas	
	8. Resultados en la sociedad	
	9. Resultados clave	

**Tabla 1.3.** Los criterios de los modelos Malcolm Baldrige, EFQM y Deming Prize (Camisón et al., 2006)

### 5.3.4. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión

La Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBEQ) promueve la Gestión de la Calidad a través del Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, creado en 1999. Desde el año 2000, se otorga anualmente el Premio Iberoamericano a la Calidad, que toma el modelo anterior como base.

El modelo FUNDIBEQ ha sido actualizado recientemente, tras un profundo análisis en el que se hizo partícipes a numerosas organizaciones y profesionales de toda Iberoamérica. No obstante, la versión final, aprobada en la reunión de la Red iberoamericana de la Excelencia en la Gestión (REDIBEX) en Madrid (noviembre de 2005), mantiene la estructura del anterior modelo. La actualización introduce pequeñas modificaciones, una nueva estructura en el documento y la inclusión de un Glosario Iberoamericano de términos relacionados con la calidad.

El modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión tiene una fuerte semejanza con el Modelo de Excelencia de la *EFQM*, del cual puede considerarse una adaptación. Este modelo se compone de nueve criterios que reciben un peso distinto de cara a la evaluación y que describimos brevemente:

- *Liderazgo y estilo de gestión* (140 puntos): Analiza cómo se desarrollan y se ponen en práctica la cultura y los valores necesarios para el éxito a largo plazo, mediante adecuados comportamientos y acciones de todos los líderes. Estudia cómo se desarrolla y se pone en práctica la estructura de la organización, el marco de los procesos y su sistema de gestión, necesarios para la eficaz ejecución de la política y la estrategia.
- *Política y estrategia* (100 puntos): Analiza cómo la organización desarrolla su Misión y su Visión y las pone en práctica a través de una clara Estrategia orientada hacia los distintos agentes y personas con quienes interactúa, y está apoyada con programas adecuados.
- *Desarrollo de las personas* (140 puntos): Analiza cómo la organización desarrolla, conduce y hace aflorar el pleno potencial de las personas, de forma individual, en equipo o de la organización en su conjunto, con el fin de contribuir a su eficaz y eficiente gestión.
- *Recursos y asociados* (100 puntos): Analiza cómo la organización gestiona sus recursos internos, por ejemplo: los financieros, de información, de conocimientos, tecnológicos, de propiedad intelectual, materiales y recursos externos, incluidas las asociaciones con proveedores, distribuidores, alianzas y órganos reguladores, con el fin de apoyar la eficiente y eficaz gestión de la misma.

- *Clientes* (120 puntos): Analiza cómo la organización diseña, desarrolla, produce y sirve productos y servicios, y cómo gestiona las relaciones, con el fin de satisfacer plenamente las necesidades y expectativas de sus clientes actuales y futuros.
- *Resultados de clientes* (110 puntos): Lo que está consiguiendo la organización en relación con sus clientes externos.
- *Resultados del desarrollo de las personas* (90 puntos): Lo que está consiguiendo la organización en relación con el desarrollo de las personas.
- *Resultados de sociedad* (90 puntos): Lo que la organización está consiguiendo en cuanto a satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad local, nacional e internacional (según proceda).
- *Resultados globales* (110 puntos): Lo que está consiguiendo la organización en relación con su proyectado desempeño, y en la satisfacción de las necesidades y expectativas de cuantos tienen un interés financiero o de otra índole en la misma.

### 5.3.5. Otros modelos de implantación de la GCT

Junto a los modelos subyacentes a los premios internacionales a la calidad, se han ido proponiendo otros marcos de implantación de la GCT. En prácticamente todos los casos, se trata de aportaciones sin un grado de sistematización como los modelos anteriores, que establecen las prácticas críticas para una implantación exitosa del enfoque. Su enfoque es más bien académico, y se centra en producir escalas útiles de medida de la implantación de la GCT, donde cada una de las prácticas son dimensiones del constructo. El procedimiento usual ha consistido en extraer los factores clave sugeridos en la literatura, así como las prácticas indicadas en los modelos como el Malcolm Baldrige, junto a estudios de casos, para posteriormente (sea o no con la ayuda de métodos estadísticos como el análisis de componentes principales) deducir los factores críticos para la implantación, terminando con la demostración de la fiabilidad y validez de las medidas. Por todo ello, opinamos que no se trata de marcos útiles para la práctica directiva a la hora de introducir un sistema de Gestión de la Calidad basado en la GCT. Ello no deber ser óbice para su interés, pues permiten guiar la

atención de la dirección hacia aquellas prácticas cuyo uso no puede desdeñar si desea lograr que la introducción de su sistema de GCT redunde en buenos resultados. De hecho, si analizamos con cuidado estos trabajos, observaremos que prácticamente todas las prácticas citadas aluden a los mismos principios ya establecidos.

### ***1. Cuadro de Mando Integral o Balanced Scorecard***

El Cuadro de Mando Integral (CMI) también conocido como Balanced Scorecard (BSC), es la principal herramienta que utiliza una metodología para traducir la estrategia en un conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición. La utilización de esta herramienta conlleva una serie de resultados que favorecen la administración de la organización, pero para lograrlo es necesario implementar la metodología y la aplicación para obtener y analizar los indicadores. Una de las razones del éxito de BSC se atribuye no tanto a las características teóricas subyacentes del modelo, sino al papel que juega en la creación del consenso dentro de las organizaciones (Kaplan & Norton, 1993, 2000)

Los promotores de este modelo de gestión fueron Kaplan y Norton en el año 1992. A partir de entonces el CMI ha sido alabado considerando las siguientes ventajas:

- Alineación de los empleados con la visión de la empresa (Bourne, 2000).
- Comunicación a todo el personal de los objetivos y su cumplimiento (Turner, 1999).
- Redefinición de la estrategia en base a los resultados (Chapel Hill, 2001).
- Traducción de la visión y estrategias en acción (Banker, 2001).
- Favorece en el presente la creación de un valor futuro (Gnadellis, 2001).

- Integración de información de diversas áreas de negocio (Huntington, 1998; Frigo, 2002).
- Capacidad de análisis (Bernhard, 2005).
- Mejoría en los indicadores financieros (Meyer, 2002 y Smullen, 1997)
- Desarrollo laboral de los promotores del proyecto (Chen & Wilson, 2001).
- Herramienta para conseguir la excelencia empresarial (Olve, 2002).

Autores como Wayne y Cheng (2005) han hecho aportaciones al modelo comparando la perspectiva cliente a la de distrito electoral (dueños, empleados, clientes, acreedores, comunidad, proveedores y gobierno). En su último libro, Kaplan y Norton (2004), ya contemplan este aumento de los factores externos el enfatizar en la flexibilidad del modelo CMI.

Los fundamentos teóricos de este modelo están cimentados sobre un estudio teórico previo de los distintos modelos de gestión estratégica que se podían emplear hasta la fecha de su creación. Algunos de los modelos sobre los que se ha trabajado han sido el *Malcolm Baldrige*, el *Modelo de Excelencia Europeo* e incluso la *normativa ISO*, considerada por algunos autores como Camisón et al. (2007); Pastor Tejedor (2007); Heras, Cilleruelo e Iradi (2008), como *modelo de gestión*.

## II. Total Performance Scorecard

El *Total Performance Scorecard* (TPS) surge en 2003, como evolución del *Balanced Scorecard* o *Cuadro de Mando Integral*. Su creador Rampersad (2003) introduce un nuevo y potente concepto de gestión como el cuadro de mando integral, personal y corporativo, el cual establece:

Enlaces entre el cuadro de mando personal y el cuadro de mando corporativo de forma directa y clara.

- Direcciones de ambición y crecimiento personal dentro de un contexto de integridad corporativa y aprendizaje de la corporación.

- Unión entre los conceptos más básicos de gestión en un solo concepto de superación.

El TPS contiene un *Cuadro de Mando Personal* que se une al *Cuadro de Mando Integral* de la organización. Ambos cuadros de mando reflejan no sólo los objetivos de rendimiento, sino que además buscan el crecimiento y aprendizaje personal. Los cuadros de mando organizacionales también dirigen todos los temas de entorno y clima laboral de la propia organización. Mejora continua, gestión del cambio y aprendizaje organizacional son las teorías que el TPS utiliza de forma completamente directa (Pastor Tejedor, 2007).

Por tanto, el TPS sugiere una metodología para resolver la compatibilidad de las motivaciones personales con los objetivos corporativos integrando para su solución todas las herramientas de gestión utilizadas actualmente como gestión de calidad, gestión por competencias, mejora continua, liderazgo, aprendizaje y motivación de equipos. Ya se está comenzando a implantar esta herramienta en Europa, las multinacionales Philips y Shell fueron las primeras en su implementación y en Estados Unidos, la Fuerza Aérea ha comenzado los estudios necesarios para su implantación.

### **III. Modelo de Valoración Estratégica o Strategic Assessment Model**

El *Modelo de Valoración Estratégica* (MVE) es un nuevo modelo de gestión que relaciona las ideas anteriormente citadas en el *Malcolm Baldrige* con el *Balanced Scorecard*. Combina las características de ambos modelos y está constituido por tres componentes:

- Las cuatro perspectivas del BSC.
- Los indicadores cuantitativos de desempeño.
- Los criterios cualitativos para determinar los niveles de desempeño de la organización en cada una de las perspectivas del registro.

Glazner (1999) estableció por primera vez la relación entre los dos modelos anteriores. La matriz del MVE ilustra las tres componentes que están combinadas para satisfacer la correcta evaluación de las organizaciones y llevar a cabo un programa de mejora continua.



Los indicadores de desempeño claves han sido identificados para cada perspectiva, existiendo cinco niveles de desempeño que pueden ser aplicados a cada una de ellas. Los niveles de desempeño van desde el más bajo, nivel 1: cobre, al más alto, nivel 5: platino. Las descripciones cualitativas para determinar estos cinco niveles son similares a las normas de puntuación utilizadas por el Malcolm Baldrige al evaluar las peticiones para conseguir el premio.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Capítulo 2

# Atención temprana y calidad

---

## Contenido

1. Concepto y contextualización de la atención temprana
2. Objetivos de la atención temprana
3. Principios básicos
4. Niveles de intervención en atención temprana
5. Ámbitos de actuación
6. Coordinación interinstitucional
7. Normativa vigente:
8. La atención temprana como servicio
9. Necesidad de un sistema de calidad en un servicio de atención temprana
10. Calidad y atención temprana: propuesta de elaboración de una herramienta de medida.
11. Evaluación de la calidad en A.T.: un modelo de intervención.

Somos aquello que hacemos repetidamente. La excelencia, pues, no es un acto sino un hábito.

Aristóteles.

## 1. Concepto y contextualización de la atención temprana

Se entiende por *atención temprana* (AT) el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y al entorno, que tiene 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* (Grupo de Atención Temprana, 2000).

De esta definición merece especial atención el aspecto de la inter o transdisciplinariedad de los equipos, fruto de la cual surge esta investigación. Por tanto, es necesario definir estos conceptos utilizados en ocasiones y de forma errónea como sinónimos:

- El *equipo interdisciplinar* es el formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir información, las decisiones se toman a partir de la misma y se tienen objetivos comunes (Millá y Mulas, 2002).
- El *equipo transdisciplinar* es aquel en el que sus componentes adquieren conocimiento de otras disciplinas relacionadas y las incorporan a su práctica. Un solo profesional del equipo asume la responsabilidad de la atención al niño y/o el contacto directo con la familia (Candel, 1998).

Cuando hablamos de *atención temprana* se abre un universo de ideas y de acciones. La AT es un concepto amplio, cargado de matices que incluyen múl-

tiples acciones sobre distintos ámbitos donde el niño se desenvuelve durante las primeras etapas del desarrollo.

El concepto de AT ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas, pasando de un modelo tradicional, imperante en los años 70-80, hasta el modelo actual basado en una concepción biopsicosocial. El modelo tradicional, también llamado, *estimulación precoz*, planteaba una intervención dirigida fundamentalmente al niño. Estaba basado en el entrenamiento sensoriomotor y utilizaba criterios conductuales para enseñar al niño habilidades concretas. El objetivo era potenciar al máximo las capacidades del niño y para ello se ponían en marcha actividades sistemáticas que pretendían mejorar los niveles madurativos en las distintas áreas.

Las familias en este modelo tenían el papel de ejecutar las pautas que ofrecía el profesional y realizar series de ejercicios para lograr las distintas habilidades. Este modelo tuvo una gran importancia en el momento en el que surgió. El presente ha ido evolucionando a partir de aquellos primeros pasos en los que los profesionales fueron conscientes de la necesidad de intervenir lo más pronto posible aprovechando las posibilidades que ofrece la plasticidad de un sistema nervioso en los primeros momentos de su desarrollo.

Estos profesionales, pioneros de una nueva disciplina, sentaron las bases que han hecho posible que lleguemos hasta nuestros días. Su labor nos ha permitido observar, evaluar y aprender, marcando la línea de actuación actual, es decir, la intervención debe considerarse no sólo con el niño, sino también con su entorno familiar y escolar (Perpiñán, 2009), como puede observarse en la figura 2.1.

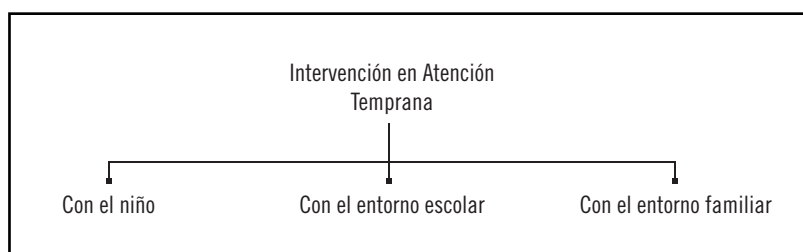


Figura 2.1. Intervención en Atención Temprana (Perpiñán, 2009)

## 2. Objetivos de la atención temprana

Según se publica en el Libro Blanco de la Atención Temprana, el principal objetivo de la misma es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los *aspectos biopsicosociales*, 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.

La *atención temprana* debe llegar a todos los niños que presentan cualquier tipo de trastorno o alteración en su desarrollo, sea éste de tipo físico, psíquico o sensorial, o se consideren en situación de riesgo biológico o social. Todas las acciones e intervenciones que se llevan a cabo en *atención temprana* deben considerar no sólo al niño, sino también a la familia y a su entorno.

De este amplio marco se desprende el siguiente conjunto de *objetivos* propios de la *atención temprana*:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

### 3. Principios básicos

Siguiendo al GAT (2000), los principios básicos sobre los que debe sustentarse la *atención temprana* pueden resumirse de la siguiente forma:

#### A. Diálogo

La integración familiar, escolar y comunitaria del niño que presenta un trastorno del desarrollo implica el respeto a su condición de sujeto activo. La *atención temprana* debe facilitar el conocimiento social del niño y el acceso a su forma de comunicar y expresar sus deseos, promoviendo modelos de crianza, educativos y relacionales coherentes y estables, basados en actitudes de diálogo y en la aceptación de los modos alternativos de ser.

La colaboración con la familia es una actitud básica de la *atención temprana*, desde el respeto de la cultura, valores y creencias de los padres, hermanos y abuelos. Se debe estimular la expresión de sus necesidades e intereses, el derecho a recibir información de manera adecuada y a participar en cuantas decisiones les atañen. La *atención temprana* también tiene que estar centrada en la familia, en la aportación de los medios que precisa para resolver sus dificultades y asumir sus responsabilidades. Este aspecto queda reflejado de manera importante en nuestra investigación, ya que son las familias de los usuarios los participantes que hemos tomado de referencia para evaluar la calidad de los servicios de AT en los diferentes centros de la provincia de Málaga.

Otro aspecto a considerar es la participación social en el desarrollo de los planes y programas dirigidos a los niños con trastornos del desarrollo, esta participación debe concretarse a través del movimiento asociativo profesional y de los usuarios en cada área o distrito territorial.

#### B. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública

La presencia de una discapacidad o un trastorno del desarrollo implica un alto riesgo de marginación social. La *atención temprana* actúa para la prevención y, en su caso, evitación de estos riesgos facilitando la igualdad de oportu-



nidades en el acceso a los distintos contextos de la vida social, la incorporación a una familia donde ser amado, la convivencia y socialización en una escuela abierta a todos los niños, el diseño del hábitat comunitario de una forma comprensiva hacia la diferencia.

Por sus orígenes y objetivos es necesario que la *atención temprana* sea un servicio público, universal, de provisión gratuita para todos los niños y familias que lo precisen. Como servicio público no puede ser ajeno a la expansión de los sistemas de calidad en el sector servicios y así lo muestra nuestra investigación. La gratuidad de la *atención temprana* ha de ser completa y debe alcanzar a las ayudas técnicas, a la eliminación de barreras y a la integración.

### C. 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. Para este marco común pueden identificarse cuatro áreas:

- La *especialización en el desarrollo psicomotor infantil*: comprender los procesos normales y los patológicos, las claves evolutivas de las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas.
- La *profundización en psicología de la dinámica familiar*: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.
- El *conocimiento de la realidad legislativa*, institucional, normativa, características sociales y antropológicas, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- Una *formación y experiencia* suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc.

La elaboración de planes regulares de formación y la exigencia de experiencia profesional supervisada y continua es una condición *sine qua non* para la organización de servicios cualificados de *atención temprana* al nivel adecuado a su responsabilidad (Arizcun, Gútiérrez y Ruiz, 2004).

## D. Coordinación

La atención a los niños con trastornos del desarrollo y a sus familias se realiza en un marco institucional concreto. Las familias suelen resaltar la necesidad de que los servicios y orientaciones que cada entidad o cada profesional ofrece resulten coincidentes y tengan en cuenta el conjunto de su situación a la hora de planificar actuaciones. Corresponde a los servicios de *atención temprana* promover el trabajo en redes locales que se complementen y faciliten la calidad de la vida familiar. Esta coordinación conviene asentarla sobre protocolos básicos de derivación e intercambio de información y registros informáticos de contenido equivalente para el conjunto del Estado. Estos registros deberán acordarse con las asociaciones de padres, federaciones de usuarios, etc. y contener cláusulas de salvaguarda de la intimidad personal. Ver Anexo III<sup>1</sup>.

La coordinación atañe también a la continuidad de los servicios. Organizar el proceso de información diagnóstica o de transición a la escuela son dos hitos inexcusables. Es muy conveniente que cada familia tenga un profesional de referencia al que dirigirse para resolver dudas o interrogantes, que le ofrezca confianza y le sirva para reorganizar de forma coherente la vida cotidiana. Evitar la fragmentación que puede darse como consecuencia de la intervención de múltiples agencias, entidades o profesionales es un objetivo principal de la coordinación.

## E. Descentralización

El principio de *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*

1 Documentos de la Delegación Provincial de Sanidad en Málaga para garantizar la coordinación de los servicios.

*temprana* en las redes de atención primaria de salud y de servicios sociales, en la intermediación de las escuelas infantiles y en la vecindad de la familia.

La *descentralización* tiene que ser compatible con una buena organización del acceso o apoyo desde los servicios más especializados de área o región (servicios de tercer nivel, centros de recursos, centros específicos) cuando sea necesario. El respeto a la vida cotidiana de la familia, la salvaguarda y promoción de la calidad de vida tienen que presidir la organización y funcionamiento de los servicios (Casado, 2005).

## F. Sectorización

La *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 (GAT, 2000).

## 4. Niveles de intervención en atención temprana

Del modelo biopsicosocial de la *atención temprana* se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Los centros y servicios de *atención temprana* deberán realizar sus actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social.

La *salud* ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS, 1948).

Siguiendo la Teoría de la Salud Pública (Sarría, 2001, p. 31) y definiendo la *promoción de salud* como la *aplicación de métodos, habilidades y estrategias específicas para ayudar a las personas a adoptar estilos de vida saludables, hacer un mejor uso de los servicios sanitarios, adoptar prácticas de autocuidados,*

y participar activamente en el diseño y puesta en marcha de programas que desarrollan la salud, podemos diferenciar los tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración: prevención primaria, secundaria y terciaria en salud.

#### 4.1. Prevención primaria en salud

Corresponden a la *prevención primaria* las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Son medidas de carácter universal con vocación de llegar a toda la población. Comprende derechos como la asistencia sanitaria, el permiso por maternidad o situaciones de acogida o adopción. Los derechos que genera la reciente *Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral* (BOE, 1999) también pueden incluirse en este nivel.

A la *atención temprana*, en este nivel, le corresponde identificar y señalar, ante las instituciones sociales, aquellas circunstancias que puedan ser relevantes para la elaboración de normas o derechos universales en el ámbito de la promoción y protección del desarrollo infantil. La propia universalización, gratuidad y precocidad de la *atención temprana* sería una medida muy trascendente de prevención primaria.

#### 4.2. Prevención secundaria en salud

La *prevención secundaria* se basa en la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo. Se instrumenta a través de programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo, como los niños prematuros de menos de treinta y dos semanas o de menos de mil quinientos gramos, las unidades familiares con embarazos en adolescentes menores de dieciocho años, en riesgo de disfunción relacional; las unidades familiares con embarazos a partir de los treinta y cinco años, con riesgo de cromosomopatías; los niños con tetraplejías espásticas y riesgo de luxación de cadera. Los factores de riesgo más relevantes quedan recogidos en la *Organización Diagnóstica en Atención Temprana* (GAT, 2004).

La investigación epidemiológica nos permite identificar a los colectivos de riesgo que serán objeto de una atención especial que incluya un sistema de

alerta social, como son las campañas de sensibilización de los profesionales de las distintas redes y de la propia sociedad para su detección precoz, así como unos protocolos de actuación para cada uno de los colectivos incluidos en dichos programas. En la mayoría de estos protocolos, especialmente cuando los factores de riesgo se relacionen directamente con el desarrollo, será necesaria la participación de los servicios de *atención temprana* (Gútiérrez, Saenz Rico y Valle, 1993; Gútiérrez, 2005)

### 4.3. Prevención terciaria en salud

La *prevención terciaria* se corresponde con las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial. Ejemplos de estas situaciones son el nacimiento de un hijo con discapacidad o la aparición de un trastorno en el desarrollo. La instrumentación social para evitar que esta crisis profundice e impulsar soluciones es precisamente tarea del servicio de Atención Temprana, en el que recae la máxima responsabilidad de activar un proceso de reorganización trabajando con el niño, con la familia y con el entorno en el que vive. En ocasiones se puede lograr un nuevo equilibrio de forma más o menos rápida, pero en otras se pueden precisar periodos muy largos de tiempo para su superación, al verse afectados proyectos familiares y personales, al limitarse las posibilidades de movilidad, de comunicación y de autonomía de un miembro de la familia. La complejidad de estas situaciones hace necesaria la intervención de un equipo interdisciplinario.

## 5. Ámbitos de actuación

En este apartado tomaremos como referencia los trabajos realizados por el Grupo de Atención Temprana (2000, 2005), en el que se nombran los principales ámbitos de actuación en Atención Temprana:

- Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT); en Andalucía se denominan Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT).
- Servicios Sanitarios.
- Servicios Sociales.
- Servicios Educativos.

## 5.1. Centros de atención infantil temprana

Los CDIAT o CAIT son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de cero a seis años de edad que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos. Estos centros, de carácter interdisciplinar, surgieron alrededor de los años 70 y han experimentado una constante evolución a lo largo de su trayectoria histórica, adecuándose a las crecientes demandas de atención por parte de la población infantil y de sus familias. Este proceso ha estado motivado por la mejor detección y diagnóstico de los distintos trastornos del desarrollo, y por el reconocimiento de su origen multifactorial, factores ambos que han destacado la importancia capital de una intervención temprana (Milla y Mulas, 2002).

La creación y evolución de los CDIAT/CAIT ha sido paralela a la existencia y orientación de otros servicios e instituciones que desde los ámbitos sanitario, social y educativo en las respectivas comunidades autónomas, han dado y dan respuestas a determinados colectivos o a necesidades específicas de los mismos. Esta adecuación, y la diversa dependencia administrativa, ha generado diferentes modelos de CDIAT/CAIT, si bien se mantiene un mismo objetivo: proporcionar la atención que precisan todos los niños que presentan trastornos o disfunciones en su desarrollo (sin exclusión en función del origen, tipo y grado de los mismos), o que están en situación de riesgo biológico, psicológico o social (Bugié, 2002).

El modelo de CDIAT/CAIT cubre principalmente la atención de los niños con diversas patologías o disfunciones en su desarrollo, y las necesidades de atención que presentan aquellos niños que se han encontrado o encuentran en una situación de alto riesgo, biológico, psicológico o social.

En determinadas comunidades o zonas geográficas, en función de su historia y recursos asistenciales, algunos colectivos de niños con trastornos específicos en su desarrollo son atendidos bien en CDIAT/CAIT o en programas o unidades de *atención temprana* que están articulados con otros servicios o centros, como algunos centros de salud mental infantil, centros de rehabilitación de trastornos motrices y centros de atención a personas con deficiencia auditiva o visual. Así encontramos en Málaga y su provincia centros de diversa índole, la mayor parte evaluados en nuestra investigación, que comprenden desde asociaciones de padres, centros municipales, privados, etc.

En cuanto a su emplazamiento, es conveniente que los CDIAT/CAIT sean de fácil acceso a las familias y estén ubicados en la proximidad de otros servicios de atención primaria, como las escuelas infantiles, centros de salud o servicios sociales. Ello facilita la relación entre los diferentes agentes profesionales, el conocimiento del entorno natural de los niños atendidos y sus familias y el de la realidad económica y social de las familias que conforman cada comunidad. Cuando los CDIAT/CAIT compartan su ubicación o dependencia con otros recursos es importante que estén bien diferenciados para su correcta identificación.

El equipo de los CDIAT/CAIT será multiprofesional de carácter interdisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios de cada individuo, e interpersonales, relacionados con su propio entorno, como son la familia, la escuela y la cultura.

Aunque, específicamente no hay nada legislado, los autores que componen el GAT, recomiendan que el equipo debiera estar constituido por especialistas en *atención temprana* procedentes de ámbito médico, psicológico, educativo y social. La formación de los profesionales, además de la titulación propia, será específica en intervención temprana, obtenida mediante ciclos formativos de postgrado. La formación continua es un requisito imprescindible en la labor desempeñada como miembro del equipo (García-Sánchez, Castellanos y Mendieta, 1998; García-Sánchez, 2002).

En este momento, en Andalucía la situación es heterogénea y compleja. Actividades de *atención temprana* se llevan a cabo en:

- Centros educativos.
- Centros de servicios sociales especializados.
- Centros sanitarios públicos.
- Centros sanitarios privados concertados.
- Centros de entidades sin ánimo de lucro.
- Centros dependientes de corporaciones locales.
- Centros públicos específicos de *atención temprana*.

En total en Andalucía existen 93 Equipos de Intervención, de los cuales 16 se ubican en la provincia de Málaga y 14 de los mismos han participado en nuestra investigación.

## 5.2. Servicios sanitarios

Dentro de los *servicios sanitarios* cobran especial interés los servicios de:

- **Obstetricia:** Indiscutible la labor preventiva de estos profesionales, llevada a cabo mediante la detección y diagnóstico de factores de riesgo previos al embarazo; la atención a la mujer embarazada de alto riesgo biológico, psicológico o social; la información que se imparte en las consultas de preparación al parto; la detección de posibles situaciones de riesgo en el parto y adecuada atención a las mismas; la divulgación y participación en programas de prevención y detección de deficiencias y, en el caso de diagnóstico prenatal de deficiencia, es necesario proporcionar desde el primer momento una atención psicológica a los padres, en especial a la madre, de naturaleza preventiva debido a la alteración que puede sufrir el vínculo madre-hijo.
- **Neonatología:** En el entorno perinatal con frecuencia encontramos niños que sufren alto riesgo de presentar deficiencias, en función de su inmadurez, consecuencia del bajo peso al nacimiento o de otros factores, hereditarios y/o pre-peri-natales.
- **Pediatría:** Los profesionales del ámbito de la salud que tienen un contacto más regular con los niños y sus familias son el pediatra y la enfermera de *pediatría*, ocupando una posición central en la red de los servicios sanitarios y siendo referencia de los padres y de los distintos programas y servicios de la comunidad (programas de atención al embarazo y preparación al parto, seguimiento madurativo, *screening*<sup>2</sup> sensorial, etc.). El pediatra solicita los exámenes complementarios y las consultas con los especialistas y/o servicios hospitalarios, recibe los diferentes informes y los transmite a las familias con una visión integrada. Los pediatras constituyen el nivel esencial para la detección y adecuada derivación de los niños hacia los centros de diagnóstico, seguimiento e intervención.
- **Neuropediatría:** Los servicios de *neuropediatría* intervienen en la *atención temprana* actuando de forma conjunta con los profesionales de la *unidad neonatal*, participando en los programas de seguimiento del desarrollo,

2 Screening: exploración, cribado, diagnóstico.



detectando los signos de alerta y diagnosticando los trastornos neurológicos (Amiel-Tison, 2001).

- *Rehabilitación infantil*: Por lo que atañe a los servicios sanitarios de rehabilitación, en su estructura actual, especialmente con la creación de *servicios de fisioterapia en los centros de salud de atención primaria*, constituyen un recurso complementario para la valoración y tratamiento de algunas situaciones de discapacidad infantil. El área *ortoprotésica*<sup>3</sup>, particularmente, es una competencia muy importante de estos servicios.
- *Salud Mental*: La intervención terapéutica en las *unidades de salud mental infantil* (USMI), es prioritaria en los casos que la precisan y engloba diferentes modalidades básicas de actuación como son la intervención directa con el niño en casos de psicopatología precoz grave (autismo, psicosis, etc.).
- *Otras especialidades médicas*: Aunque no se le suele dar la importancia debida, la labor de detección que pueden ejercer algunas de estas especialidades es un aspecto a señalar. Entre otras cabe destacar la *oftalmología, otorrinolaringología, cirugía ortopédica, radiología, neurofisiología, bioquímica y genética*.

### 5.3. Servicios Sociales

En España los servicios sociales constituyen un sistema de protección social implantado a partir de la democratización de las instituciones. El desarrollo normativo del sistema de servicios sociales por parte de los gobiernos autonómicos se inicia en 1982. Se trata de normativas que sienta las bases pero que contienen lagunas significativas en cuanto a elementos importantes del sistema como por ejemplo el papel del tercer sector prestador de servicios sociales, los mecanismos de coordinación y cooperación inter-administrativa o la relación del sector público y el sector privado. Entre 1986 y 1992 mediante la aprobación por parte de las Comunidades Autónomas de sus respectivas leyes de servicios sociales se sucede una segunda fase de su desarrollo normativo, en la que actualmente estamos (Subirats, 2008).

3 Ortoprotésica: Utilización de aparatos ortopédicos para corregir o subsanar deformidades.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el contexto social y las condiciones del entorno en la existencia de un déficit en el desarrollo o en el riesgo de que se pueda producir, los servicios sociales tienen una función y una responsabilidad clara tanto en los programas de prevención como en las tareas de detección, diagnóstico e intervención en todos aquellos casos que lo requieren.

La actuación de los servicios sociales en *atención temprana* se considera de vital importancia y se realiza a través de la promoción del bienestar social de las familias y de la elaboración de programas de prevención e intervención. Los profesionales de los servicios sociales han de velar por que los procesos de gestación, adopción, crianza y socialización se realicen en condiciones idóneas para el equilibrio emocional y adaptación cognitiva a esas tareas, de manera que los principios establecidos en la Convención de Derechos del Niño encuentren reflejo en la realidad.

La exigencia de una intervención temprana en niños entre 0 y 6 años que padezcan situaciones de crisis familiar encuentra soporte en la evidencia de que, para un niño, vivir la experiencia familiar resulta un componente decisivo de su organización simbólica y que la separación de su estructura familiar es un problema tan serio que sólo cabe admitirla como una circunstancia de tránsito.

La intervención del trabajador social en *atención temprana* se enmarca dentro de la atención global al niño y su familia, colaborando como un miembro más del equipo multidisciplinar en su tratamiento y posterior integración y socialización en la comunidad (Ponte, 2003a,b).

#### 5.4. Servicios educativos

Partiendo del principio de que todas las personas tienen el derecho a participar en la sociedad, la escuela se convierte en un hito importante en el proceso de integración y de socialización de los niños, de manera muy significativa en aquellos con problemas en el desarrollo.

La educación infantil reviste una especial trascendencia ya que los primeros años de vida son determinantes para un desarrollo físico y psicológico armonioso del niño, así como para la formación de las facultades intelectuales y el desarrollo de la personalidad. La educación a estas edades tiene un mar-

cado carácter preventivo y compensador, debido a la importancia que tiene la intervención temprana para evitar problemas en el desarrollo, en la población en general y especialmente en aquellos niños que presentan necesidades educativas especiales (Vegas & Santibáñez, 2010; Vanderven, 2008).

El servicio de atención a los niños en la etapa de 0 a 6 años se ha desarrollado bajo modelos distintos, con responsabilidades y fines diferentes. Así, en un primer momento y a medida que se producían cambios en nuestra sociedad y en la familia, especialmente con la incorporación de la mujer a la vida laboral, la sociedad afronta el problema de atender a estos niños en la etapa previa a la escolaridad obligatoria desde un modelo meramente asistencial. Este es el momento en el que surgen las guarderías, actualmente y en Andalucía *centros de atención socioeducativa (CASE)*, como un servicio de asistencia social para las familias, sin una clara intencionalidad educativa.

La escuela infantil se desarrolla a partir de la evolución de las guarderías, debido por un lado, a la demanda social y por otro, a su afianzamiento como servicio público abierto a la comunidad infantil, con un enfoque marcadamente educativo. De esta forma la escuela infantil se convierte en una entidad que sistematiza programas y que organiza la educación infantil formal (Barbarin & Waslk, 2009).

Según la *Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)*, que data del año 1990, la educación infantil supone el primer nivel del sistema educativo con una duración de seis años, y dividido en dos ciclos, el primero de 0-3 años y el segundo de 3-6 años. El segundo ciclo está más generalizado que el primero, aunque es una etapa que todavía tiene carácter voluntario y por lo tanto presenta una realidad distinta según las comunidades autónomas. No obstante, las administraciones públicas deben garantizar para este primer ciclo de 0-3 años, una oferta suficiente de plazas para todos los niños que lo soliciten (Belda, 2001).

Es importante destacar el marcado carácter educativo como mediador y facilitador de posteriores aprendizajes de este periodo escolar. La educación infantil debe contribuir al desarrollo afectivo, físico, social y moral del niño. Esto supone una nueva manera de afrontar la actuación con los niños de estas edades alejándose de la función de guarda que tradicionalmente se venía desempeñando con niños pequeños.

Desde esta nueva perspectiva, las escuelas infantiles se convierten en un lugar privilegiado desde donde realizar una tarea de prevención de posibles retrasos en el desarrollo, a la vez que de compensación de carencias relacionadas con el entorno social, cultural o económico (Arroyo, Domínguez y Rellán, 2003).

La detección de las posibles necesidades educativas especiales de los niños durante la etapa infantil es una de las funciones que deben realizar los profesores del aula, en colaboración con los equipos psicopedagógicos. Estos equipos van a ser los encargados de hacer una evaluación de las necesidades detectadas en los niños, con el objetivo de determinar la naturaleza de las mismas, así como cuestiones relativas a su escolarización, a la elaboración de adaptaciones curriculares y a las ayudas técnicas que puedan necesitar (Aranda, 2002).

De esta forma, las propuestas y decisiones sobre la escolarización se basarán en la evaluación psicopedagógica, teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales, así como la opinión de las familias y otros profesionales implicados en el tratamiento de *atención temprana*. Dentro del segundo ciclo de educación infantil (3-6 años), se considera que la escolarización de los alumnos con necesidades educativas especiales debe iniciarse en un contexto lo más normalizado posible con el fin de apoyar y favorecer el proceso de desarrollo y aprendizaje (Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial, 2005).

Esto supone, que, en la práctica, la escolarización de estos alumnos se realice de forma preferente en centros ordinarios. Para ello se adapta el currículum a las necesidades de cada alumno, dejando la escolarización en unidades o centros de educación especial para las situaciones en las que el alumno necesite unas adaptaciones significativas y en el grado extremo del currículum ordinario, así como unos medios personales y materiales poco comunes en los centros ordinarios; el aula se convierte en un espacio estructurado que ha de poner al niño en contacto con experiencias, materiales y recursos que de otra forma no estarían a su alcance. Por ello, y de forma excepcional y cuando la propuesta del equipo psicopedagógico así lo aconseje, estos alumnos se escolarizarán en centros de educación especial durante el segundo ciclo de educación infantil de tres a seis años (López, 1990).

La relación entre los CDIAT/CAIT y la escuela infantil debe ir encaminada a proporcionar una atención educativa global, sistematizada y adecuada a la po-

blación infantil de 0 a 6 años. Asimismo, debe contribuir a la reflexión y debate sobre propuestas organizativas y orientaciones en la escuela infantil. De igual manera debiera apoyar, asesorar y formar tanto al maestro de apoyo como al profesor del aula ordinaria y, fundamentalmente, debe apoyar y facilitar el proceso de integración y el pleno desarrollo de los niños con necesidades educativas especiales (FEAPS, 2001). Este aspecto que consideramos tan importante queda reflejado en nuestro cuestionario, más concretamente en las escalas 4 y 5, relativas al personal especializado e información general respectivamente.

## 6. Coordinación interinstitucional

Partiendo de la base, como se apunta en el *Libro Blanco de la atención Temprana*, de que se necesita una reorganización de las infraestructuras administrativas y de una redistribución o creación de los recursos económicos, materiales y personales necesarios para garantizar una eficiencia satisfactoria en la cobertura que desde los centros de *atención temprana* se debe dar a la población infantil que lo requiera. Las disfunciones que presentan las administraciones deben superarse introduciendo, en los estamentos y niveles que sea necesario, aquellas medidas de racionalización pertinentes para mejorar la gestión de los recursos disponibles y para crear aquellos que no existan. Con objeto de conocer las necesidades de nuestros usuarios, hemos ofrecido la posibilidad de aportar observaciones y/o sugerencias al final de nuestro cuestionario.

La dificultad primordial se plantea cuando el niño con retraso en su desarrollo puede ser objeto de intervención desde la *sanidad*, los *servicios sociales* o la *educación*. Si su problemática implica a dos o tres de los sectores mencionados, dicha intervención no debe darse desde compartimentos estancos, sino que la transferencia de la información ha de fluir entre ellos y todas las acciones que se desarrollen deben tener un denominador común: el niño, que, ajeno a los organigramas administrativos, vive su propia realidad, su problemática específica y debe ser beneficiario de las atenciones que pueden prestarle estos servicios. El niño tiene entidad biológica, psicológica y social y cuando alguno de estos aspectos se ve afectado, teniendo en cuenta la interrelación entre ellos, las instituciones deben ofrecer una respuesta integrada que garantice su salud, su desarrollo intelectual, emocional y sus capacidades adaptativas.

En *atención temprana* se deben establecer los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información entre los agentes implicados. Esta coordinación debe lograrse en torno a las siguientes dimensiones:

- *Interinstitucional e intrainstitucional*: que abarca desde los ministerios implicados, a las consejerías de las comunidades autónomas, a las administraciones locales y a las organizaciones de los usuarios. Figura 2.2.
- *Interprofesional*: que implica la coordinación de las áreas y sectores profesionales especializados.

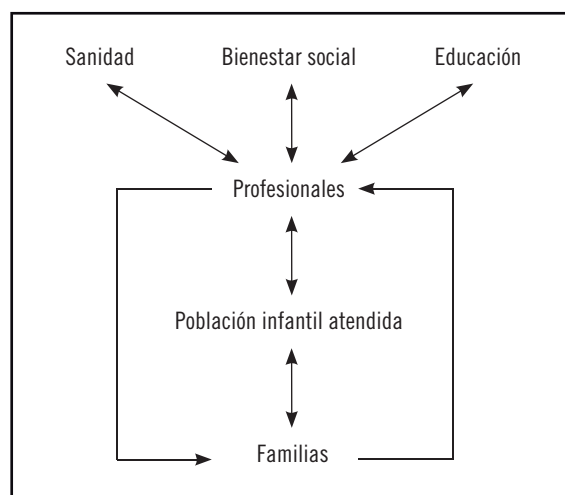


Figura 2.2. Coordinación interinstitucional (GAT, 2000)

Se deben considerar tres niveles de coordinación:

- *Nivel estatal*: desde el Gobierno Central se debe promover la coordinación de los *ministerios de sanidad, trabajo, igualdad y asuntos sociales y educación* para trazar una política común que establezca cauces interministeriales para la planificación del sector de la *atención temprana*.
- *Nivel autonómico*: las *comunidades autónomas* que tengan transferidas las competencias en materia de *sanidad, asuntos sociales y educación*, y las Administraciones locales, deben asumir la creación y organización de los recursos necesarios para ofrecer unos centros sectorizados de Aten-

ción Temprana que posibiliten la universalización, la gratuidad y la calidad de los tratamientos para quienes los necesiten, como exponente de solidaridad, de igualdad y de justicia social.

- *Recursos de atención temprana*: este nivel de coordinación abarca tanto a los profesionales que en las áreas de la *salud, asuntos sociales y educación* van a incidir en los equipos *inter, trans y multidisciplinares*. Figura 2.3.

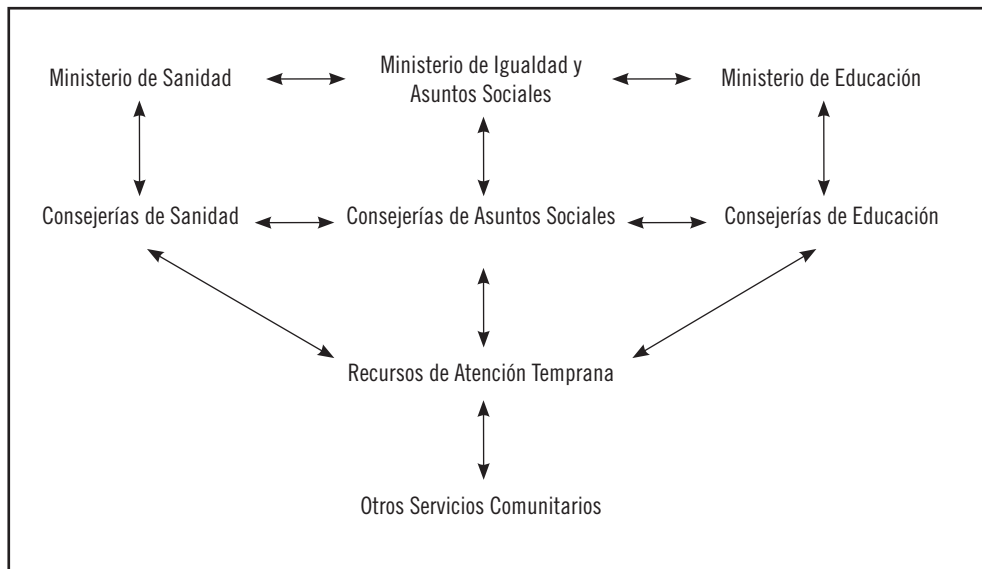


Figura 2.3. Niveles de coordinación (GAT, 2000)

La complejidad para el abordaje de la problemática específica de los niños con alteraciones en su desarrollo de etiología social, psíquica, sensorial o física sigue siendo un reto para los profesionales, las administraciones públicas y la sociedad en su conjunto. Lo cierto es que los diferentes ámbitos del conocimiento tienden a detallar un corpus teórico-experimental propio para aportar soluciones a los problemas de salud, a los de carácter social y a los educativos. La finalidad desde todas las vertientes de la intervención de la *atención temprana* es la mejora de la calidad de vida de estos niños y por consiguiente la normalización de sus capacidades adaptativas. La especialización científica permite ahondar cada vez más en el conocimiento de aspectos de las alteraciones del desarrollo que hace unos años presentaban una criptogénesis que hoy día, en algunos casos, se ha resuelto y en otros ha permitido no sólo el conocimiento de los factores biológicos y sociales que puedan originar trastornos en el desarrollo, sino alternativas adecuadas para su prevención y resolución.

Se hace indispensable la coordinación de los ámbitos de investigación y de los sectores que inciden en la población infantil susceptible de intervención. La estructura actual del Estado ofrece situaciones heterogéneas en cuanto a la capacidad normativa, decisoria y presupuestaria, según la comunidad autónoma correspondiente; por tal motivo, es necesario, respetando la diversidad social de cada autonomía, ofrecer un servicio de *atención temprana* de calidad (Pegenaute, 2009).

Debemos referir la necesidad de regularizar la coordinación, básicamente a través de la protocolización de la detección, derivación y de los programas de seguimiento y control. Para ello, es importante tener presente tanto los sectores implicados en la *atención temprana* como la relación e intercomunicación entre los mismos.

## 7. Normativa vigente

El presente apartado resume parte de la información publicada en el *Libro blanco de la atención temprana* (Grupo de Atención Temprana, 2000), en la tesis doctoral *Análisis de un modelo de seguimiento en atención temprana* (Pina, 2008), así como de lo expuesto en las *I Jornadas Interdisciplinares en Atención Temprana* celebradas en Zaragoza en el año 2008.

La legislación en *atención temprana* actualmente vigente en nuestro país fundamenta sus bases tanto en la normativa internacional suscrita por España, como en una legislación general de ámbito estatal así como en una legislación autonómica, en este caso la andaluza, que es la que directamente nos compete. De manera esquemática se puede a continuación en la Tabla 2.1 (normativa internacional), Tabla 2.2 (normativa estatal) y Tabla 2.3 (normativa autonómica).

AÑO	NORMATIVA INTERNACIONAL
1959	<i>Declaración de los derechos del niño</i> , proclamada por la <i>organización de las naciones unidas</i> (ONU) el 20 de noviembre de 1959. En su principio V, establece que <i>el niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especial que requiera su caso particular</i> .
1976	<i>XXXIX Asamblea mundial de la salud</i> , donde en 1976, en su Resolución 29/35, se aprueba la <i>clasificación internacional de la organización mundial de la salud</i> (OMS), en la que se establecen las <i>definiciones de deficiencia, discapacidad y minusvalía</i> .
1980	<i>Carta social europea</i> .

Continúa en página siguiente >>



<< Viene de página anterior

AÑO	NORMATIVA INTERNACIONAL
1982	<i>Asamblea general de las naciones unidas</i> , en su resolución 37/52 de 1982 aprueba el <i>programa de acción mundial para las personas con discapacidades</i> . En ella se establecen la prevención y rehabilitación en igualdad de oportunidades para las personas con cualquier tipo de discapacidad.
1989	<i>Convención de los derechos del niño</i> (ONU, 1989). Ratificada por España el 30 de noviembre de 1990 (BOE 30-12-1990). Los servicios de <i>atención temprana</i> podrían basarse en los artículos 23.1-2-3 y 4, así como en los 24.1 y 2 y en el 28.1.
1993	<i>Conferencia sobre derecho internacional privado</i> (La Haya, 1993), en la que se firma un convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional.
1993	<i>Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad</i> (Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993)
1995	<i>Declaración de derechos del deficiente mental</i> aprobada por la <i>Asamblea general de las naciones unidas</i> mediante Resolución 3447, de 9 de diciembre de 1995.

**Tabla 2.1.** Normativa internacional

AÑO	NORMATIVA ESTATAL
1978	<i>Constitución Española</i> , en su Artículo 14: establece la igualdad de todos los españoles ante la ley. En su Artículo 39: se protege a la familia y a la infancia y en el Artículo 49 establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de <i>los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente en el disfrute de los derechos que este título otorga a todos los ciudadano</i> (p. 143).
1982	Ley 13/1982, de 7 de abril, de <i>integración social de minusválidos</i> (LISMI). BOE 30-4-1982.
1984	<i>Real decreto</i> 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la LISMI.
1985	<i>Real decreto</i> 334/1985, de 3 de julio, en el que se ordena la Educación Especial.
1990	<i>Ley orgánica de ordenación general del sistema educativo</i> (LOGSE), 1/1990, por la que en sus artículos 36 y 37, se establecen las enseñanzas mínimas correspondientes a <i>educación primaria</i> .
1995	<i>Real decreto</i> 696/1995, de 28 de abril, de <i>ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales</i> .
1996	<i>Ley orgánica de protección jurídica del menor</i> , de modificación parcial del Código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE, 17-1-1996).
1999	<i>Real decreto de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía</i> , RD 1971/1999.
2003	<i>Ley 51/2003</i> , del 2 de diciembre, por la que se regula la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.
2006	<i>Ley orgánica de educación</i> (LOE), de mayo del 2006, por la que se establecen los aspectos básicos en <i>educación preescolar</i> y enseñanzas comunes de la <i>educación infantil</i> .
2006	<i>Ley 39/2006</i> , de 14 de diciembre, de <i>promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia</i> , cuyo objetivo principal es <i>atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyo para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía</i> .

**Tabla 2.2.** Normativa estatal

AÑO	NORMATIVA AUTONÓMICA EN ANDALUCÍA
1986	Ley 8/1986, de 6 de mayo, del servicio andaluz de salud. (BOJA 10-5-1986).
1988	Ley 2/1988, de 4 de Abril, de servicios sociales en Andalucía (BOJA 12-4-1988).
1995	Decreto 101/1995, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento (BOJA 17-5-1995). Desde esta fecha se establece como una de los derechos del recién nacido hospitalizado el tratamiento de estimulación precoz.
1998	Ley 1/1998, de 20 de Abril, de los derechos y la atención al menor (BOJA 12-5-1998).
1999	Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía (BOJA 17-4-1999). En su artículo 131 la atención temprana queda definida como la intervención múltiple dirigida al niño, la familia y a la comunidad, integrada por acciones de información, detección, diagnóstico, tratamiento, orientación y apoyo familiar implementados desde el sistema público de salud.
2002	Orden de 19 de septiembre de 2002, de la consejería de educación y ciencia, por la que se regula la realización de la evaluación psicopedagógica y el dictamen de escolarización (BOJA 26-10-2002).
2003	Decreto 167/2003, de 17 de junio, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a condiciones sociales desfavorecidas. (BOJA 23-6-2003).
2005	Orden 2 de junio de 2005, de la consejería de salud, por la que se establecen las bases para la concesión de subvenciones para programas de atención temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo. (BOJA 10-6-2005).
2005	Actualmente, y desde el año 2005, se están llevando a cabo numerosas modificaciones que implican a diferentes consejerías tales como salud, educación y consejería para la igualdad y bienestar social, en cuanto que atiende a una población infantil con edades comprendidas entre los 0 y 6 años. Todo ello contemplado en el plan de acción integral para personas con discapacidad en Andalucía (PAIPDA 2003-2006).

Tabla 2.3. Normativa autonómica en Andalucía

## 8. La atención temprana como servicio

La *atención temprana* es un ámbito de trabajo relativamente reciente. Las primeras experiencias en nuestro país tuvieron lugar en la década de los años setenta del siglo pasado. En este tiempo hemos asistido a cambios realmente importantes en cuanto a metas, objetivos, especificación de programas, modelos, métodos, selección de quienes proporcionan los servicios y a quienes van destinados, sin olvidar la propia gestión de la *calidad de servicio*. Hemos pasado de un modelo de intervención única y exclusivamente centrado en el niño a un modelo que tiene en cuenta además de a éste, a su familia y a los distintos contextos en los que tiene lugar su desarrollo. Estamos ante un cambio de perspectiva de la *atención temprana* como mero servicio asistencial a considerar la atención temprana como un servicio psicoeducativo.

Aunque la *atención temprana* se ha definido de múltiples maneras según el enfoque o la perspectiva desde la que se realice, está claro que en la mayoría de las definiciones encontradas incluyen la palabra *servicio*. Según Meisels y Shonkoff (1990, p. 16) *la atención temprana consiste en los servicios multidisciplinares proporcionados a los niños con deficiencias o evolutivamente vulnerables y sus familias desde el nacimiento hasta los tres años. Estos programas están diseñados para incrementar el desarrollo del niño, minimizar los retrasos potenciales, prevenir el deterioro futuro, limitar la adquisición de condiciones deficitarias adicionales, y/o promover el funcionamiento adaptativo de la familia. Las metas de la intervención temprana son llegar a proporcionar a los niños servicios terapéuticos evolutivos, y apoyar e instruir a sus familias.*

Años más tarde, estos mismos autores reformulan su definición y matizan que: *la atención temprana consiste en los servicios multidisciplinares proporcionados a los niños desde su nacimiento hasta los cinco años, con el fin de promover la salud del niño y su bienestar, aumentar sus competencias emergentes, minimizar los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades existentes o emergentes, prevenir el deterioro funcional y promover la paternidad adaptativa y el buen funcionamiento de toda la familia. Estas metas se cumplirán cuando se proporcionen a los niños servicios evolutivos, educativos y terapéuticos individualizados, junto con un apoyo planificado para sus familias* (Meisels y Shonkoff, 2000. p. 13).

Por otro lado, recordaremos algunas de las definiciones de *servicio* que fueron comentadas en el primer capítulo, tales como la que dio Kotler (1992) según la cual un servicio es cualquier actuación que una parte puede ofrecer a la otra, esencialmente intangible y sin transmisión de propiedad. Para Staton, Etzel & Walter (1992), los servicios constituyen actividades identificables, intangibles, que se conciben para proporcionar la satisfacción de las necesidades de los consumidores.

Como hemos mencionado, la calidad se ha centrado principalmente en dos importantes tradiciones a la hora de entenderla: la escuela norteamericana y la escuela europea. El modelo americano se asocia principalmente a los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1991). Dichos autores elaboraron un modelo que culminó con el desarrollo de un instrumento de medida que denomi-

naron SERVQUAL o modelo de deficiencias, de un gran pragmatismo (Morales Sánchez, 2003; Morales Sánchez, Hernández Mendo y Blanco, 2009)

La tradición europea se asocia a los trabajos desarrollados por Grönroos como asumiendo que hay dos grandes tipos de factores a tener en cuenta en la calidad del servicio: calidad técnica, *qué se ofrece en el servicio*, y calidad funcional, *cómo se ofrece* (Martínez-Tur et al., 2001; Morales Sánchez et al., 2009).

En definitiva, nosotros defenderíamos una integración de las dos tradiciones, la europea y la norteamericana, tal y como proponen la mayoría de los autores que actualmente trabajan sobre el tema ya que se ha creado la necesidad de proponer un nuevo modelo susceptible de ser adaptado a las necesidades de cada servicio y que refleje la idiosincrasia de cada país.

## 9. Necesidad de un sistema de calidad en un servicio de atención temprana

La *calidad* es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas organizativos modernos. En toda clase de organizaciones vinculadas al sector servicios, cuando se analiza la *calidad* se obtiene que, a pesar de sus potenciales beneficios, la implantación de una estrategia competitiva de esta naturaleza no está exenta de problemas, habida cuenta de la dificultad que plantea la definición y medida de la misma en el ámbito de la salud. Pese a ello, han sido numerosos los investigadores que han tratado de desarrollar definiciones y diseñar modelos para gestionar adecuadamente la calidad (Urbina Pérez, Pérez Pérez y Martínez Sánchez, 2000).

En el análisis de los modelos para la evaluación de la calidad, y a pesar de sus diferencias, todos ellos se basan en unos criterios o estándares. La ISO 9001 es la más normativa internacional más conocida referida al sector servicios en general, es genérica y puede ser aplicada a todo tipo de organizaciones. Con el término *organización* no se hace referencia únicamente a aquellas empresas con ánimo de lucro. Existen otro tipo de organizaciones de elevada complejidad cuyos objetivos no se centran en alcanzar un determinado beneficio, como pue-

den ser ONGs, instituciones sanitarias, etc. y que habitualmente son excluidas en el inconsciente colectivo de prácticas relacionadas con la gestión estratégica y empresarial. Por lo tanto y en contra de lo que pueda parecer, la inquietud por el tema de la acreditación sanitaria es generalizada en todo el mundo, existiendo experiencias positivas en algunos países como EEUU, Canadá, Australia, Reino Unido o Francia. La situación de las instituciones sanitarias en España se encuentra en un proceso de cambio, después de las transferencias de las Comunidades Autónomas.

Los servicios sanitarios constituyen un sector de actividad en el que, por su propia naturaleza y por la dimensión de la partida presupuestaria que dedica cada país, es clave plantear sistemas y modelos de mejora de la *gestión de la calidad* y satisfacción de los usuarios (Pastor Tejedor, 2007).

La *calidad* es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas sanitarios modernos. La *calidad* de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de la mejora de la eficiencia de los procesos, de la imagen que de la organización perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al *cliente interno*<sup>4</sup> y *externo*, y de la adecuada interacción entre ellos (Shonkoff & Levitt, 2010).

Los países adoptan diferentes sistemas y modelos de gestión de la calidad para la mejora de la gestión de la organización. Uno de los países más avanzados en la implantación de los sistemas de calidad en hospitales es EEUU, donde están obligados a pasar periódicamente una auditoria realizada por la *JCAHO (Joint Commision in Accreditation of Healthcare Organizations)* en la que se revisan las muestras de documentación sobre procedimientos llevados a cabo en el hospital.

En España, como país perteneciente a la Unión Europea, los sistemas que se empezaron a utilizar fueron las normas ISO-9001 y el modelo EFQM, porque se consideraba que las 500 normas de la JCAHO eran excesivas y que llegaban a convertir la gestión de la calidad de los centros hospitalarios en un sistema muy burocrático. De hecho en EEUU ya se han reducido a

4 Se considera cliente interno aquél que pertenece a la propia empresa.

350 normas, las 500 iniciales y para trasladarlo a Europa se han reunificado y simplificado en 175.

Aunque se han realizado esfuerzos por parte de la JCAHO para trasladar su acreditación a Europa, no han desbancado a los modelos utilizados en la UE, puesto que ya en muchos países y concretamente en España, en comunidades autónomas como Cataluña, Madrid, País Vasco, Navarra y Andalucía, se había trabajado en paralelo consiguiendo una adaptación de los modelos de sistemas de calidad como la ISO-9001 o de los criterios del Modelo de la Federación Europea de la Calidad (EFQM) para centros hospitalarios, considerando muchos profesionales que estas adaptaciones se adecuan mejor a las prácticas generales realizadas en hospitales y otras instituciones que podrían considerarse sanitarias como es el caso de los Centros de Atención Infantil Temprana, al menos en Andalucía donde están conveniados y/o subvencionados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desde el año 2005.

Aun dentro de España existen diferencias muy acusadas entre las diferentes comunidades autónomas, ya que además de las diferencias anteriormente señaladas, se añade que algunas de ellas tuvieron antes su gestión transferida. Hay algunas comunidades autónomas que son un ejemplo en la utilización de diferentes sistemas y modelos de gestión de calidad, por ejemplo la comunidad autónoma de Cataluña, que utiliza un sistema de acreditación basado en el modelo EFQM que combina estándares de la JCAHO e ISO. El servicio vasco de salud (Osakidetza) utiliza el modelo EFQM y Andalucía ha optado por un modelo de calidad propio que integra los servicios de los diferentes niveles asistenciales. Existe gran variedad y lo que se está buscando es unificar criterios para lograr una mejor comunicación entre países y poder así comparar resultados y compartir conocimientos y mejoras, para el beneficio de todos.

Son varios los autores que apuestan claramente por una solución que no opte claramente por uno u otro modelo de gestión previamente establecido, sino por la elaboración de uno que integre los ya existentes. En este sentido, una posible futura política para la implementación de procesos de mejora continua podría ser relatada integrando elementos de los modelos generales de *Gestión de la Calidad Total* con modelos básicos y específicos propuestos por especialistas en distintos campos (Heras et al., 2008; Hudelson, Cléopas, Chopard & Perneger, 2008).

Un sistema de salud se debería apoyar en sistemas o servicios de información eficientes que permitan la ejecución de la gestión de la calidad, disponiendo de la tecnología necesaria y del sistema de comunicación, que permita la transmisión de conocimientos y de resultados de una manera rápida y fiable.

Existen distintos sistemas para conseguir estos objetivos como por ejemplo software de gestión para el sector servicios, redes locales, Intranet, Internet, bases de datos, etc. En nuestro país, pese a las diferentes propuestas para un sistema de información sanitario de estas características, poco se ha avanzado en este tema, siendo un problema a resolver. Es prioritario un acuerdo entre las diferentes administraciones sanitarias para el intercambio de información y para la utilización de bases de datos con una codificación única. En España han nacido agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (AATM, OSTEBA, AETS, etc.), siguiendo las experiencias de otros países como Francia y Reino Unido.

No olvidemos que en los últimos años, cualquier sector de actividad productiva, la industria, el comercio, las finanzas, el turismo, etc., ofrece la calidad como un valor intrínseco de sus productos o servicios. Desde esta perspectiva, la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios es una de las principales áreas de estudio del comportamiento de los consumidores y usuarios, dado que el rendimiento de las organizaciones de servicios es valorado por las propias personas que adquieren y/o utilizan estos bienes de consumo y/o servicios. Por ello los estudios de la calidad del servicio y de la satisfacción de los consumidores y usuarios tienen en común la importancia del punto de vista de los clientes al valorar el producto y el servicio que proporciona la propia organización. Para realizar la gestión adecuada de la calidad es necesario conocer qué buscan las personas en sus actividades de consumo (Quintanilla, 2002).

Transcurridas ya más de tres décadas desde que se iniciaron en nuestro país los primeros tratamientos de *atención temprana*, y contando con una relativa consolidación de estos servicios, es momento de plantearse no sólo hacer una determinada intervención, sino realizarla con la mayor calidad posible. Debemos demostrar, además, que estos servicios poseen la suficiente eficacia para justificar su existencia. Actualmente, cualquier acción sobre las personas no se entiende sin tener una medida de calidad del proceso de intervención y de la calidad sentida por los usuarios y su familia. Pese a los sistemas de acreditación o normalización, los servicios de AT están necesitados de una herramienta



pragmática que permita conocer la opinión de sus clientes (García, Mirete, Martín y Romero, 2008).

La *atención temprana* no es ajena a la creciente preocupación por la calidad que está impregnando todos los aspectos de la sociedad actual. Los procesos para la mejora de la calidad son un incentivo que de manera implícita van a provocar cambios en los resultados de la intervención temprana. En este sentido, nuestra labor profesional ha de estar orientada hacia la *Calidad Total*, ya que tener esta meta nos permitirá incrementar nuestra eficacia, competitividad y la satisfacción de los clientes de la *atención temprana* (Morales Sánchez, 2003; Ponte, Cardama, Arlanzón, Belda, González y Vived, 2004; Romero Galisteo, Morales Sánchez, Díaz, Medina, Moreno y Luque, 2008; Romero Galisteo y Morales Sánchez, 2010a,b).

En este sentido, la Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana publicada en el año 2004 traza las líneas a seguir para lograr que los niños con trastornos en su desarrollo o con factores de riesgo y sus familias mejoren sus capacidades, su bienestar emocional y sus condiciones de vida, para lograr la adaptación e integración en su entorno vital. Este documento establece las dimensiones de calidad estructuradas en torno a cinco niveles: comunidad, familia, infancia, centro y programa de atención temprana. Los autores de la guía nos proporcionan una serie de enunciados representativos a tener en cuenta para evaluar la calidad en *atención temprana* de manera global. De esta forma, la guía establece una diferencia entre *estándares* e *indicadores*, llamando a los primeros: *enunciados propuestos como criterios de calidad* y a los segundos: *medio de análisis del funcionamiento concreto de un proceso* (Ponte et al., 2004. p. 138).

Sirva como ejemplo en este sentido, la propuesta que se hace en la guía sobre los *estándares* de los programas de atención temprana. En ellos se deben recoger información sobre si se elabora una memoria anual de las actividades del centro de atención temprana, si el programa contempla la elaboración anual de un proyecto de actividades, si la Administración responsable facilita los medios para realizar evaluaciones externas de forma periódica, etc., dividiéndose cada uno de estos enunciados en una serie de indicadores, muchos de los cuales coinciden con los factores obtenidos en nuestra investigación como se verá en el capítulo de resultados.



El aumento de la preocupación por la calidad viene motivado fundamentalmente por:

- El incremento de la restricción financiera a nivel mundial de todos los servicios públicos.
- Los cambios en los valores, métodos y estructuras organizativas, que introducen el mayor uso de modelos holísticos de funcionamiento humano que subrayan menos los enfoques patológicos.
- La importancia de la influencia del consumidor que en recursos humanos sería la persona o personas a las que se destina el servicio.

La calidad tiene que ver especialmente con la gestión de servicios y su mejora. En este sentido, Payne, Bellamy y Wilcox (1984), al analizar el funcionamiento de los *servicios humanos* eficaces, encontraron tres factores relacionados directamente con el control de calidad:

- Las actitudes mantenidas por la población hacia los *servicios sociales* no llevaban a un control de calidad, pues este tipo de atenciones se concebía como *caridad* y, por tanto, alcanzaba sólo a unas cuantas personas.
- La falta de control y participación de las personas a las que se dirigía el servicio.
- La existencia de una relación directa demostrada entre modelos de servicios y beneficios para sus usuarios.

Siendo conscientes de las dificultades que supone llevar a cabo un plan de calidad, cuando en los centros no se cuenta con una estructura mínima que favorezca la práctica profesional; por las ratios desmesuradas, falta de recursos personales, humanos y económicos, e infraestructuras claramente deficitarias, se debe demandar a la Administración pertinente los recursos mínimos si los cuales va a ser imposible abordar intervenciones de calidad. No obstante, tenemos que comprometernos en ofrecer unas prácticas profesionales que, superando las limitaciones, garanticen la eficiencia y la calidad en todas las acciones que se llevan a cabo en los centros y servicios de *atención temprana* (Millá, 1999; Pérez-López y Brito, 2004).

Es importante construir una cultura profesional guiada por la eficiencia y desarrollar una pedagogía de la calidad que cristalice en avances relevantes y en la implantación de buenas prácticas. Cabe destacar también que la calidad debe ser un proceso interno de las redes de centros de atención temprana, ya que los planes que se elaboran en el exterior, si no son asumidos como propios, no aportan cambios sustanciales en la organización, en el funcionamiento y en los procedimientos de actuación. Los profesionales debemos integrar en nuestro quehacer diario acciones que supongan modificaciones concretas y cambios significativos, más allá de los planteamientos teóricos externos y de la retórica de la calidad.

La incorporación de criterios de calidad en los CDIAT/CAIT ofrece aportaciones inmediatas ya que con ella se mejoran y optimizan los procesos de gestión y de intervención, pero al mismo tiempo tiene un valor estratégico de consolidación de la *atención temprana* ante otros profesionales y ante la sociedad.

Toda la experiencia acumulada por los profesionales de la *atención temprana* pone al sector en una situación favorable para afrontar el futuro con eficacia. Pero esta labor no puede llevarse a cabo sin la participación interinstitucional y sin decisiones específicas tomadas en los entornos políticos y administrativos, que sirvan para planificar, coordinar y sectorizar mejor los recursos. Por esta razón nos pusimos en contacto con la delegación de sanidad para presentarles nuestro proyecto de investigación, el cual fue bien acogido. El aumento de los conocimientos expertos debe ir acompañado de un incremento de los recursos y medios técnicos disponibles.

La necesidad de tener una posición muy abierta ante los diferentes aspectos o incógnitas que presenta cada caso, la necesidad de ser prudente y flexible en las hipótesis es un mérito que no exime de la regularidad metodológica en la precocidad y la temporización de la intervención e implantación de un *Sistema de Gestión de Calidad Total* en los CDIAT/CAIT.

Es necesario tomar conciencia de las carencias en el uso de formatos compartidos y fáciles de cumplimentar para documentar actuaciones, expresar o medir el efecto de las intervenciones, transferir mediante procedimientos regulares los juicios e impresiones, observar las dinámicas evolutivas de los niños/as, conocer la valoración de la *calidad de servicio* por parte de las familias o recoger la estadística que permita profundizar en la realidad de cada equipo.

Estas carencias instrumentales, así como la escasas referencias bibliográficas al respecto en la literatura científica, perjudican, no poco, la expresión de la dificultad de la tarea, la capacidad de autoevaluación y perfeccionamiento del trabajo propio, la creación de una cultura compartida por el equipo y el reconocimiento o comprensión externa de su valor, incluso para los padres, creando desajustes entre las expectativas de unos y otros, no sólo entre los equipos y los padres sino entre los equipos y las asociaciones o administraciones que promueven los servicios.

Recordemos que el concepto de *calidad total*, se refiere a la excelencia o calidad integral de un servicio o programa que ha de aportar las garantías mínimas para lograr la competitividad necesaria para su subsistencia. Desde la óptica de los recursos humanos, la *calidad total* se fundamenta en lo siguiente:

- Los servicios han de estar centrados en el cliente, en *atención temprana* los niños y sus familias, y gobernados por un sistema de valores.
- Las medidas de la calidad en la ejecución deben estar basadas en resultados importantes para los clientes.
- Implantar una cultura de calidad en lugar del simple cumplimiento de la normativa.
- La calidad ha de ser supervisada de forma global.

Antes de continuar, sería conveniente hacer un inciso y aclarar, siguiendo a Moreno Alego (2007), que *cliente* es uno de los conceptos que más controversias provoca desde la perspectiva del Tercer Sector. Aunque cada vez está más extendido el uso de este concepto en la Acción Social, también existe una resistencia a su uso por sus connotaciones comerciales o bien porque no defiende correctamente a la persona que queremos identificar, como puede suceder en una entidad que trabaja con niños. La adaptación de este término pasa por extender el concepto cliente a otros como usuario directo, usuario indirecto, beneficiario, receptor del servicio, organización que contrata nuestros servicios o cualquier otra expresión que se nos ocurra, siempre y cuando con ella estemos definiendo a aquellas personas físicas o jurídicas receptoras, directa o indirectamente, de nuestros servicios, independientemente de que haya o no

una contraprestación económica o una solicitud o demanda previa del servicio o producto.

Continuando con el tema que nos atañe y según Pegenaute (2009), la calidad en los servicios, públicos o subvencionados, ha de ser un derecho de los ciudadanos:

- Las administraciones quieren conocer la utilidad y el rendimiento de los servicios que se crean.
- Los ciudadanos exigen que los servicios respondan de forma satisfactoria a sus necesidades.
- Los profesionales quieren que se reconozca el trabajo que realizan.

Conviene recordar que la *calidad en atención temprana* no debe tener en cuenta únicamente los aspectos cuantitativos (cuántos niños, cuántas sesiones, cuánto tiempo, cuánto cuesta, etc.), sino también cualitativos (cómo se realiza ese trabajo). Una vez determinada esta necesidad, la tarea adicional corresponde a tratar de establecer cuáles pueden ser los contenidos mínimos que se necesitan para evaluar los servicios de *atención temprana* en general y los CDIAT/CAIT en particular, objeto de esta investigación.

## 10. Calidad y atención temprana: propuesta de elaboración de una herramienta de medida.

Afrontar en *atención temprana* la medición y el análisis de la calidad de vida, dada la edad y las características de la población atendida, es una tarea muy compleja, fundamentalmente por dos factores:

- La multidimensionalidad de los aspectos que comprenden el desarrollo infantil
- La subjetividad con la que las familias perciben la calidad, ya sea de vida de sus hijos como la propia, del centro, de la actuación de los profesionales que les atienden, etc. La calidad de vida percibida depende de

apreciaciones particulares (variables subjetivas), por lo que debe complementarse con la calidad de vida objetiva (parámetros de la norma social).

El continuo intercambio de información entre las familias y los profesionales permitirá a éstos disponer de una abundante información sobre el nivel de satisfacción de los *clientes* o *usuarios* del CDIAT/CAIT. Pero esta información va a ser insuficiente para realizar un análisis exhaustivo de la eficiencia del centro como organización. Por ello, es necesario diseñar cuestionarios, formular encuestas, cumplimentados de manera anónima, que permitan estudiar todos los indicadores con los que realicemos el diagnóstico y la evaluación interna de los puntos fuertes y débiles. Con estos resultados podremos concebir, desarrollar y aplicar el adecuado plan de mejora.

Según Milla (1999) y Pérez-López y Brito (2004) en el diseño de cuestionarios de calidad en los CAIT/CDIAT es necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Los cuestionarios han de estar dirigidos a las madres y los padres, deben ser sencillos y no excesivamente largos.

- La información debe ser clara, breve y concisa.
- Se deben obviar todas las ambigüedades.
- No deben emplearse en los enunciados oraciones largas que incluyan más de un mensaje.
- Las preguntas deben plantear sinceridad en las respuestas.
- No se plantearán preguntas obvias.
- No habrá respuestas redundantes.
- Debe haber espacio para las observaciones, los comentarios y la libre opinión.

No debemos olvidar que la *atención temprana* debe abordarse desde la multidimensionalidad, con un enfoque interdisciplinar del proceso de intervención como comentamos en este capítulo. Por consiguiente, la *calidad* en *atención temprana* se debe basar en:

- La definición de estrategias de mejora centradas en los clientes internos (profesionales) y externos (niños/as y familias) de los centros y servicios de atención temprana.

- El análisis y comprensión de las necesidades y expectativas de los niños/as y de sus familias.
- Las soluciones en la gestión eficaz de los recursos humanos y materiales.
- El establecimiento de equipos de trabajo para la mejora de procesos.
- La evaluación de la calidad a través del estudio de los indicadores de satisfacción y de los resultados de la atención temprana.

## 11. Evaluación de la calidad en A.T.: un modelo de intervención

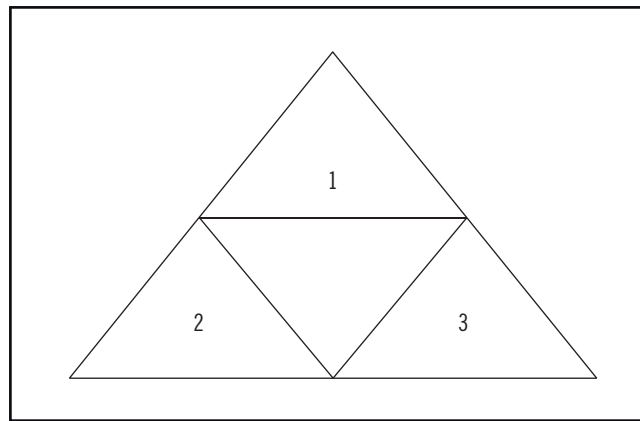
No podíamos terminar el capítulo sin proponer un modelo de intervención. En el capítulo precedente, y en relación con la calidad del servicio y la satisfacción del cliente, se han planteado las principales cuestiones tratadas en la investigación e intervención relacionadas con la calidad de servicio y la satisfacción de los consumidores y/ o usuarios. Como hemos visto, ha habido posturas diferentes a la hora de acercarse a estos fenómenos.

Martínez-Tur et al. (2001), al igual que nosotros hemos mencionado anteriormente, creen conveniente la integración de las tradiciones norteamericana y europea al entender la calidad de servicio. La primera de ellas había sesgado la investigación y la intervención hacia dimensiones intangibles o sociales de la calidad de servicio (fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía y seguridad) mientras que sólo una muy general se refiere a resultados tangibles del servicio, ocupando un lugar secundario. En cambio, una cuestión central en el modelo europeo es la diferenciación entre calidad técnica (resultados del proceso de prestación del servicio, esto es, qué se consigue) y la calidad funcional (proceso de interacción entre cliente y proveedor del servicio, es decir, cómo se consigue el resultado). Tanto una como otra son fundamentales tanto para conseguir un cliente satisfecho como para mejorar y optimizar la *calidad*.

Se plantea, por tanto, la necesidad de crear un nuevo modelo de intervención que integre los dos planteamientos vistos hasta ahora. Estos autores proponen en su *triángulo de la calidad del servicio* una perspectiva más completa y susceptible de ser adaptada a las características específicas de cada servicio. Propuesta de intervención interesante que ha sido punto de referencia para nuestro trabajo y para integrarla en nuestra investigación.

El *triángulo de la calidad del servicio* se puede representar gráficamente a través de un triángulo como puede apreciarse en la figura 2.4. Encontramos en sus vértices los principales constructos que se miden, es decir, los resultados, las percepciones y los estándares de comparación. Dentro del triángulo se consideran:

- Las *dimensiones sociales y técnicas* que se miden (triángulo interior 1). En nuestro trabajo, incluiríamos aquí las diferentes escalas que componen nuestro cuestionario.
- Los *informantes*: tanto directivos, como clientes y a los empleados (triángulo interior 2). En nuestro estudio hemos considerado una parte del triángulo, reflejando la evaluación de la calidad por parte de los clientes, como son las familias de los usuarios atendidos en los servicios de AT.
- Tres *niveles de análisis* (triángulo 3):
  - Micro: detectar los puntos fuertes y débiles de una empresa. En nuestra investigación hemos analizado estos aspectos y elaborado informes que hemos entregado a los CAIT que así lo han solicitado mediante la firma de diferentes convenios de colaboración, como se detalla en el capítulo *planteamiento de la investigación*.
  - Meso: evaluar qué situación ocupa una organización cuando se la compara con la competencia directa, ya que hemos evaluado a la mayoría de los *centros de atención infantil temprana* de la provincia de Málaga.
  - Macro: la organización observa su situación dentro de un sistema social más amplio como puede ser su sector, comunidad autónoma, nación, etc.. Este modelo tiene implícito algunos de los factores principales del modelo de deficiencia *SERVQUAL*.



**Figura 2.4.** El triángulo de la calidad del servicio (Martínez-Tur, Peiró y Ramos, 2001)

Con respecto a las *dimensiones*, estos autores plantean que es poco práctico centrar la atención principalmente en los elementos intangibles o sociales pensando que son los intrínsecamente asociados al componente de servicio. Más bien, si se tiene que gestionar la calidad en una organización de servicios, hay que pensar en productos paquete (elementos técnicos y elementos sociales) donde lo tangible y lo intangible van inherentemente unidos. En ocasiones primará el proceso de interacción social, mientras que en otras lo hará el técnico, pero ambos tipos de dimensiones son relevantes.

En cuanto a los *informantes*, consideran que el informante principal debe ser el usuario-a del servicio, en nuestro caso, las familias. Pero a la organización le interesa contrastar opiniones de sus clientes con las del personal o la del propio responsable de la organización. Ello permite conocer hasta qué punto existe coincidencia en la calidad de servicio percibida y en qué medida el personal de la organización conoce el punto de vista de los usuarios. Los desajustes en esas opiniones explican los *malos entendidos* como causa de la falta de calidad.

En lo relativo a los *niveles de análisis*, se pueden aplicar tres niveles:

- Nivel micro: Donde el análisis se centra en la organización focal estudiada. En este caso interesa analizar la calidad de servicio de una organización considerando a sus clientes, sus empleados y su/s directivo/s.
- Nivel meso: Permite comparar la calidad de servicio de la organización focal con la de sus directas competidoras. Este nivel es complementario al anterior ya que múltiples organizaciones que operan en un mismo



mercado pueden querer comparar su calidad de servicio y la satisfacción de sus clientes con las de la competencia. Para ello se debe garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos en cada organización.

- Nivel macro: Donde la organización observa su situación, en cuanto a calidad del servicio, dentro de un sistema social más amplio como pueden ser su sector, comunidad autónoma, nación, etc.

Es necesario, llegados a este punto, aclarar que en nuestro estudio, la *calidad* se refiere a todas las actividades que se lleven a cabo en los CDIAT/CAIT o servicios de *atención temprana*. Se debe considerar como una responsabilidad individual de cada persona que forma el centro, promoviendo la participación y la colaboración de todas las personas que formen parte del servicio. Implica, por tanto, un compromiso con el trabajo bien hecho y con la mejora continua, para conseguir el fin último, que es la satisfacción de las familias, de los propios profesionales y de los/as gerentes de la misma.

Tal como afirman Milla (1999) y Pérez y Brito (2004), los principales motivos por los que debemos optar por la *calidad en atención temprana* son:

- Racionalizar la gestión de los centros y servicios de atención temprana.
- Los centros y servicios no solo deben sobrevivir, sino que se deben encaminar hacia la excelencia en sus acciones.
- Uno de los objetivos primordiales debe consistir en satisfacer las necesidades de las personas y de los centros.
- La cultura de la calidad simplifica la organización.
- Mediante la cultura de la calidad se optimizan los recursos disponibles.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Capítulo 3  
**Bases metodológicas**

---

## Contenido

1. Introducción
2. Metodología selectiva
3. Análisis factorial exploratorio
4. Análisis de fiabilidad
5. Análisis de variabilidad

## 1. Introducción

El desarrollo y la evaluación de cualquier disciplina van siempre ligados al progreso de la investigación en ese terreno. Obviamente, esto también, sucede en el ámbito de la *Atención Temprana*. Como en cualquier otro campo, también en el nuestro, la investigación contribuye a afianzar y reelaborar el conocimiento que tenemos sobre él. Contribuye a proporcionar unos conocimientos sobre la realidad en la que tenemos que actuar, facilitando la toma de decisiones, incluso en el siempre difícil reparto de los habitualmente escasos recursos económicos y materiales disponibles. Contribuye directamente a la mejora de la práctica de la intervención, especialmente si la investigación se dirige a demostrar la eficacia y rentabilidad de distintas estrategias de intervención. Contribuye a motivar al profesional, tanto porque lo prestigia, como porque éste puede ver apoyado empíricamente su quehacer diario.

En un campo aplicado, la investigación ha de tender siempre a promover mejoras en las estrategias que se vienen empleando, lo que repercute directamente en un aumento de la calidad de la intervención y del servicio. En cualquier caso, aunque sólo sea por el hecho de que el profesional, al plantearse una tarea de investigación, se ve obligado a hacer un alto en su tarea diaria y reflexionar sobre ella, ya tendríamos que valorarla positivamente (García-Sánchez, 2002).

Debido a las escasas investigaciones en el ámbito de la *calidad de servicio percibida en Atención Temprana*, se hace necesaria una breve explicación tanto de la metodología de investigación utilizada como de las técnicas de análisis de datos que hemos utilizado.

## 2. Metodología selectiva

### 2.1. Definición y características

En investigación social la metodología selectiva es una de las más utilizadas ya que son innumerables sus aplicaciones posibles, dada la facilidad que ofrece para obtener respuestas, normalmente masivas, a cuestiones que presentan un interés definido (Anguera, 2003).

Se trata de una metodología de investigación que intenta obtener información cuantitativa sobre una población (bien en forma descriptiva o de relación entre variables medidas), mediante diseños que controlan de modo externo la adecuada selección de las unidades de análisis y la sistematización de la recogida de información (Gómez, 1990).

Según Delgado y Prieto (1997), la denominación de metodología selectiva se refiere a la adecuada selección de participantes y variables, que permite apuntar a la representatividad como condición *sine qua non* de esta metodología.

Las diferentes características que conforman el perfil de la *metodología selectiva* (Anguera, 2003) son las siguientes:

- *Elicitación de la respuesta*, que implica la posibilidad de formular preguntas directamente a los participantes seleccionados. Ello supone una diferencia con respecto a la metodología observacional, en la que la respuesta se recoge mediante un registro sin la intervención del individuo observado, y con la metodología experimental, en la que el responsable de obtener la información mantiene un alto grado de dominio y control de la situación.
- Uso de *instrumentos semi-estandarizados o estandarizados*. En general no estamos ante un instrumento elaborado previamente (*ad hoc*), aunque podría ser así si la situación lo requiere, sino que se aplica el instrumento adecuado a los destinatarios. Los instrumentos utilizados en esta metodología son la entrevista, el cuestionario y pruebas estandarizadas (tests).
- El investigador *selecciona las variables* que le interesan. La selección de una variable (antecedente o predoctora) tiene la finalidad de conocer la relación que ejerce sobre otra variable (consecuente o criterio).
- Se desea conocer la posible relación de *covariación existente entre las variables* que interesan en el estudio.
- A excepción de la entrevista, la metodología selectiva es preferentemente nomotética. La relación entre extensividad e intensividad es inversa en la misma. Según Anguera (2003, p. 75): *se aplica extensivamente a un colectivo de individuos, en una amplia cobertura, pero desde un punto*

*de vista intensivo se mantiene en una posición moderada en cuanto a la profundidad de las respuestas.*

Teniendo en cuenta los tres criterios que los investigadores consideran que permiten caracterizar cualquier metodología:

- Generalizabilidad con respecto a las poblaciones a las que se desea aplicar la información, uno de los objetivos de nuestra investigación.
- Precisión con respecto a la medición.
- Control de las variables implicadas.

Realismo con respecto a los contextos en los cuales opera. Brinberg y McGrath (1985) entiende que la metodología selectiva enfatiza la generalizabilidad, presentando un menor control interno y una consideración irrelevante del contexto. Anguera (2003) considera que debe modularse esta afirmación en cuanto al contexto, dado que no debería resultar artificial o extraño al individuo o colectivo de individuos, con el fin de evitar alteraciones en la respuesta elicitada. Del mismo modo, Kish (1981) considera que de los tres problemas a que se enfrenta cualquier metodología: medición, representación y control interno, la selectiva es débil en la medición y control interno, aunque tiene fuerza en la representación.

Por último, Mayntz, Holm y Hübner (1985) consideran adecuada la metodología selectiva cuando se quiere generalizar los hallazgos de una muestra a una población; cuando la información no se puede obtener con mayor facilidad o menos coste a partir de otras fuentes; y en aquellos casos en que la aleatorización es impracticable o no ética.

## 2.2. Proceso de la Metodología Selectiva

Si establecemos un paralelismo con el esquema general del método científico, en el proceso de la metodología selectiva se consideran tres estadios de desarrollo (Arnau, 1990; Buendía, Colás y Hernández Pina, 1998):

- *Teórico-conceptual*: incluye el planteamiento de objetivos y/o problemas e hipótesis de investigación.
- *Metodológico*: se inicia en el momento de seleccionar la muestra y definir las variables objeto de estudio.
- *Estadístico-conceptual*: tras la confección del instrumento piloto y su formulación definitiva, en este nivel se codifican y analizan los datos para posteriormente elaborar conclusiones y establecer generalizaciones, integrando las conclusiones elaboradas en el marco teórico de partida, tal como hemos hecho en nuestra investigación.

La metodología selectiva se caracteriza por un nivel medio de control interno (Anguera, 1990), constituyendo una forma específica de adecuación del método científico, diferenciándola de la metodología observacional (con un bajo control interno) y de la experimental (con un nivel de control interno elevado).

El proceso que implica esta metodología comprende diversos aspectos que se relacionan, debiendo contemplarse todos ellos de forma que el fallo de cualquiera puede invalidar la totalidad (Fowler, 1993):

- Ausencia de manipulación o intervención por parte del investigador.
- Obtención de datos cuantitativos, que se pueden resumir en estadísticos.
- Recogida de información mediante elicitación de la respuesta.
- Información recogida únicamente sobre la muestra, o fracción representativa de una población, determinándose sus elementos mediante algún diseño muestral de tipo probabilístico.

### 2.3. Fases de la Metodología Selectiva

Siguiendo a Anguera (2003), el proceso completo de la metodología selectiva contempla cinco fases que a continuación se detallan:



### 2.3.1. Planificación del estudio

Se trata de formular y delimitar los objetivos específicos, que permitirá a su vez la formulación de la(s) hipótesis, que comporta la operativización de las variables implicadas para poder efectuar el contraste de dicha(s) hipótesis posteriormente. En esta etapa inicial deben planificarse cuidadosamente tanto la formulación y contraste de hipótesis.

Será recomendable partir de una adecuada documentación y recopilación de información de estudios que guarden cierta conexión con el área de estudio en la que se está programando. Será necesario establecer el diseño de estudio y fijar qué información (cualitativa y cuantitativamente) se necesita para cumplirlos, la cobertura espacial, temporal y humana del estudio que se pretende efectuar y los recursos disponibles (Gómez, 1990).

### 2.3.2. Elaboración de instrumentos

*La encuesta es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogen y analizan una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características* (Arias Astray y Fernández Ramírez, 1998, p.40). Definición que Anguera (2003) matiza incluyendo procedimientos semi-estandarizados.

La forma en que se presenta esta técnica básica de investigación en metodología selectiva permite diversas posibilidades (Padilla García, González Gómez y Pérez Meléndez, 1998):

- *Entrevista*: instrumento oral que requiere la interacción entre entrevistador y entrevistado.
- *Cuestionario*: sistema de recogida amplia de información sobre los objetivos propuestos. Se identifica con un sondeo o medida masiva de la opinión de un amplio colectivo. Dedicaremos más adelante un apartado concreto al cuestionario por ser nuestro objeto de estudio.

- *Test*: instrumento estandarizado de medición psicológica, diseñado para cuantificar diversos atributos de un individuo.
- *Escala de apreciación (rating scale)*: instrumento utilizado también en metodología observacional, de carácter dimensional (Blanco, 1997), que requiere la ordenación de un atributo o dimensión (no siempre posible y fácil), además de asociarse un riesgo importante de subjetividad.

### 2.3.3. Uso del instrumento

En este apartado destacamos unos puntos interesantes a tener en cuenta. Son los siguientes:

- *Formación de los profesionales que lo utilicen*: En el uso de los instrumentos propios de la metodología selectiva, se deben extremar precauciones en la formación de los profesionales que lo utilicen. Para Fowler (1993) la selección de entrevistadores debe efectuarse de forma cuidadosa, teniendo en cuenta su flexibilidad horaria, capacidad de desplazamiento, acoplamiento a las características específicas del contexto (como dominio del idioma en que mejor se expresa el entrevistado), y confianza en sí mismo en cuanto a la realización de la entrevista. Este proceso de formación es largo y complejo, y la forma de efectuarlo viene definida por las características del estudio y la disponibilidad de recursos (Gómez, 1990). En nuestra investigación, colaboraron con este fin alumnos de la Facultad de Psicología formados específicamente para tal fin, como detallamos en el capítulo *Planteamiento de la Investigación*.
- *Plan de muestreo y selección de la muestra*: El tema de la representatividad de la muestra es imprescindible para la validez de los estudios que se llevan a cabo con esta metodología. Para ello se utilizan diferentes técnicas de muestreo que establecen ciertas restricciones para garantizar el control específico de algunas variables. El plan de muestreo o diseño muestral, tiene como objetivo seleccionar la parte de la población que se incluirá en la muestra y de la que se recogerá la información deseada (Martínez Arias, 1995b). Sólo el muestreo aleatorio garantiza la representatividad de la muestra y la equiprobabilidad de las unidades muestrales (Anguera, 2003). En nuestra investigación han participado todos los

centros de atención temprana de la provincia de Málaga, salvo dos, por cuestiones ajenas a nuestro trabajo tal como especificamos en el siguiente capítulo.

- *Riesgos de error y cautelas asociadas:* El estudio de calidad de una encuesta implica el control de los errores de no observación, de medida y de procesamiento (Groves, 1989; Martínez Arias, 1995a):
  - a. *Errores de no observación.* No se obtiene toda la información necesaria para establecer con certeza el verdadero valor de la característica estudiada por: errores de no cobertura (habría que redefinir el marco muestral ya que está ocasionado por los listados de población de los que se extrae la muestra); errores de no repuesta (sea parcial o totalmente) y errores de muestreo (por plan de muestreo inadecuado que no conduce a la representatividad de la muestra).
  - b. *Errores de medida.* No se refleja el verdadero valor de las características o atributos de la población por: influencia del encuestador, el instrumento de recogida de datos, la actitud del individuo y su grado de cooperación o influencia de la técnica de recogida de datos.
  - c. *Errores de procesamiento.* Que se producen durante el procesamiento y análisis de los datos.

Siguiendo a González Gómez, Padilla García y Pérez Meléndez (1998) hacen otra diferenciación de los errores:

- a. *Errores asociados al muestreo.* Pretende conseguir tasas de repuesta lo más elevadas posibles desarrollando métodos para adjudicar valores a las posibles no respuestas.
- b. *Errores asociados al cuestionario.* Para evitarlos las categorías de respuesta deben ser exhaustivas y mutuamente excluyentes, códigos uniformes para todos los ítems, etc.
- c. *Errores asociados a la entrevista/aplicación del cuestionario.* Incluiríamos la formación de los encuestadores, repaso de la información recogida, reseñas de incidencias, etc.

- d. *Errores asociados al tratamiento de datos.* De codificación, registro o grabación de datos; en la preparación para el análisis, transformación de variables, asignación de valor a datos perdidos, etc.

#### 2.3.4. Transformación y análisis de los datos

El proceso de tratamiento de los datos que transcurre desde el momento de la recogida de información hasta que se obtienen los resultados del estudio, incluye dos etapas diferenciadas: la transformación y el análisis de datos.

- *Transformación de los datos brutos de las encuestas hasta disponer de datos que son susceptibles de análisis:* Para realizar la administración de una entrevista o de un cuestionario es necesario disponer de un gran volumen de información en papel, fichas, o en los propios protocolos del cuestionario. En este momento comienza el proceso de codificación, que tiene dos partes: la construcción del cuestionario ya realizada (las categorías o valores de las respuestas al cuestionario serán los códigos de las variables) y la codificación propiamente dicha que consiste en transformar las respuestas de los participantes (preguntas abiertas o cerradas, que pueden ser números o letras –por lo que obtendremos variables tanto alfanuméricas como numéricas-) a códigos o datos que puedan ser operativos (Noelle, 1970; Rojas Tejada y Fernández Prados, 1998).

En la secuencia de transformación de los datos primero se codifica la información, después se le aplica un formato adecuado y con ello se puede informatizar:

- a. La codificación de los datos implica nombrar las variables que se han medido (normalmente, las variables coinciden con las preguntas del cuestionario), asignar códigos a los distintos valores de las variables, preparar listas numeradas que contengan todas las posibles respuestas que se dan a cada pregunta, la asignación de códigos específicos a los valores ausentes, construcción de una matriz de datos y grabarla en soporte magnético (Etxeberría, Joaristi y Lizasoain, 1991; Rojas

Tejada y Fernández Prados, 1998). En caso de disponer de preguntas abiertas, es necesario realizar primero una categorización después de haber leído todas y cada una de las respuestas obtenidas (Hague y Jackson, 1994).

- b. El formato de los datos se elegirá una vez que se han codificado las variables. Puede ser formato fijo (cada variable ocupa una columna y cada individuo una fila), formato libre (cada valor está separado del anterior y del siguiente, al menos, por un espacio en blanco) y formato caótico (no es recomendable).
  - c. Después de decidir el formato, se informatizan a través de un determinado programa. Casi todos los programas de análisis de datos poseen un editor con el cual se pueden introducir los datos. El proceso de transcripción de los datos del documento original al fichero correspondiente se puede realizar mediante una base de datos, y la introducción de los datos se efectúa mediante transcripción manual de estos, o mediante lector óptico a partir de códigos de barras (si existe una hoja de respuestas prediseñada para tal efecto).
- *Análisis de datos:* No existen análisis de datos específicos propios de la metodología selectiva; las técnicas analíticas que se utilicen dependerán de los objetivos de la investigación y de la naturaleza de los datos con los que se trabaja; esta etapa nos conducirá a la obtención de los resultados. El software básico lo forman los paquetes estadísticos SPSS, BMDP, SYSTAT y SAS.

### 2.3.5. Elaboración del informe

Tras la obtención de los resultados del estudio, se procede a la redacción del correspondiente informe de investigación que permite la difusión del trabajo realizado.

## 2.4. El cuestionario

### 2.4.1. Definición

Consideramos oportuno dedicar un apartado específico al cuestionario por ser el instrumento concreto dentro de la metodología selectiva, que hemos utilizado en esta investigación y de este modo profundizar en sus aspectos principales.

Comenzando por definirlo, Anguera (2003), de acuerdo con Santesmases (1997) y Padilla García, González Gómez y Pérez Meléndez (1998) considera que el cuestionario es un procedimiento sistemático y flexible que abarca desde la decisión inicial de elaborar un instrumento hasta los posibles controles sobre su calidad, pasando por la aclaración de los objetivos marcados, el diseño, la redacción y elaboración de las preguntas, la aplicación de una prueba piloto, para acabar con la edición del cuadernillo, formulario o documento que recoge de forma organizada las preguntas. Foddy (1996) afirma al respecto que esta concepción del cuestionario no es la que siempre se ha puesto en evidencia, consistiendo en muchas ocasiones en un mero listado de preguntas planteado de forma apresurada e inconexa.

### 2.4.2. Ventajas e inconvenientes

En cuanto a las principales ventajas, Munn y Drever (1995) consideran que el cuestionario aporta información estandarizada, ahorra tiempo y facilita la confidencialidad; mientras que entre los inconvenientes que señalan están la superficialidad de la información, responde a objetivos descritos y que la elaboración del instrumento es compleja y laboriosa.

### 2.4.3. Modalidades de cuestionario

Podemos encontrar diversos criterios para establecer una clasificación de los cuestionarios. Anguera (2003) señala como más útiles los de científicidad, forma de administración, contenido, dimensión temporal y tipo de preguntas.

■ Según la cientificidad:

- a. *Cuestionarios descriptivos*: tienen por finalidad establecer cuál es la distribución de un determinado aspecto de la realidad en una determinada muestra o población.
- b. *Cuestionarios explicativos*: tienen como finalidad determinar las razones por las que se produce un determinado fenómeno.

Según la forma de administración puede ser

- a. *Cuestionario personal (cara a cara)*: es la forma más utilizada pero también la más costosa, de ahí que se recurra a los otros dos tipos; contiene un formulario que permite obtener opiniones, hechos o actitudes de los individuos.
- b. *Cuestionario por correo* (Mangione, 1998): el equipo investigador envía el cuestionario al domicilio del destinatario, con el fin de que éste se lo autoadministre su respuesta. Presenta como inconveniente tasas altas de no respuestas, la dificultad de comprobar las que se reciben, y la falta de actualización y duplicaciones de los listados de los nombres de las personas que se han localizado (Dillman, 1991). Este tipo de cuestionario necesita una información mínima del destinatario (nombre y dirección); en la actualidad abundan los cuestionarios transmitidos por correo electrónico. Aunque si se remite por correo, se debe facilitar su devolución incluyendo un sobre cumplimentado a franquear en destino.
- c. *Cuestionario por teléfono* (Lavrakas, 1998): suele estar estructurado y se dirige a aspectos muy concretos del colectivo. Su limitación es no poder preservar el anonimato, ya que es necesario disponer de números de teléfono; esto a su vez aumenta la cantidad, calidad y actualización de la información de los listados de donde se extrae la muestra.

Con frecuencia se realizan investigaciones combinadas (Bosch y Torrente, 1993), comenzando con un sondeo por teléfono, del que se extrae una submuestra a la que administro el cuestionario por correo, y finalmente se seleccionan unos individuos (casos críticos) a los que se administra el cuestionario cara a cara.

■ Según el contenido:

- a. *Cuestionarios relativos a hechos*: tratan de recabar información sobre aquellos acontecimientos donde el encuestado es el protagonista principal, por lo que se refieren a su ámbito, características demográficas o contexto.
- b. *Cuestionarios sobre acciones*: se refieren a las actividades de los encuestados.
- c. *Cuestionarios sobre opiniones*: pretenden recoger información sobre datos subjetivos del individuo, estando constituidos por sus declaraciones verbales acerca de situaciones o informaciones.
- d. *Cuestionarios sobre intenciones*: pretenden conocer los propósitos del colectivo de encuestados.
- e. *Cuestionarios actitudinales*: intentan lograr información sobre tales aspectos cognitivos constituyendo uno de los escasos instrumentos de estudio de actitudes, valores, creencias y motivos (García Ferrando, 1989) y de estados subjetivos (Fowler, 1998).

■ Según la dimensión temporal:

- a. *Cuestionarios sincrónicos o transversales*: pretenden obtener información referida a un momento concreto.
- b. *Cuestionarios diacrónicos o longitudinales* (de panel o de series temporales): que tratan de estudiar uno o más fenómenos en momentos temporales distintos o en un período determinado de tiempo, con la finalidad de conocer la evolución seguida. A su vez, pueden ser longitudinales prospectivos o retrospectivos.



- c. *Cuestionarios de cohortes o longitudinales-transversales* (estudios de panel repetidos): estudian la sucesiva incorporación de cohortes (generaciones) de individuos caracterizados previamente (Martínez Arias, 1995a).
- De acuerdo al tipo de preguntas es muy variado se orienta en torno a su grado de apertura, su naturaleza, su finalidad, y su función (Visauta, 1989).
    - a. *Según la apertura*: las preguntas pueden ser abiertas, cerradas o de carácter intermedio.
    - b. *Según el modo de respuesta*: las preguntas pueden ser abiertas, escalares, de clasificación, o categorizadas (Del Rincón Igea, Arnal Agustín, Latorre Beltrán y Sans Martín, 1995)
    - c. *Según su naturaleza*: las preguntas pueden ser de hechos, de acción, de información, de intención, de opinión, de escalas subjetivas, sobre expectativas, sobre motivos, de identificación, de introducción o de contacto, y de cambio de tema.
    - d. *Según su finalidad*: pueden ser directas e indirectas.
    - e. *Según su función*: conviene tener en cuenta que hay preguntas que tienen unas funciones especiales en el cuestionario, constituyendo mecanismos especiales de indagación y que sirven a distintos fines de información (Sierra Bravo, 1983; Cabrera y Espín, 1986; Santemas, 1997), como preguntas filtro, de sinceridad, de consistencia y de control, preguntas de relleno, amortiguadoras (*muelle* o *colchón*), preguntas batería, de clasificación, de acceso y de aflojamiento.

#### 2.4.4. Diferencia con otros instrumentos

El cuestionario con respecto a la entrevista, podemos decir que no está claramente delimitada la barrera (Visauta, 1998), a pesar de existir una diferencia clara basada en el formato; escrito en el primero y oral en la entrevista; en la modalidad efectuada mediante vía telefónica, la única diferencia podría establecerse si la entrevista fuese no estructurada.

En el caso de las escalas de apreciación, nos encontramos con ítems favorables y desfavorables respondiendo en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con los mismos entre un número determinado de alternativas. Y por último, en el caso de los tests, se pretende medir un determinado atributo.

#### 2.4.5. Elaboración del cuestionario

La elaboración de un cuestionario implica unos pasos que es necesario realizar cuidadosamente. En este proceso se distingue la planificación, la elaboración, la prueba piloto, los procedimientos empíricos de revisión y la redacción definitiva (Anguera, 2003).

##### A. La planificación del cuestionario

Debe delimitarse al objetivo general, detallando las áreas específicas que aborden todo el contenido y especificar el conjunto de aspectos concretos para cada área. Teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- *Documentación.* Es necesario documentarse convenientemente a partir de fuentes de información relevantes según la temática, elaborando un diagrama de flujo que recoja de forma centrada aquellas opiniones y datos previos que facilitarán el diseño posterior (Cohen y Manion, 1990; Del Rincón Igea, Arnal Agustín, Latorre Beltrán y Sans Martín, 1995).
- *Población a la que va dirigido.* Es importante delimitar la población para extraer la muestra. Esta muestra será representativa para permitir reducir el coste de la aplicación, pero si los recursos disponibles lo permiten y la importancia de los resultados lo justifica, es aconsejable acceder a toda la población o a la mayor parte de la misma, tal como hemos hecho en nuestra investigación.
- *Recursos disponibles.* Dado el trabajo que implica la elaboración y aplicación del cuestionario, es necesario considerar previamente el coste económico, previendo distintos factores que pueden estar implicados (desplazamientos, costes postales o telefónicos, formación

de encuestadores, elaboración del cuestionario, impresión, corrección, codificación, análisis de la información y redacción del informe)

### **B. Elaboración propiamente dicha**

La elaboración incluye la redacción de los ítems de identificación, la formulación de las preguntas y la revisión de las mismas:

- *Ítems de identificación.* Son preguntas previas que hacen referencia a los datos identificativos (datos personales del encuestado, edad, estado civil, nombre del encuestador, lugar y fecha, etc.).
- *Revisión de las preguntas formuladas.* Es imprescindible (Del Rincón Igea, Arnal Agustín, Latorre Beltrán y Sans Martín, 1995) y se han elaborado numerosas guías sobre: el contenido, la redacción, la respuesta, la ubicación, la disposición de las preguntas y la presentación.

### **C. Prueba piloto**

Aunque se realice con cuidado la formulación de ítems y el diseño del cuestionario, es importante probar el cuestionario antes de aplicarlo. Para ello se selecciona un grupo reducido de individuos (entre 30 y 50), en el que se encuentren los diferentes sectores que compondrán la muestra, tal como hemos hecho en nuestra investigación y detallamos en el siguiente capítulo. Según (Moser & Kalton, 1979; Martínez Arias, 1995a), una prueba piloto pretende conocer si el instrumento funciona tal como se había previsto, y debe incluir las siguientes cuestiones:

- Establecer la idoneidad del marco muestral.
- Analizar la variabilidad de algunas de las variables.
- Determinar la tasa esperada de respuesta.
- Estudiar la idoneidad de la técnica de recogida de datos y del cuestionario.
- Probar la eficacia de la organización del trabajo de campo.
- Estimar el costo probable y la duración.

Del mismo modo, debe detectar si hay problemas de comprensión de los ítems y de la relación apropiada con los encuestados. Comprobar por tanto, si el instrumento funciona tal como se había previsto.

#### ***D. Procedimientos empíricos de revisión***

El objetivo es que se evalúe la calidad de las preguntas a partir de algunas propiedades estadísticas de las respuestas obtenidas de un grupo de individuos (Padilla García, González Gómez y Pérez Meléndez, 1998). Estas propiedades estadísticas base son:

- Proporción de elección de la alternativa “No sabe / no contesta”. Una proporción elevada de estas respuestas revela algún problema en la redacción de la pregunta (ambigüedad, poca exhaustividad en las alternativas de respuesta, etc).
- Proporción de elección de las alternativas. En alternativas poco elegidas o una alternativa mayoritariamente elegida, puede hacer sospechar de que hay un problema en ellas, nos llevaría a una nueva revisión de las preguntas.

#### ***E. Redacción definitiva del cuestionario***

En esta fase se recogerán todas las correcciones necesarias o convenientes a partir de la aplicación de la prueba piloto y de los procedimientos empíricos de revisión.

### **3. Análisis factorial exploratorio**

La literatura sobre análisis factorial afirma que el objetivo del mismo es identificar las estructuras principales o dimensiones que subyacen sobre los factores originales y reducir el número de factores, con la pérdida mínima de información. Los modelos más comunes para analizar ciertos constructos son el análisis factorial exploratorio (AFE), que se caracteriza porque no se conocen *a priori* el número de factores en la aplicación empírica donde se determina este número. Y el análisis factorial confirmatorio (AFC) en el que, por el contrario, los factores están fijados *a priori*, utilizándose contrastes de hipótesis para su

corroboración. Si no se posee una concepción previa de la estructura del constructo, el uso del AFE es adecuado para purificar los datos y contribuye a la clarificación conceptual y desarrollo de mejores instrumentos de medida.

El *análisis factorial* pues, es una técnica que consiste en resumir la información contenida en una matriz de datos de  $m$  variables ( $X_1, X_2, \dots, X_m$ ). Para ello se identifican un reducido número de factores, menor que el número de variables. Los factores representarán a las variables, con una pérdida mínima de información. Por tanto, si no se posee una concepción previa de la estructura del constructo, el uso del AFE es adecuado para purificar los datos, y contribuye a la clarificación conceptual y desarrollo de mejores instrumentos de medida (Tomás Miguel, 1993).

Los pasos a seguir en el análisis factorial son los siguientes. No obstante, sólo los dos primeros resultan indispensables, siendo tanto el tercero y el cuarto complementarios:

1. Calcular la matriz de correlaciones (R) entre todas las variables y examinarla.
2. Extracción de los factores necesarios para representar los datos.
3. Rotación de los factores con objeto de facilitar su interpretación. Representación gráfica.
4. Calcular las puntuaciones factoriales de cada individuo.

Como acabamos de comentar, el primer paso en el análisis factorial será calcular la matriz de correlaciones entre todas las variables que entran en el análisis. Una vez que se dispone de esta matriz hay que examinarla para comprobar si sus características son adecuadas para realizar un análisis factorial. Uno de los requisitos que deben cumplirse es que las variables estén altamente correlacionadas.

Existen métodos para comprobar el grado de asociación entre las variables:

- *Determinante de la matriz de correlaciones*: un determinante muy bajo indicará altas correlaciones entre las variables, pero no debe ser cero, pues esto indicaría que algunas variables son linealmente dependientes y no se podrían realizar ciertos cálculos necesarios en el análisis factorial. Por tanto, debe ser  $<1$  y distinto a 0.
- *Test de esfericidad de Bartlett*: Comprueba que la matriz de correlaciones se ajuste a la matriz identidad (I), es decir, ausencia de correlación significativa entre las variables.
- *Índice KMO de Kaiser-Meyer-Olkin*: Debe ser un índice muy próximo a la unidad para que el análisis factorial resulte un procedimiento adecuado (Visauta, 1998).

La matriz factorial indica, como sabemos, la relación entre los factores y las variables. Sin embargo, a partir de la matriz factorial muchas veces resulta difícil la interpretación de los factores. Para facilitar la interpretación se realizan lo que se denomina *rotaciones factoriales*.

La *rotación factorial* pretende seleccionar la solución más sencilla e interpretable. En resumen, consiste en hacer girar los ejes de coordenadas, que representan a los factores, hasta conseguir que se aproximen al máximo a las variables en que están saturados.

La saturación de factores transforma la matriz factorial inicial en otra denominada *matriz factorial rotada*, de más fácil interpretación. La *matriz factorial rotada* es una combinación lineal de la primera y explica la misma cantidad de *varianza* inicial, es decir, cómo se agrupan o *dispersan* los datos (Martínez-Almagro, Alexandre, Fernández, Ríos y Navarro, 2007).

Existen varios métodos de rotación que podemos agrupar en dos grandes tipos: *ortogonales* y *oblicuos*. Lo más recomendable es la *rotación ortogonal*, aunque en el caso de que existan razones para pensar que los factores están correlacionados entonces utilizaremos la rotación oblicua. De entre las rotaciones ortogonales, la más utilizada es la *varimax*, que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en un factor, y es la que hemos utilizado

en nuestro AFE. Tras la rotación, la varianza explicada se reparte más homogéneamente.

En la fase de *interpretación de los factores* juega un papel preponderante la teoría y el conocimiento sustantivo. A efectos prácticos se sugieren dos pasos en el proceso de interpretación:

1. Estudiar la composición de las saturaciones factoriales significativas de cada factor.
2. Intentar dar nombre a los factores. Nombre que se debe dar de acuerdo con la estructura de sus saturaciones, es decir, conociendo su contenido.

Una cuestión que puede ayudar a la interpretación y que hemos aplicado en nuestro estudio es ordenar la matriz rotada de forma que las variables con saturaciones altas en un factor aparezcan juntas, de tal modo que nos facilite seleccionar el número de factores de cada una de las escalas de nuestro *ICCAIT*.

#### 4. Análisis de fiabilidad

Se entiende por fiabilidad el grado de estabilidad, precisión o consistencia que manifiesta el test como instrumento de medición de un rasgo determinado. En este sentido, la precisión o fiabilidad de un test se puede entender también como el grado en que diferentes subconjuntos de ítems miden un rasgo o comportamiento homogéneo, es decir, el grado en que covarían, correlacionan o son consistentes entre sí diferentes partes del cuestionario (Abad, Garrido, Olea y Ponsoda, 2006). De esta forma, según Visauta (1998), un instrumento es fiable cuando con el mismo se obtienen resultados similares al aplicarlo dos o más veces al mismo grupo de individuos o cuando lo que se aplica o suministra son formas alternativas del instrumento. En cambio, se dice que un instrumento es válido cuando realmente es capaz de medir aquello para lo que ha sido concebido.

Para evaluar la fiabilidad existen varias técnicas: test-retest, formas múltiples, las dos mitades, validez estadística, etc., pero uno de los más utilizados a la hora de establecer la fiabilidad de una escala es el *coeficiente alpha de Cronbach*. Está basado en la consistencia interna de la propia escala. Concre-

tamente, se obtiene como promedio de los coeficientes de correlación de Pearson entre todos los ítems de la escala si las puntuaciones de los mismos están estandarizadas o como promedio de las covarianzas si no lo están. Los valores de este coeficiente oscilarán entre 0 y 1 y únicamente obtendremos valores negativos si la relación entre los ítems es negativa, en cuyo caso no procedería plantearse la posibilidad de calcular un índice de fiabilidad de la escala.

## 5. Análisis de variabilidad

### 5.1. Análisis de los componentes de variancia

En el ámbito de la actividad física y el deporte, autores como Blanco y Hernández Mendo (1998); Blanco, Castellano y Hernández Mendo (2000), Castellano y Blanco (2003); Castellano y Hernández Mendo (1999, 2003); Morales Sánchez (2003), Blanco y Losada (2004); Castellano y Blanco (2004a, 2004b); Morales Sánchez, Blanco y Hernández Mendo (2004) y Zubillaga (2006) han utilizado el análisis de variancia para la estimación, a partir de la estructura numérica, de distintos modelos al objeto de estimar la variancia explicada y su significación. Considerando el ajuste de los modelos al Modelo Lineal General a través de la comparación de la variancia residual de los procedimientos de mínimos cuadrados y de máxima verosimilitud.

Siguiendo el trabajo de Morales Sánchez (2003), se pueden diferenciar distintos procedimientos para realizar el análisis de componentes de variancia:

1. El procedimiento VARCOMP (*pro VARCOMP method*): es un procedimiento de componentes de variancia por mínimos cuadrados, no tiene exigencias, utiliza modelos lineales generales que tienen efectos aleatorios. Los efectos aleatorios son estrategias de clasificación con niveles que se asumen como seleccionados aleatoriamente de una población infinita de niveles posibles. Este procedimiento estima la contribución de cada uno de los efectos aleatorios a la variancia de la variable dependiente. Se pueden especificar distintos tipos de análisis:

- LS (*Least Squares*). Análisis de los Componentes de Variancia por Mínimos Cuadrados:



- Tipo 1 (AVAR). *VARCOMP (method=type1)*: Análisis de los componentes de Variancia por Mínimos Cuadrados, computa la suma de cuadrados de Tipo 1 para cada efecto, equiparando cada cuadrado promedio usando solo los efectos aleatorios para su valor esperado, y resolviendo el sistema de ecuaciones resultante.
  
- MIVQUEO (AVAR). *VARCOMP (method=mivque0)*: Procedimiento de componentes de la Variancia por mínimos cuadrados corregidos, no tiene exigencias. Se diferencia del anterior en que consigue valores negativos, producidos por los algoritmos matemáticos del programa. El método *MIVQUEO (METHOD=MIVQUEO)* produce estimaciones imparciales que son invariantes con respecto a los efectos fijos del modelo y que son la mejor estimación cuadrática imparcial dada, tal que la ratio verdadera del componente de error residual para cada componente es cero. La técnica es similar al Tipo 1 excepto que los efectos aleatorios están ajustados solo para los efectos fijos.
  
- *MAXITER*: Componentes de Variancia por Máxima verosimilitud, especifica el máximo número de interacciones:
  
- Máxima verosimilitud, ML (*Maximum Likelihood*). *VARCOMP (method=ML)*: calcula la estimación de máxima verosimilitud de los componentes de la variancia (Searle, Casella & McCulloch, 1992). Tiene exigencias de lianealidad, normalidad y homocedasticidad, para comprobar estas exigencias se compara el residual *VAR Tipo1* y el *MIXED REML*, si son similares, se asumen las características anteriores. En los problemas habituales de la metodología observacional, con datos no balanceados, y cuando el número de observaciones es grande, este método es más adecuado que el anterior (Blanco y Losada, 2004).
  
- Máxima verosimilitud restringida. *REML*. *VARCOMP (method=REML)*: El método de Máxima Verosimilitud Restringida es similar al método de Máxima Verosimilitud, pero el primero separa la versimilitud en dos partes: una que contiene los efectos fijos y una que no (Patterson & Thompson, 1971). Es un procedimiento de componentes de variancia por máxima verosimilitud restringida, tiene las mismas

exigencias que *ML*, es un procedimiento informático adecuado, no hay ortogonalidad, cuando faltan datos y cuando hay elementos negativos en mínimos cuadrados.

2. El procedimiento MIXED (*proc MIXED method*): El procedimiento MIXTO realiza el mismo análisis que *PROC VARCOMP* y muchos otros, incluyendo pruebas Tipo 1, Tipo 2 y Tipo 3 para efectos fijos, límites de confianza, contrastes de medida y medias de cuadrados. Permite además variables continuas tanto en efectos fijos como aleatorios en *PROC MIXED* y otras estructuras de covarianza además de componentes de variancia. Corrige los errores, es decir, tiene en cuenta los datos perdidos (*missing date*) y los diseños no ortogonales. Es un procedimiento de componentes de variancia por máxima verosimilitud restringida, tiene las mismas exigencias que *ML*. Es un procedimiento adecuado cuando hay elementos negativos en mínimos cuadrados.
3. El modelo GLM (*proc GLM method*), *Generalized Linear Model*, es un procedimiento del Modelo Lineal General. Se debe calcular cuando hay coincidencia en la variancia residual (variancia error) calculada a partir del procedimiento de mínimos cuadrados (*LS*) y máxima verosimilitud (*ML*), sea de *VARCOMP* o de *MIXED*. Implica que cumple los requisitos de normalidad, linealidad y homocedasticidad. Este procedimiento estima el modelo general, la significación estadística de manera aleatoria (Tipo 1), y la significación estadística de manera fija (Tipo 3), es decir, cuando la muestra no ha sido recogida de forma aleatoria.

## 5.2. Análisis de Generalizabilidad

El análisis de Generalizabilidad es un estudio apriorístico que tiene como objetivo la estimación de diseños de medida precisos. Lograr este objetivo implica realizar una estimación de los componentes de variancia, dado que su magnitud aporta información sobre las fuentes de error que puedan afectar a una medición conductual (Blanco y Hernández Mendo, 1998). Desde esta perspectiva, se pretende la generalización de los resultados de una medición, en la cual sólo se observa y se registra una muestra del comportamiento de los individuos. En este sentido, este análisis gira en torno al problema de la medición, siendo ésta uno de los componentes fundamentales en la investigación

científica. Cabe destacar que, la medición en las ciencias del comportamiento, tiene relación con la teoría clásica de los tests, en las que están fundamentados los diferentes coeficientes de fiabilidad, validez y precisión.

Cronbach, Glesser, Nanda y Rajaratnam (1972), han desarrollado la *Teoría de la Generalizabilidad* (TG), asumiendo que hay otras fuentes de variación además de las diferencias individuales e integrando cada una de estas fuentes de variación en una estructura global, que permite aplicaciones particulares de la teoría estadística del muestreo. La *Teoría de la Generalizabilidad* reconoce explícitamente las múltiples fuentes de error de medida (participantes, contextos, tratamientos, observaciones, sesiones, ocasiones de medida, etc.). Podemos estimar cada una de estas fuentes de error así como las diferentes interacciones entre ellas. El error de medida no es más que el efecto de las fluctuaciones debidas al muestreo de niveles particulares en cada una de las facetas (variables) del universo de observaciones posibles. Optimizar dicha medida es adaptar nuestro diseño para reducir al máximo la variancia del muestreo debida a estas facetas (Morales Sánchez, 2009).

Aunque las aplicaciones de la TG en el ámbito de la Metodología Observacional tienen que ver habitualmente con el cálculo de la fiabilidad (intraobservador e inter-observadores) mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y de la validez en la construcción de sistemas de categorías, también puede utilizarse para la optimización de los tamaños de muestra ideales que nos permiten inferir de las mismas a las poblaciones pertinentes, constituyendo un estudio del coste-beneficio que nos permite mayor flexibilidad y parsimonia en las diferentes ocasiones de medida. Simultáneamente, la TG nos permite llevar a cabo un análisis de la variabilidad estimada a través de los componentes de variancia del grado de influencia en el diseño de cada una de las facetas, individualmente o en interacción (Morales Sánchez, 2003). Se hace necesario, por tanto, como indican Blanco, Sastre i Riba y Escolano Pérez (2010), acudir a la TG para conocer la existencia de fuentes de variancia múltiples con el fin de unificar el tratamiento de diferentes casos. En la comparación con un diseño general de investigación podemos, además, valorar el principio de simetría de las facetas (o variables) y ver la integración de TG en el mismo.

La estimación de la fiabilidad necesita la certeza y la evidencia de cómo el instrumento de observación y/o la escala, está midiendo de manera reproducible. Esta evidencia consiste en demostrar que las mediciones de los individuos

en diferentes ocasiones, o por diferentes observadores, o en similares sesiones, producen los mismos o similares resultados. La *fiabilidad* se define generalmente como *la razón entre la variabilidad inter-individual y la variabilidad total de las puntuaciones*; en otras palabras, *la fiabilidad es una medida de la proporción de la variabilidad en las puntuaciones, que es debida a las diferencias verdaderas entre los individuos* (Blanco y Anguera, 2003, p. 53). De esta manera, la fiabilidad viene expresada en números entre cero y uno, indicando el valor cero la inexistencia de fiabilidad y el valor uno la máxima fiabilidad.

Uno de los principios importantes de la fiabilidad de un instrumento es la forma de obtener los datos para el cálculo posterior de un coeficiente de fiabilidad. En primer lugar, dado que la fiabilidad implica la razón de variabilidad entre personas con respecto a la variabilidad total, se hace necesario llevar a cabo un estudio en una muestra extremadamente heterogénea y asegurar que la muestra utilizada en dicho estudio sea exactamente la misma que la que deseamos estudiar. En segundo lugar, dado que disponemos de varias formas de obtener medidas de fiabilidad, la magnitud del coeficiente de fiabilidad será el reflejo directo del enfoque utilizado. Existen tres conceptos diferentes que en muchas ocasiones se esconden bajo el mismo término de fiabilidad: *fiabilidad*, *validez* y *precisión*. Hasta ahora, se ha examinado la fiabilidad como reproducción de los resultados de un instrumento de medida bajo diferentes condiciones. Esta es una fase necesaria para establecer la utilidad de una medida, pero no es suficiente. La siguiente fase es determinar si se mide aquello que se propone, es decir, la validez del instrumento de medición (Blanco y Anguera, 2003). La fiabilidad evalúa si una medición determinada puede ser reproducible, sin embargo, no dice nada acerca de lo que estamos midiendo. Si se quiere determinar que la medición está de acuerdo a nuestros propósitos se requerirá algún tipo de evidencia de validez. Demostrar la validez requiere algo más que los juicios apareados descritos por la fiabilidad; la evidencia empírica debe mostrar que el instrumento está midiendo aquello que es objeto de interés y de estudio (Blanco, 2001). Existen diferentes enfoques para evaluar la validez y diversos términos para describirlos

Algunos atributos son directamente observables, mientras que otros son definidos operacionalmente, es decir, definidos por la forma en que son medidos. A ellos se hace referencia con el término de *constructos hipotéticos* o, más simplemente, como *constructos*. Un constructo puede adquirir rango de mini-teoría, siendo capaz de explicar las relaciones entre diferentes variables.

Algunos instrumentos psicológicos y algunas medidas en ciencias del comportamiento están designados a evaluar algún aspecto de un constructo hipotético. Se habla entonces de validez de constructo. Hay dos razones para desarrollar un instrumento de este tipo: el constructo es nuevo y no existe una escala que lo mida; o estamos insatisfechos con los instrumentos existentes y, por tanto, debemos omitir o evitar algunos aspectos de dicho constructo. En tal caso, la teoría subyacente ayuda a desarrollar un nuevo instrumento o a optimizar el ya existente, donde optimizarlo significaría una explicación de una forma más parsimoniosa u obtener predicciones más precisas acerca del comportamiento de un individuo (Blanco y Anguera, 2003; Morales Sánchez, 2003). La *teoría de la generalizabilidad* asume que hay otras fuentes de variación además de las diferencias individuales y permite integrar cada una de las fuentes de variación de los diferentes coeficientes de fiabilidad en una estructura global (Blanco, 1991, 1992, 1993, 1997; Morales Sánchez, 2003).

Para conseguir parte de nuestros objetivos consideramos necesario la utilización de la Teoría de la Generalizabilidad (TG). El objetivo del análisis llevado a cabo con esta teoría es desglosar, en cualquier tipo de medición, la variabilidad real de la variabilidad del error. En nuestra investigación, el cumplimiento de este objetivo pasa por estimar los componentes de varianza de diversas facetas, tales como centros, usuarios, ítems, género y escalas. La cuestión central de la TG se encuentra en los componentes de variancia, dado que su magnitud nos aporta información sobre las fuentes de error que están afectando una medición conductual. Asimismo, utilizamos la TG para optimizar los tamaños de muestra ideales que nos permiten inferir de las mismas a las poblaciones pertinentes, constituyendo un estudio del coste-beneficio que nos permite mayor flexibilidad y parsimonia en las diferentes ocasiones de medida.

Concretamente en nuestro estudio, este análisis de la variabilidad estimada a través de los componentes de variancia del grado de influencia en el diseño de cada una de las facetas, individualmente o en interacción, nos ha permitido calcular un adecuado *Plan de optimización de la Calidad en Atención Temprana*. Realizando distintas aproximaciones de los diferentes diseños de medida, estimando cada una de las facetas y sus interacciones.

La aplicación de esta teoría se produce en cuatro fases. Las dos primeras tienen su fundamentación en el análisis de la variancia, mientras que las fases tercera y cuarta desarrollan conceptos propios de la teoría (Blanco y Anguera, 2003).

- La *primera fase* es puramente descriptiva: se identifican los datos en un *Plan de Medida*. Se eligen las facetas a tener en cuenta y se precisan las interrelaciones entre las facetas estudiadas. Se decide el número de niveles muestreados en cada faceta. Se utiliza el análisis de la variancia con el fin de calcular la *suma de cuadrados* y el *cuadrado medio* de cada fuente de variación del plan utilizado.
- En la segunda fase se realiza la elección de un modelo de estimación apropiado (ya se a de efectos aleatorios o mixtos) que está determinado por el modo de muestrear los niveles de cada faceta. Siguiendo la terminología del análisis de variancia, diremos que una faceta es aleatoria si una muestra aleatoria simple de niveles observados se extrae de un conjunto infinito (o hipotéticamente infinito) de niveles admisibles. Habría que considerar en tercer caso, intermedio entre los dos anteriores, es de las facetas que están constituidas por muestreo aleatorio a partir de una población o universo finito de niveles. En tal caso, la faceta es aleatoria finita.
- En la *tercera fase*, se procede a analizar las propiedades de uno o más Planes de Medida. Esta fase sirve para precisar la intención de medida y también para especificar qué faceta o facetas constituyen el objeto de estudio privilegiado. Esta intención de medida crea una disimetría entre las facetas, ya que unas van a jugar el papel de fuentes de variancia deseables, mientras que las otras serán fuentes de error. Los objetos de medida admisibles constituyen la población objeto de estudio y los instrumentos de medida o según terminología de Cronbach (1981), las *condiciones de observación*, constituyen el universo de generalización. Los primeros se sitúan en el aspecto de la diferenciación, ya que la variancia verdadera proviene de las diferencias entre objetos de estudio. Los segundos se sitúan en el aspecto de la instrumentación, puesto que las condiciones de medida son como los instrumentos o medios de esta medida.

- *Cuarta fase* (planes de optimización). Las informaciones obtenidas en los análisis precedentes se utilizan para identificar la mejor adecuación posible en los procedimientos de medida. Ello conducirá posiblemente a la elección de otra disposición, mejor adaptada a ciertas condiciones de decisión. Se trata de un estudio de decisión o del plan de optimización.

El propósito de Cronbach y col. (1972), con la Teoría de la Generalizabilidad, ha sido poner en orden la multitud de coeficientes que se habían desarrollado para cuantificar la fiabilidad de un instrumento de medida. Hay que resaltar que esos coeficientes tienen su fundamento en una comparación entre individuos, observadores, sesiones, técnicas, momentos, entre otros. Y que éstos buscan, desde grados muy diversos, una hipótesis de equivalencia entre individuos, observadores, etc. y que en consecuencia parecen entrar en contradicción entre ellos, presentando limitaciones para medir la fiabilidad real del instrumento. Es así como Cronbach, ha desarrollado un modelo extenso que admite la multidimensionalidad de las fuentes de variancia que afectan a una puntuación observada. La aceptación de múltiples facetas permite resolver las contradicciones anteriores y calcular el efecto de las combinaciones de influencia.

En definitiva, el coeficiente de generalizabilidad ofrece información sobre la estabilidad y consistencia de las diferencias individuales entre personas, además de otras posibles fuentes de variación. En este sentido, la utilización de diseños de generalizabilidad en la observación directa del comportamiento, centra la atención del investigador sobre las diferencias individuales entre personas, y en la influencia de otros factores (observadores, momentos, técnicas de registro, sesiones, ocasiones de medida, dimensiones medioambientales, entre otros) en el comportamiento. La Teoría de la Generalizabilidad permite combinar estos dos puntos de vista (Triguero, 2009).



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



Segunda parte  
**Marco empírico**

---



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Capítulo 4

## Planteamiento de la investigación

## Contenido

1. Objetivo del estudio
2. Método

## 1. Objetivo del estudio

Como hemos comentado en los capítulos anteriores, la investigación en *atención temprana* es una necesidad para el desarrollo de la misma. Durante mucho tiempo, el objeto de estudio se ha centrado, casi exclusivamente, en demostrar la eficacia de la intervención frente a la no intervención. Aunque siempre será conveniente insistir en la demostración de la eficacia de las diferentes aproximaciones al niño, su familia y su contexto, estamos en una etapa en la que es necesario dar un paso más y dedicar esfuerzos para analizar y comprender la *calidad del servicio* que se presta en los *centros de atención infantil temprana* (CAIT).

El objetivo principal de esta investigación, sobre el que se estructura nuestro trabajo empírico, es la *construcción de una herramienta de carácter pragmático, fiable y válido para evaluar la calidad en los centros de atención infantil temprana* (CAIT) o, lo que es lo mismo, en los *centros de desarrollo infantil y atención temprana* (CDIAT).

Por otro lado, existen unos objetivos específicos que contribuirán a la consecución del objetivo principal de la investigación:

- Analizar la fiabilidad de la herramienta de medida.
- Estimar y comprobar la estructura factorial de las escalas que integran la herramienta.
- Estimar las fuentes de variabilidad junto con sus respectivos componentes de varianza en función de usuarios, ítems, escalas, género y centros.
- Optimizar los diseños de medida así como el grado de generalización necesario para considerar que los diseños son óptimos en términos de fiabilidad y generalizabilidad.
- Elaborar un plan de optimización adecuado de la calidad del servicio en los centros de atención infantil temprana.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

En primer lugar se realizó un estudio piloto que sirvió para perfilar nuestro cuestionario inicial, al que denominamos *ICCAIT-v.1.0*. Posteriormente, ampliamos la muestra tanto de participantes como de centros colaboradores utilizando la segunda versión de la herramienta, más pragmática y fiable (*ICCAIT-v.2.0*), realizando nuevos análisis con los datos recogidos.

En ambos casos, la muestra de participantes está dividida en 2 bloques: *encuestadores* que ayudaron en la recogida de información, y *usuarios*, que son los padres y madres de los niños/as que reciben tratamiento de atención temprana en los CAIT que participaron en el estudio. En el caso del estudio piloto, se utilizaron tres centros pertenecientes a la ciudad de Málaga, mientras que para el estudio final se utilizaron catorce de los dieciséis centros que hasta la fecha de la recogida de datos (noviembre – diciembre de 2009) contaba la provincia de Málaga. Destacar que en la actualidad existen dos nuevos centros.

#### 2.1.1. Estudio Piloto

##### A. Encuestadores

Para la realización de este estudio contamos con la participación de tres encuestadores, un hombre y dos mujeres, que habían cursado la asignatura de *Psicología del Consumo y del Marketing*, correspondiente al tercer curso de la licenciatura de Psicología en la Universidad de Málaga. Colaboraron de forma desinteresada en la recogida de información, desplazándose por los CAIT seleccionados para pasar los cuestionarios a los distintos usuarios que componen la muestra. Previamente se les había instruido con el fin de entender la importancia de la recogida de los datos para la investigación, la familiarización con la encuesta, la comprensión de ciertos conceptos, términos, etc. y las posibles dudas que pudieran plantear.

## B. Usuarios

La muestra de usuarios del estudio está compuesta por un total de 102 padres y madres de niños/as que reciben sesiones de tratamiento en tres centros de atención infantil temprana de la ciudad de Málaga. Se trata, por tanto, de un *muestreo por conglomerados*, ya que hemos seleccionado aleatoriamente un cierto número de conglomerados, en este caso, la muestra de tres centros diferentes (Nunnally, 1978). De esta forma, los centros de atención infantil temprana que han participado en este estudio fueron los siguientes:

- *Asociación de padres con hijos deficientes visuales (ASPAHIDEV)*. En este centro se recogen un total de 53 encuestas, lo que corresponde a un 52% de la muestra total de usuarios. Situada en C/ Tajuña, nº 4 de Málaga, esta asociación de padres recibe subvenciones tanto de la Junta de Andalucía (delegación de Sanidad) como del Excmo. Ayto. de Málaga. El equipo de profesionales está compuesto actualmente por una psicóloga-logopeda, una pedagoga, una profesora de educación especial y una fisioterapeuta. Atienden a un total de sesenta niños, cifra que va en aumento. La asociación se creó en 1980, pero tan solo desde el año 2005 lleva funcionando como CAIT subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
  
- *Colegio de niños sordos La Purísima*, donde se recogieron 16 encuestas, es decir, un 15.7% de la muestra. Este centro está situado en C/ Muñoz Escassi, nº 12 de Málaga, es un colegio religioso concertado que lleva atendiendo en sus aulas, desde 1925, a niños malagueños con cualquier tipo de deficiencia auditiva. Desde principios del año 2008, ha empezado a funcionar en sus instalaciones un CAIT que recibe subvenciones de la Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía en Málaga. El equipo que compone el centro de atención infantil temprana está compuesto por una psicóloga-logopeda y una fisioterapeuta.
  
- *Servicio de intervención y desarrollo infantil (Equipo SIDI)*, donde se recogieron 33 encuestas, es decir un 32.3% de la muestra. Este es un centro privado que apenas lleva funcionando 7 años en Málaga. Su sede está en la Avda. de la Rosaleda, nº 14. El equipo de profesionales

está compuesto por diez personas entre las que se encuentran psicólogos, logopedas, pedagogos, educadores infantiles y fisioterapeutas. Desde el año 2005 su servicio de atención temprana está subvencionado por la Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía para atender, de forma gratuita a las familias, a sesenta niños al mes en edades comprendidas entre los cero y seis años.

En la tabla 4.1 hemos reflejado el total de usuarios con los que participó cada centro, así como el porcentaje de los mismos.

CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	Nº DE USUARIOS	% DE USUARIOS
ASPAHIDEV	53	52%
La Purísima	16	15.7%
Equipo SIDI	33	32.3%
TOTAL	102	100 %

Tabla 4.1. Centros y nº de usuarios participantes en el estudio piloto

## 2.1.2. Estudio final

### A. Encuestadores

Para la realización de nuestra investigación contamos con la participación de 37 encuestadores, once hombres y veintiséis mujeres, que al igual que en el estudio piloto habían cursado la asignatura de *Psicología del Consumo y del Marketing*, de tercer curso de la licenciatura de Psicología en la Universidad de Málaga. Colaboraron de forma desinteresada en la recogida de información, desplazándose a los CAIT seleccionados para pasar las encuestas a los distintos usuarios que componen la muestra. Previamente se les había instruido con el fin de entender la importancia de la recogida de los datos para la investigación, la familiarización con la encuesta, el parte de incidencia que debían cumplimentar, para cada sesión en cada centro, la comprensión de ciertos conceptos, términos, etc. y las posibles dudas que pudieran plantear.



## B. Usuarios

La muestra del estudio está compuesta por un total de 672 participantes, siendo en su mayoría padres y madres de niños/as que reciben sesiones de tratamiento en catorce centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga. Resulta importante mencionar que los dos CAIT que no participaron en investigación fueron excluidos por causas ajenas a nuestra organización. Aún así, fueron visitados e informados de la realización de esta investigación. La recogida de datos se realizó durante los meses de noviembre y diciembre de 2009.

Los centros de atención infantil temprana que han participado son:

- **ASPAHIDEV:** En este centro se han recogido 42 encuestas de los 70 usuarios potenciales a los que atienden, lo que supone un 6.2% del total de la muestra. Esta asociación ha firmado un convenio de colaboración con la Universidad de Málaga para participar en nuestra investigación.
- **Colegio LA PURÍSIMA:** Hemos recogido 24 encuestas de los 40 usuarios a los que, en esa fecha, atendía el centro, lo que supone un 3.6% del total de la muestra.
- **AMIGOS ESPECIALES DE COÍN:** En esta asociación de padres situada en C/ Urbano, s/nº de Coín atiende en su CAIT unos 20 usuarios, de los que 9 han participado en nuestro estudio, lo que supone un 1.4% del total de la muestra. En su equipo cuenta un con fisioterapeuta, una logopeda un psicólogo y un pedagogo.
- **AMAPPACE:** La *Asociación Malagueña de Padres de Parálíticos Cerebrales*, sita en C/ Demóstenes, 29 de Málaga, ha participado con un total de 45 encuestas sobre 130 usuarios atendidos, lo que supone un 6.8% del total de la muestra. Esta asociación fue creada en el año 1977. Entre sus servicios ofrece el de Atención Temprana y en su equipo cuenta con fisioterapeutas, logopedas, psicólogas y pedagogas. Este centro ha firmado un convenio de colaboración con la Universidad de Málaga para facilitarnos la recogida de datos y recibir un informe

final con los resultados del análisis pormenorizado de los mismos referidos a su centro.

- **VIRGEN DE LA ESPERANZA:** Se trata de un centro que la *Diputación Provincial de Málaga* tiene en la ciudad y que atiende a 150 usuarios, en el cual hemos recogido un total de 54 (8.03%) encuestas. Este CAIT es uno de los pocos que cuenta con servicio de hidroterapia en las instalaciones del centro así como con servicio de Terapia Ocupacional. Entre sus profesionales destacan la labor de los psicólogos, logopedas, fisioterapeutas y trabajadores sociales.
- **CAIT DE ANTEQUERA:** En el centro que el *Excmo. Ayto. de Antequera* tiene en la C/ Picadero de esta ciudad se atiende a 100 niños. Es un centro perteneciente a la administración local que lleva funcionando desde principios de los años 80. En su plantilla cuenta con dos psicólogos, una logopeda una profesora de educación especial y una fisioterapeuta. Conveniado con la *Delegación de Salud de Málaga*, se ha prestado igualmente a firmar un convenio de colaboración con la Universidad de Málaga. En este centro se han recogido un total de 70 (10.41%) encuestas.
- **EQUIPO SIDI:** Hemos recogido 36 encuestas de los 90 usuarios que el centro atiende, lo que supone un 5.35% del total de la muestra.
- **ASPANDEM:** La *Asociación de Padres de Niños con Deficiencia Mental* atiende a un total de 100 niños de la comarca de Marbella. Tiene dos centros de atención infantil temprana, uno en la localidad de San Pedro de Alcántara en el que hemos recogido 30 encuestas y otro en Marbella donde fueron recogidos 37 cuestionarios (9.97%). Entre sus profesionales destaca la labor de los psicólogos, asistentes sociales, logopedas, fisioterapeutas y pedagogos.
- **FAHALA:** Es un Centro de Discapacitados Psíquicos municipal y público promovido por el *Excmo. Ayto. De Alhaurín el Grande* y conveniado con la *Consejería para la Igualdad y Bienestar Social* así como con la *Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía*. Su centro de atención infantil temprana atiende a 120 usuarios, de los cuales, 74 (11.01%) han participado en nuestro estudio. Han firmado además un

convenio de colaboración con la Universidad de Málaga en los mismos términos que los anteriores.

- **CAIT DE VÉLEZ-MÁLAGA:** Al igual que el de Antequera, el centro de atención infantil temprana de Vélez-Málaga está conveniado con la *Delegación de Salud de la Junta de Andalucía en Málaga*. Es un centro perteneciente a la administración local. Sus profesionales (psicólogos, logopedas y fisioterapeuta) atienden a un total de 135 usuarios, 91 (13.54%) de los cuales han participado contestando a nuestro cuestionario.
  
- **ASOCIACIÓN AUTISMO MÁLAGA:** La asociación de padres de niños y adultos con Autismo de Málaga tiene un centro de atención infantil temprana donde hemos recogido 10 encuestas de los 18 usuarios a los que atienden, es decir, sólo el 1.48% de la muestra. Aunque la asociación en sí funciona desde hace años, el CAIT de la misma empezó su andadura en el año 2009.
  
- **TALLER DE LA AMISTAD:** La asociación de personas con discapacidad intelectual de Nerja posee un centro de atención infantil temprana que atiende aproximadamente a 40 usuarios, de los cuales han participado en nuestro estudio 29 (4.31%). Al igual que el centro anterior, el CAIT de esta asociación funciona como tal desde febrero de 2009, por lo que entre sus profesionales solo se encuentran una psicóloga, una logopeda y una fisioterapeuta.
  
- **APRONA:** La *Asociación Pro-discapitados Psíquicos de Estepona* también ha firmado un convenio de colaboración con la Universidad de Málaga para participar en nuestro proyecto de investigación. De los 120 usuarios que atienden, 89 (13.24%) han participado en nuestro estudio. Entre sus instalaciones cuentan con un servicio de hidroterapia y los profesionales que allí trabajan son varios psicólogos, logopedas, fisioterapeutas, pedagogos y trabajadores sociales.
  
- **ASPRODISIS:** La *Asociación de Protección a los Disminuidos Psíquicos de Ronda*, atiende a un total de 60 usuarios en su centro de atención infantil temprana. Actualmente están en fase de rehabilitación de sus instalaciones, por lo que el CAIT solo cuenta con un fisioterapeuta,

una logopeda y una psicóloga. Han colaborado contestando a nuestro cuestionario 32 usuarios, el 4.76% de la muestra.

Se realizaron cinco convenios de colaboración entre la Universidad de Málaga y cinco entidades participantes, con el título de *Calidad y Atención Temprana*:

1. Entidades participantes: Universidad Malacitana (UMA) y el Ayuntamiento de Antequera. Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3524
2. Entidades participantes: Universidad Malacitana (UMA) y el Ayuntamiento de Alhaurín el Grande. Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3548
3. Entidades participantes: Universidad Malacitana (UMA) y la Asociación Malagueña de Padres de Parálíticos Cerebrales (AMAPPACE). Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3526.
4. Entidades participantes: Universidad Malacitana (UMA) y la Asociación de Padres con Hijos Deficientes Visuales (ASPAHIDEV). Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3527
5. Entidades participantes: Universidad Malacitana (UMA) y Centro de Atención Temprana (APRONA). Código de Identificación: nº: 8.06/5.38.3529.

En la tabla 4.2 hemos reflejado el total de usuarios con los que participó cada centro, así como el porcentaje de los mismos.

CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	Nº DE USUARIOS	% DE USUARIOS
ASPAHIDEV	42	6.25%
La Purísima	24	3.57%
Amigos Especiales de Coín	9	1.33%
AMAPPACE	45	6.69%
Virgen de la Esperanza	54	8.03%
Antequera	70	10.41%
Equipo SIDI	36	5.35%
ASPANDEM	67	9.97%
FAHALA	74	11.01%
Vélez-Málaga	91	13.54%
Autismo Málaga	10	1.48%
Taller de la Amistad	29	4.31%
APRONA	89	13.24%
ASPRODISIS	32	4.76%
TOTAL	672	100 %

**Tabla 4.2.** Centros y nº de usuarios participantes en el estudio final

## 2.2. Material

- a. *Paquete estadístico SPSS para Windows v. 15.0.:* Para el tratamiento de los datos recogidos de la muestra de los dos estudios, tanto el pilotaje de la herramienta (con una muestra de 102 usuarios) como el estudio final con una muestra de 672 usuarios.
- b. *Paquete estadístico SAS* (Schlotzhauer & Littell, 1997) para el análisis de los componentes de la varianza.
- c. *Programa estadístico GT* (Ysewijn, 1996) para el análisis de la generalizabilidad utilizado en el estudio piloto
- d. *Programa estadístico EduG 5.0* (Cardinet, Johnson & Pini, 2010) para el análisis de la generalizabilidad utilizado en el estudio final
- e. *Cuestionario:* se detallan a continuación las dos versiones del cuestionario *ICCAIT* utilizados para esta investigación.

## 1. ICCAIT-v.1.0 (estudio piloto)

Para el estudio piloto, se elaboró un cuestionario que nos sirvió como herramienta para medir la calidad percibida en el servicio que se presta en los CAIT. Este *inventario de calidad en los centros de atención infantil temprana (ICCAIT-v.1.0)* puede consultarse en el *Anexo I*. Para la elaboración del cuestionario se tuvieron en cuenta los trabajos de Morales Sánchez (2003), Hernández Mendo (2001), Moreno-Rosset, Antequera y Jenaro (2009) y Vecina, Chacón y Sueiro (2009).

El cuestionario está formado por seis escalas que miden diferentes aspectos de la calidad percibida en los tres centros de atención temprana de la ciudad de Málaga detallados en el apartado anterior. Las respuestas se han categorizado mediante una escala tipo Likert de cinco puntos de respuesta, donde 1 significa *nada de acuerdo* y 5 indica *muy de acuerdo*, como queda reflejado en la tabla 4.3. Los padres y madres de los niños atendidos en los CAIT debían valorar por separado cada uno de los 63 ítems que componen el cuestionario mostrando su grado de acuerdo o de desacuerdo sobre cada declaración.

NADA DE ACUERDO		MUY DE ACUERDO		
1	2	3	4	5

**Tabla 4.3.** Escala tipo Likert de respuesta del cuestionario ICCAIT-v.1.0

El cuestionario consta de 63 ítems distribuidos en seis escalas, incluyéndose también la recogida de una serie de datos sociodemográficos que pudieran interesarnos para posteriores investigaciones, utilizando para ello una metodología de análisis cualitativa. Las seis escalas que componen el *ICCAIT-v.1.0* son las siguientes:

- Escala 1: Recoge información *relativa a las instalaciones* del CAIT (ítems del 1 al 17).

**ESCALA 1: RELATIVA A LAS INSTALACIONES**

1. El centro está bien ubicado geográficamente.
2. Es fácil llegar al centro en transporte público.
3. Las indicaciones para llegar al centro son suficientes.
4. El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.).
5. El centro cuenta con plazas de aparcamiento para usuarios-as/hijo-a.
6. Cuenta con plazas de parking para minusválidos.
7. La limpieza del centro es adecuada.
8. La iluminación del centro es adecuada.
9. La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta.
10. La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable.
11. El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
12. Su centro cuenta con sala de espera.
13. Encuentra la sala de espera confortable.
14. Le parece suficiente el número de sillas que hay en ella.
15. Le parecería oportuno que en la sala de espera hubiese material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable su espera.
16. Tendría que haber máquinas expendedoras (café, agua, etc.) en la sala de espera.
17. Debería contar el centro con un servicio de cafetería.

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 4 factores y 13 ítems:

- Factores ambientales (ítems 7-10).
- Ambiente de la sala de espera (ítems 12 –14).
- Indicaciones, barreras arquitectónicas, servicios adaptados y sala de espera agradable (ítems 3, 4, 11 y 15).
- Ubicación del centro (ítems 1-2).

- Escala 2: *Relativa a las salas de tratamiento y el material* (ítems del 18 al 26).

---

#### ESCALA 2: RELATIVA A LAS SALAS DE TRATAMIENTO (ST) Y MATERIAL

---

- 18. El número de ST es adecuado.
  - 19. El espacio de las ST es suficiente.
  - 20. La temperatura de las ST es agradable.
  - 21. La ventilación de las ST es correcta.
  - 22. El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado.
  - 23. El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario-a/ hijo-a.
  - 24. Los materiales están en buenas condiciones para su utilización.
  - 25. Considera que el material que utilizan es seguro.
  - 26. El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él.
- 

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 2 factores, que suponemos están correlacionados entre sí, y 9 ítems:

- Material (ítems 22-26).
  - Salas de tratamiento (ítems 18-21).
- 
- Escala 3, *relativa a la atención al usuario* (ítems del 27 al 36).

---

#### ESCALA 3: RELATIVA A LA ATENCIÓN DEL USUARIO

---

- 27. Considera que el tiempo de espera para la primera cita ha sido breve (1 semana).
  - 28. Considera que ha pasado mucho tiempo (más de 10 días) desde que le hicieron la primera entrevista hasta iniciar las sesiones de tratamiento.
  - 29. La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada.
  - 30. El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente.
  - 31. Piensa que el horario de atención se adapta a sus necesidades.
  - 32. Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado.
  - 33. Se suele respetar el horario asignado por parte del centro.
  - 34. Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento.
  - 35. Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.
  - 36. Considera necesaria la existencia de personal para la atención al público (recepción, información, teléfono, etc.).
-



Se hipotetiza que la estructura latente también está compuesta por 2 factores y 7 ítems:

- Horario (ítems 30, 31, 32 y 35).
- Atención y sensibilidad con el usuario/a (ítems 29, 33 y 34).
- Escala 4: *Relativa al personal especializado* del CAIT (ítems del 37 al 47).

---

**ESCALA 4: RELATIVA AL PERSONAL ESPECIALIZADO (PE)**

---

- 37. El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades del usuario-a/ hijo-a (psicólogo, logopeda, fisioterapeuta, profesor de educación especial, etc.).
  - 38. Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.
  - 39. El (PE) es accesible.
  - 40. El (PE) está cuando se le necesita.
  - 41. Resulta cercano en el trato.
  - 42. Piensa que el usuario-a/ hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro.
  - 43. Valora vd. Las aportaciones e iniciativas del (PE).
  - 44. El (PE) actúa como cauce de comunicación/enlace con otras instituciones (educación, sanidad...) cuando es necesario.
  - 45. El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario-a/hijo-a.
  - 46. El (PE) sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
  - 47. Considera que centro necesitaría otro tipo de personal (terapeuta ocupacional, médico, etc.).
- 

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 3 factores y 8 variables:

- Cualificación del personal (ítems 38-40).
- Coordinación del personal (ítems 43-46).
- Cercanía del personal al usuario/a (ítems 41 y 42).

- Escala 5: *Relativa a la información general* (ítems del 48 al 55).

---

**ESCALA 5: RELATIVA A LA INFORMACIÓN GENERAL**

---

48. Considera que ha sido fácil contactar con el Centro.
- 
49. Ha conocido el centro por derivación médica.
- 
50. Ha conocido el centro por información en el colegio.
- 
51. Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales.
- 
52. Ha conocido el centro por otros medios de información distintos a los anteriores.
- 
53. El centro posee buzón de sugerencias.
- 
54. El centro cuenta con hojas de reclamaciones.
- 
55. Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.
- 

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 2 factores y 5 ítems:

- Derivación por el colegio y/o asuntos sociales (ítems 50 y 51).
  - Existencia de buzón de sugerencias y/o reclamaciones (ítems 53, 54 y 55).
- 
- Escala 6: *Relativa a la información técnica* que el CAIT da a las familias de los usuarios del mismo (ítems del 56 al 63).

---

**ESCALA 6: RELATIVA A LA INFORMACIÓN TÉCNICA**

---

56. Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas.
- 
57. Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades.
- 
58. La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente.
- 
59. Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.
- 
60. Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre el progresión del usuario-a/hijo-a.
- 
61. El tipo de información que recibe le parece escasa.
- 
62. La información que recibe sobre su hijo-a/usuario es clara.
- 
63. Es importante realizar más esfuerzos en dar a conocer la tarea que realiza el centro a otros.
-

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 1 solo factor y 6 ítems:

- Información técnica (ítems 56-60 y 62).

## 2. ICCAIT-v.2.0 (estudio final)

Esta segunda versión de la herramienta surge de la aplicación de los resultados obtenidos tanto del análisis factorial exploratorio como del análisis de fiabilidad efectuados en el estudio piloto con la primera versión. El *ICCAIT-v.2.0* cuenta con 48 ítems distribuidos en 6 escalas, denominadas:

- Escala 1: *Relativa a las instalaciones.*

---

### ESCALA 1: RELATIVA A LAS INSTALACIONES

---

1. El centro está bien ubicado geográficamente.
  2. Es fácil llegar al centro en transporte público.
  3. Las indicaciones para llegar al centro son suficientes.
  4. El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.).
  5. La limpieza del centro es adecuada.
  6. La iluminación del centro es adecuada.
  7. La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta.
  8. La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable.
  9. El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
  10. Su centro cuenta con sala de espera.
  11. Encuentra la sala de espera confortable.
  12. La sala de espera cuenta con un número suficiente de sillas
  13. La sala de espera cuenta con material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable su espera.
- 

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 3 factores y 12 ítems:

- Sala de espera (ítems 8, 10, 11 y 12).
- Condiciones ambientales del centro (ítems 4, 5, 6, 7 y 9).

- Ubicación del centro (ítems 1, 2 y 3).
- Escala 2: *Relativa a las salas de tratamiento y el material.*

---

#### ESCALA 2: RELATIVA A LAS SALAS DE TRATAMIENTO Y MATERIAL

---

- 14. El número de *salas de tratamiento* es adecuado.
  - 15. El espacio de las *salas de tratamiento* es suficiente.
  - 16. La temperatura de las *salas de tratamiento* es agradable.
  - 17. La ventilación de las *salas de tratamiento* es correcta.
  - 18. El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado.
  - 19. El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario-a/ hijo-a.
  - 20. Los materiales están en buenas condiciones para su utilización.
  - 21. El material que se utiliza en las *salas de tratamiento* es seguro.
  - 22. El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él.
- 

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 2 factores y 8 ítems:

- Salas de tratamiento (ítems 14, 15, 16 y 17).
- Material (ítems 18, 19, 20 y 21).
- Escala 3, *relativa a la atención al usuario.*

---

#### ESCALA 3: RELATIVA A LA ATENCIÓN DEL USUARIO

---

- 23. La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada.
  - 24. El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente.
  - 25. El horario de atención se adapta a sus necesidades.
  - 26. Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado.
  - 27. Se suele respetar el horario asignado por parte del centro.
  - 28. Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento.
  - 29. Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.
-

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 1 factor y 7 ítems:

- Atención al usuario (ítems 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29).
- Escala 4: *Relativa al personal especializado* del CAIT.

---

**ESCALA 4: RELATIVA AL PERSONAL ESPECIALIZADO**

---

30. El *personal especializado* posee los conocimientos necesarios.

---

31. El *personal especializado* es accesible.

---

32. El *personal especializado* está cuando se le necesita.

---

33. El *personal especializado* resulta cercano en el trato.

---

34. Piensa que el usuario-a/ hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro.

---

35. Valora usted las aportaciones e iniciativas del personal especializado.

---

36. El *personal especializado* se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario-a/hijo-a.

---

37. El *personal especializado* sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.

---

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 1 factor y 7 ítems:

- Cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario (ítems 31, 32, 33, 35, 36 y 37).
- Escala 5: *Relativa a la información general*.

---

**ESCALA 5: RELATIVA A LA INFORMACIÓN GENERAL**

---

38. Ha conocido el centro por información en el colegio.

---

39. Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales.

---

40. El centro posee buzón de sugerencias.

---

41. El centro cuenta con hojas de reclamaciones.

---

42. Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.

---

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 2 factores y 5 ítems:

- Sugerencias, reclamaciones y quejas (ítems 40 y 41).
- Derivación al centro (ítems 38 y 39).
  
- Escala 6: *Relativa a la información técnica.*

---

#### ESCALA 6: RELATIVA A LA INFORMACIÓN TÉCNICA

---

- 43. Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas.

---

  - 44. Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades.

---

  - 45. La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente.

---

  - 46. Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.

---

  - 47. Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre la progresión del usuario-a/hijo-a.

---

  - 48. La información que recibe sobre su hijo-a/usuario/a es clara.
- 

Se hipotetiza que la estructura latente está compuesta por 1 factor y 6 ítems:

- Información técnica (ítems 43, 44, 45, 46, 47 y 48).

En esta segunda versión se ampliaron los datos sociodemográficos, solicitando ahora información sobre el parentesco de la persona que responde al cuestionario con el usuario/a, así como sobre si ha acudido anteriormente a otro CAIT o cuánto tiempo lleva acudiendo al actual. Para terminar, ofrecemos la posibilidad de realizar observaciones y/o sugerencias. El *ICCAIT-v.2.0* puede consultarse en el *Anexo II*.

## 2.3. Procedimiento

### 2.3.1. Estudio piloto

Para alcanzar los primeros objetivos de nuestra investigación, el desarrollo del estudio se llevó a cabo en tres fases bien diferenciadas: elaboración del instrumento de medida o *ICCAIT*, selección de los centros y trabajo de campo definitivo.

- a. En la *primera fase*, julio del 2008, se elaboró la herramienta de medida o cuestionario que se pretende validar en este trabajo de investigación. Tras consultar la literatura científica y divulgativa al respecto se procedió a crear un *inventario de calidad para los centros de atención infantil temprana (ICCAIT)*, basándonos, eso sí, en una amplia revisión bibliográfica sobre temas de calidad y atención temprana.

Asimismo, durante las diferentes entrevistas y encuentros que se han ido sucediendo a lo largo de este estudio con los distintos profesionales y expertos en *Atención Temprana*, hemos ido recogiendo sugerencias y aportaciones que poco a poco hemos incorporado a nuestro cuestionario. Agradecemos desde aquí las magníficas ideas aportadas por directores de centros, profesionales de los distintos equipos de *Atención Temprana* participantes en el proyecto, directivos de la Delegación Provincial de Salud e incluso algún cargo político presente en una de las reuniones. Especialmente interesantes las sugerencias del director y psicóloga del Equipo SIDI, director y profesionales del CAIT del Excmo. Ayto. de Antequera, directora del CAIT Virgen de la Esperanza, profesionales del CAIT del Excmo. Ayto. de Vélez-Málaga, de Dña. Susana Moya, directora del CAIT AMAPPACE y directora del CAIT Dulce Nombre de María (Dña. Carmen de Linares) que, aunque por diferentes motivos personales, no pudo participar en nuestra investigación, siempre estuvo disponible a nuestras llamadas.

El cuestionario se compone de una primera parte, en la que se explica a los encuestados el interés de nuestro estudio, así como la manera en la que deben responder a cada uno de los 63 ítems que componen las seis escalas. Asimismo añadimos un apartado de recogida de datos sociode-

mográficos tales como el nombre del centro, el género, edad, lugar de nacimiento, nacionalidad, profesión y estudios del encuestado.

- b. En una *segunda fase*, septiembre del 2008, se mantuvo el primer contacto con D. Marcelo Lorenzo y Dña. Susana Moya, asesor técnico y consultora de atención temprana del *Servicio de Planificación y Evaluación Asistencial de la Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía en Málaga*. En esta reunión, se les planteó el interés y la necesidad de realizar una investigación que analizara la calidad en los CAIT de la provincia de Málaga. Fueron ellos los que nos facilitaron la relación de centros, así como las direcciones, teléfonos y personas de contacto de cada uno de los mismos. De igual forma nos actualizaron los datos del número de plazas de atención temprana concertadas, conveniadas o subvencionadas que tenía la *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en Málaga*. En todo momento nos alentaron a continuar con nuestro proyecto mostrándose interesados en conocer los resultados del mismo en futuras reuniones y contactos.
- c. En la *tercera fase* de nuestra investigación, se realizó el trabajo empírico de recogida de datos y análisis de los mismos:
  1. *Recogida de datos*: Una vez finalizada la elaboración del cuestionario se procede a buscar una muestra para administrar el mismo. Durante el mes de octubre del 2008, se procedió a la selección de la muestra, eligiéndose los tres centros de atención infantil temprana de la ciudad de Málaga que hemos nombrado en el apartado de participantes/usuarios. Se visitaron los centros elegidos, pidiendo cita previamente con las personas que dirigen los mismos y presentándoles el proyecto. Agradecemos a la *Delegación Provincial de Salud de Málaga* la facilitación de direcciones, número de plazas subvencionadas y nombres de los directores de cada centro de atención temprana de la provincia de Málaga, así como sus sugerencias y aportaciones en materia de calidad y que se han intentado reflejar tanto en la elaboración del cuestionario como en el objeto mismo de nuestra investigación.



Las razones por la que se eligen estos centros y no otros son:

- En primer lugar, por la buena disposición de los directores respectivos a realizar cualquier investigación que mejore la calidad del servicio que se presta en el centro.
- En segundo lugar, por la variabilidad de organización de los mismos, ya que uno de ellos es una asociación de padres (ASPAHI-DEV), otro un colegio concertado (La Purísima) y otro un centro privado (Equipo SIDI), con lo cual quedan reflejados, en parte, los diferentes modelos de gestión que se comentaron en el primer capítulo.

Es importante tener en cuenta la colaboración desinteresada realizada por estos centros y por los profesionales que allí trabajan, quienes se han mostrado muy interesados en lo concerniente a este trabajo de investigación.

Durante cinco semanas de los meses de noviembre y diciembre del 2008, los tres encuestadores pasaron por los centros seleccionados. Los encuestadores fueron previamente entrenados en una sesión conjunta en la que se les explicó la forma de proceder en la recogida de datos, así como también la forma en que debían prestar ayuda, en caso necesario, a los encuestados. Se les insistió en la importancia de personalizar la encuesta, es decir, prestar la ayuda e información necesaria al usuario/usuario. Se les familiarizó con el cuestionario días antes de proceder a la visita de los centros, asegurándonos de que todos tuvieran la misma información. Las instrucciones establecidas para cumplimentar los cuestionarios hacían referencia a la mecánica de realización de los mismos y se aclararon algunos términos que pudieran resultar confusos. En esta sesión se procedió al reparto de tareas, cuestionarios en función del número de usuarios atendidos en cada centro. También se les entregó una *hoja de incidencias* por centro en la que debían anotar los eventos más relevantes que pudieran detectarse en dicha recogida de datos y las credenciales identificativas que elaboramos para ese fin.

Una vez en los CAIT, se les pedía la participación desinteresada y anónima al familiar o cuidador/a que acompañaba al niño/a al centro. Ya habían sido informados por los profesionales del centro de la colaboración en este proyecto de investigación, por lo que la mayor parte de ellos se encontraban dispuestos a participar. Los cuestionarios se respondían, bien cuando el niño/a estaba en sesión y los padres/cuidadores esperaban fuera, bien cuando llegaban al centro o minutos antes de irse, por lo que en ningún momento los cuestionarios salieron del centro correspondiente. Los encuestadores quedaban a disposición de los encuestados por si les surgiera alguna duda al rellenarlos. La cumplimentación de los cuestionarios se llevó a cabo en las salas de espera de cada centro, con la presencia de al menos uno de los encuestadores colaboradores, con el fin de solventar posibles dudas que pudieran surgir en la comprensión, tanto de los ítems que componen el cuestionario como de las instrucciones establecidas al inicio de los mismos. La respuesta a los cuestionarios se realizó de forma individual y en un ambiente tranquilo, con lo que se favoreció la relajación y concentración de los participantes. El tiempo aproximado para rellenar los *ICCAIT* fue aproximadamente de 15-20 minutos.

2. *Análisis de los datos*: Se llevó a cabo mediante un análisis factorial exploratorio (AFE), un análisis de fiabilidad y un análisis de variabilidad.

- En primer lugar se realizó un *análisis factorial exploratorio*, desarrollado ampliamente en el capítulo quinto de esta investigación, para identificar las estructuras principales o número de factores mínimos en los que podían estructurarse cada una de las seis escalas que componen el inventario de calidad en los centros de atención infantil temprana.
- En segundo lugar se llevó a cabo un *análisis de fiabilidad* para evaluar si nuestro instrumento o herramienta de medida (*ICCAIT*) es fiable.
- En tercer lugar realizamos un *análisis de variabilidad* previo al *análisis de generalizabilidad*, con el consiguiente estudio de optimización.

### 2.3.2. Estudio final

En nuestra actual investigación podemos igualmente diferenciar 3 fases:

- a. En la *primera fase*, mayo del 2009, se modificó y perfiló el nuevo cuestionario a utilizar (*ICCAIT-v.2.0*) basándonos en los resultados obtenidos en nuestro estudio piloto así como en las posteriores actualizaciones de la base teórica existente.

Al principio del cuestionario, se explica a los encuestados el objetivo de nuestro estudio y se les solicita su colaboración de forma anónima agradeciéndoles su participación. Posteriormente se aclara la manera en la que deben responder a cada uno de los 48 ítems que componen las seis escalas y los datos sociodemográficos.

- b. En una *segunda fase*, de junio a octubre del 2009, se visitaron cada uno de dieciséis centros de atención infantil temprana repartidos por la provincia de Málaga y se mantuvo una entrevista con los directores y/o personas responsables de los mismos. En estas reuniones se les presentó un escrito en el que se explicaba el interés y la importancia de la investigación, así como se les solicitaba el permiso para la participación de sus respectivos centros. A petición de alguno de ellos, nos pareció oportuno elaborar una carta informativa, dirigida a los padres, solicitándoles su colaboración e informándoles de las fechas en las que los encuestadores pasarían por su centro.
- c. En la *tercera fase* de nuestra investigación se realizó el trabajo empírico de recogida de datos y análisis de los mismos:
  1. *Recogida de datos*: Durante los meses de noviembre y diciembre de 2009 se procedió a realizar la visita por parte de los encuestadores a cada uno de los CAIT que decidió participar en nuestra investigación. Dos de los dieciséis centros, Fuensocial en Fuen-girola y Dulce Nombre en Málaga, no pudieron colaborar por diversos problemas ajenos a nuestra organización. Aún así, fueron visitados e informados como se detalla en la fase anterior de la realización de nuestro estudio.

Los encuestadores fueron previamente entrenados en una sesión conjunta en la que se les explicó la forma de proceder en la recogida de datos, así como también la forma en que debían prestar ayuda, en caso necesario, a los encuestados. La importancia de personalizar la encuesta, es decir, prestar la ayuda e información necesaria al usuario/usuario. Se familiarizaron con el cuestionario y aclararon sus dudas respecto al mismo. En esta sesión se procedió al reparto de tareas, cuestionarios en función del número de usuarios atendidos en cada centro. También se les entregó una *hoja de incidencias* por centro en la que debían anotar los eventos más relevantes que pudieran detectarse en dicha recogida de datos y las credenciales identificativas que elaboramos para ese fin.

De la misma manera que se actuó en el estudio piloto, la cumplimentación de los cuestionarios se llevó a cabo en las salas de espera de cada centro, con la presencia en todo momento de algún encuestador. El tiempo invertido por cada participante para responder fue de aproximadamente 15 minutos.

2. *Análisis de los datos*: Se llevaron a cabo mediante un *análisis factorial exploratorio*, un *análisis de fiabilidad* y un *análisis de componentes de la varianza*, previo y necesario para la aplicación posterior de un análisis de generalizabilidad, realizándose por último un estudio de optimización coste-beneficio.

Capítulo 5

# Resultados del análisis factorial exploratorio

---

## Contenido

1. Resultados del estudio piloto
2. Resultados del estudio final
3. Conclusiones del analisis factorial exploratorio

## 1. Resultados del estudio piloto

Para el estudio piloto se utilizó el cuestionario *ICCAIT-v.1.0*, comprobándose si las características del mismo eran las más idóneas para poder realizar el análisis factorial exploratorio. De esta forma, se analizó la matriz de correlaciones con el objetivo de comprobar la pertinencia del mismo.

Desde distintos trabajos empíricos se considera que el tamaño ideal para aplicar esta metodología de estimación se encuentra entre 100 y 200 (Nunnally, 1978; Del Barrio García y Luque Martínez, 2000). En nuestro caso, los datos que presentamos se obtienen con una muestra de 102 participantes.

Analicemos en primer lugar la pertinencia de realizar un AFE. Los valores obtenidos en el determinante de la matriz, la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett nos indican que se cumplen los criterios de pertinencia de realización del análisis factorial (tabla 5.1).

DESCRIPTIVOS	DETERMINANTE	KMO	TEST ESFERICIDAD DE BARTLETT
Escala 1 (ítems del 1 al 17)	.006	.627	$\chi^2$ : 481.710 gl: 136 sig: .000
Escala 2 (ítems del 18 al 26)	.005	.857	$\chi^2$ : 504.348 gl: 36 sig: .000
Escala 3 (ítems del 27 al 36)	.171	.637	$\chi^2$ : 169.321 gl: 45 sig: .000
Escala 4 (ítems del 37 al 47)	.005	.788	$\chi^2$ : 502.129 gl: 55 sig: .000
Escala 5 (ítems del 48 al 55)	.092	.526	$\chi^2$ : 230.101 gl: 28 sig: .000
Escala 6 (ítems del 56 al 63)	.108	.793	$\chi^2$ : 212.390 gl: 28 sig: .000

**Tabla 5.1.** Resultados del AFE del cuestionario ICCAIT-V.1.0

- En la *escala 1*, relativa a las instalaciones, observamos un determinante de la matriz con un valor de .006, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de

.627 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 481.710. Estos valores son susceptibles de mejora como comprobaremos con la realización de nuevos AFE.

- En la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .005, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .857 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 504.384. Estos valores obtenidos son bastante aceptables por lo que, en un futuro, no tendremos que modificar esta escala.
- En la *escala 3, relativa a la atención al usuario*, se observa un determinante de la matriz con un valor de .171, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .637 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 169.321, susceptibles de mejora.
- En la *escala 4, relativa al personal especializado*, obtenemos un determinante de la matriz con un valor de .005, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .788 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 502.129. Estos valores son susceptibles de mejora como comprobaremos con la realización de nuevos AFE.
- En la *escala 5, relativa a la información general*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .092, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .526 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 230.101, susceptibles de mejora.
- En la *escala 6, relativa a la información técnica*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .108, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .793 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 212.390. Estos valores son susceptibles de mejora como comprobaremos con la realización de nuevos AFE.

Un dato fundamental para aceptar o refutar una de nuestras hipótesis de trabajo es el *porcentaje de la varianza total explicada*. En un primer análisis factorial exploratorio observamos, como queda reflejado en la tabla 5.2:

- El valor más alto se obtiene en la *escala 1, relativa a las instalaciones del centro* con un 71.399%.



- En la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, obtenemos un valor de 65.901%.
- En la *escala 3, relativa a la atención al usuario*, un 53.918%.
- En la *escala 4, relativa al personal especializado*, un 64.576%.
- En la *escala 5, relativa a la información general*, un 68.436%.
- En la *escala 6, relativa a la información técnica*, un 55.864%.

ESCALA	% VARIANZA TOTAL EXPLICADA
1	71.399
2	65.901
3	53.918
4	64.576
5	68.436
6	55.864

**Tabla 5.2.** Varianza total explicada del ICCAIT-v.1.0

Observando los valores del índice KMO y del porcentaje de varianza total explicada de forma conjunta en la tabla 5.3, nos planteamos la realización de un nuevo análisis factorial exploratorio para optimizar estos datos.

ESCALA	KMO	% VARIANZA
1	.627	71.399
2	.857	65.901
3	.637	53.918
4	.788	64.576
5	.526	68.436
6	.793	55.864

**Tabla 5.3.** KMO y varianza total explicada del primer AFE (ICCAIT-v.1.0)

Observando ahora las *matrices de componentes rotados* de cada escala para ver en cuántos factores satura cada una, obtenemos los siguientes resultados para cada escala:

- Los 17 ítems de la *escala 1, relativa a las instalaciones*, saturan en 7 factores como queda reflejado en la tabla 5.4. De momento, no nos detendremos en dar nombre a estos factores, ya que sabemos que no será el AFE definitivo.

	COMPONENTE						
	1	2	3	4	5	6	7
I1			.701				
I2			.791				
I3				.652			
I4				.743			
I5						.800	
I6						.762	
I7	.843						
I8	.858						
I9	.667						
I10	.408						
I11				.627			
I12		.805					
I13		.792					
I14		.683					
I15					.802		
I16					.777		
I17							.873

**Tabla 5.4.** Matriz de componentes rotados. Escala 1. AFE 1 (ICCAIT-v.1.0)

- Los 9 ítems que componen la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, saturan en 2 factores como queda reflejado en la tabla 5.5. A estos factores, los denominaremos *material o factor 1* y *salas de trata-*

miento o factor 2, ya que según los resultados del posterior análisis de fiabilidad no había que eliminar ningún ítem de esta escala.

	COMPONENTE	
	1	2
STM18		.722
STM19		.636
STM20		.723
STM21		.739
STM22	.880	
STM23	.832	
STM24	.879	
STM25	.880	
STM26	.470	

**Tabla 5.5.** Matriz de componentes rotados. Escala 2. AFE 1 (ICCAIT-v.1.0).

- Los ítems de la *escala 3, relativa a la atención al usuario*, saturan en 3 factores, como se señala en la tabla 5.6. Del mismo modo que en la escala 1, no daremos nombre a estos factores ya que, como sabemos el AFE inicial no será el definitivo.

	COMPONENTE		
	1	2	3
AU27		.598	
AU28			.691
AU29		.705	
AU30	.609		
AU31	.716		
AU32	.843		
AU33		.681	
AU34			.633
AU35	.581		
AU36			.633

**Tabla 5.6.** Matriz de componentes rotados. Escala 3. AFE 1 (ICCAIT-v.1.0)

- Los ítems de la *escala 4, relativa al personal especializado*, saturan en 3 factores, como queda reflejado en la tabla 5.7. De igual manera que en las escalas 1 y 3 sabemos que estos factores no serán los definitivos.

	COMPONENTE		
	1	2	3
PE37	.745		
PE38	.778		
PE39	.839		
PE40	.790		
PE41			.800
PE42			.735
PE43		.613	
PE44		.763	
PE45		.683	
PE46		.793	
PE47			.313

**Tabla 5.7.** Matriz de componentes rotados. Escala 4. AFE 1 (ICCAIT-v.1.0)

- Los 8 ítems que componen la *escala 5, relativa a la información general*, saturan en 3 factores, tal como queda señalado en la tabla 5.8. De momento, no nos detendremos en dar nombre a estos factores, ya que sabemos que no será el AFE definitivo.

	COMPONENTE		
	1	2	3
IG48	.714		
IG49	.870		
IG50		.875	
IG51		.937	
IG52	.814		
IG53			.869
IG54			.884
IG55	.281		

**Tabla 5.8.** Matriz de componentes rotados. Escala 5. AFE 1 (ICCAIT-v.1.0)

- Los 8 ítems que componen la *escala 6, relativa a la información técnica*, saturan en 2 factores como queda reflejado en la tabla 5.9. No daremos nombre a estos factores ya que este primer AFE no será el definitivo para esta escala.

	COMPONENTE	
	1	2
IT56	.759	
IT57	.699	
IT58	.855	
IT59	.652	
IT60	.711	
IT61		.746
IT62	.614	
IT63		.625

**Tabla 5.9.** Matriz de componentes rotados. Escala 6. AFE 1 (ICCAIT-v.1.0)

Analizando los resultados de un primer análisis factorial exploratorio y de un análisis inicial de fiabilidad, que desarrollaremos ampliamente en el siguiente capítulo, decidimos realizar un nuevo AFE para cada escala con el fin de mejorar los resultados del KMO y de la varianza total explicada. Así en un segundo AFE, mediante el cual obtendremos el cuestionario *ICCAIT-v.2.0*, los valores resultantes del *KMO* y de la *varianza total explicada* son los que quedan reflejados en la tabla 5.10.

La modificación con respecto al primer AFE consistió en eliminar los ítems que tenían valores más altos en la columna *alpha de Cronbach si se elimina un elemento* de la tabla *estadísticos total-elemento del análisis de fiabilidad*. De esta manera además, como se detalla en el siguiente capítulo, se mejoraba considerablemente la fiabilidad de las escala 1, 3, 4, 5 y 6. Respecto a la escala 2, los valores obtenidos no aconsejaban eliminar ningún elemento. El orden de los ítems a eliminar en cada escala fue el siguiente:

- *Escala 1, relativa a la sala de tratamiento y material*: eliminamos el ítem 17 (debería contar el centro con un servicio de cafetería), ítem 5 (el cen-

tro cuenta con plazas de aparcamiento para usuarios-as), ítem 6 (cuenta con plazas de parking para minusválidos) e ítem 16 (tendría que haber máquinas expendedoras de café, agua, etc., en la sala de espera).

- *Escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material:* ningún ítem eliminado.
- *Escala 3, relativa a la atención al usuario:* eliminamos el ítem 28 (considera que ha pasado mucho tiempo, más de 10 días, desde que le hicieron la primera entrevista hasta iniciar las sesiones de tratamiento), el ítem 27 (considera que el tiempo de espera para la primera cita ha sido breve, 1 semana) e ítem 36 (considera necesaria la existencia de personal para la atención al público- recepción, información, teléfono, etc.).
- *Escala 4, relativa al personal especializado:* eliminamos el ítem 47 (considera que el centro necesitaría otro tipo de personal-terapeuta ocupacional, médico, etc.-), ítem 44 (el personal especializado actúa como cauce de comunicación/enlace con otras instituciones como educación, sanidad, etc., cuando es necesario) e ítem 37 (el centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades del usuario-a- psicólogo, logopeda, fisioterapeuta, profesor de educación especial, etc.).
- *Escala 5, relativa a la información general:* eliminamos el ítem 49 (ha conocido el centro por derivación médica), ítem 48 (considera que ha sido fácil contactar con el centro). El ítem 55 (considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias), que sería el siguiente a eliminar, decidimos no hacerlo por considerar fundamental la información que recoge para el principal objetivo de nuestro estudio. El ítem 52 (ha conocido el centro por otros medios de información distintos a los anteriores), a pesar de estar indicada su eliminación tras el ítem 55, sí que decidimos eliminarlo.
- *Escala 6, relativa a la información técnica:* eliminamos el ítem 61 (el tipo de información que recibe le parece escasa) y el ítem 63 (es importante realizar más esfuerzos en dar a conocer la tarea que realiza el centro a otros).

ESCALA	KMO	% VARIANZA
1	.724	59.845
2	.857	65.901
3	.658	52.561
4	.784	77.670
5	.493	82.348
6	.810	52.509

**Tabla 5.10.** Nuevo AFE eliminando ítems de cada escala (ICCAIT-v.1.0)

Deteniéndonos ahora en los valores obtenidos en las nuevas *matrices de componentes rotados* que han surgido realizando el segundo AFE, observamos lo siguiente:

- En la escala 1, de la que hemos eliminado los 4 ítems pertinentes, se constata, como se refleja en la tabla 5.11, que los nuevos factores en los que saturan los 13 ítems restantes son 4, denominados:
  - Factores ambientales
  - Ambiente de la sala de espera
  - Indicaciones, barreras arquitectónicas, servicios adaptados y sala de espera agradable
  - Ubicación del centro.

	COMPONENTE			
	1	2	3	4
I1				.742
I2				.759
I3			.603	
I4			.708	
I5	.803			
I6	.834			
I7	.729			
I8	.422			
I9			.620	

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

	COMPONENTE			
	1	2	3	4
I10		.796		
I11		.818		
I12		.698		
I13			.500	

**Tabla 5.11.** Matriz de componentes rotados. Escala 1. AFE 2 (ICCAIT-v.1.0)

- En la escala 2: queda igual que en el AFE 1, ya que no se eliminó ítem alguno, por tanto, sus 9 ítems saturan en 2 factores a los que hemos denominado:

- Material
- Sala de tratamiento.

- En la escala 3, de la que hemos eliminado los 3 ítems pertinentes, se constata, como se refleja en la tabla 5.12, que los nuevos factores en los que saturan los 7 ítems restantes son 2, denominados:

- Horario
- Atención y sensibilidad para con el usuario-a.

	COMPONENTE	
	1	2
AU23		.600
AU24	.527	
AU25	.691	
AU26	.704	
AU27		.490
AU28		.522
AU29	.629	

**Tabla 5.12.** Matriz de componentes rotados. Escala 3. AFE 2 (ICCAIT-v.1.0)



- En la escala 4, de la que hemos eliminado los 3 ítems pertinentes, se constata, como se refleja en la tabla 5.13, que los nuevos factores en los que saturan los 8 ítems restantes son 3, denominados:

- Cualificación del personal
- Coordinación del personal
- Cercanía del personal al usuario-a.

	COMPONENTE		
	1	2	3
PE30	.719		
PE31	.904		
PE32	.889		
PE33			.748
PE34			.896
PE35		.751	
PE36		.733	
PE37		.878	

**Tabla 5.13.** Matriz de componentes rotados. Escala 4. AFE 2 (ICCAIT-v.1.0)

- En la escala 5, de la que hemos eliminado los 3 ítems pertinentes, se constata, como se refleja en la tabla 5.14, que los nuevos factores en los que saturan los 5 ítems restantes son 2, denominados:

- Derivación por colegio y/o asuntos sociales
- Existencia de buzón de sugerencias y/o reclamaciones.

	COMPONENTE	
	1	2
IG38	.908	
IG39	.931	
IG40		.873
IG41		.895
IG42		.259

**Tabla 5.14.** Matriz de componentes rotados. Escala 5. AFE 2 (ICCAIT-v.1.0)

- En la escala 6, de la que hemos eliminado los 2 ítems pertinentes, se constata que los 6 ítems restantes saturan en un solo factor por lo que no se puede mostrar la matriz de componentes rotados, denominado información técnica.

A continuación, mostraremos los nuevos factores e ítems en los que quedan resumidas las 6 escalas que componen nuestra nueva herramienta de medida de la calidad en los centros de atención infantil temprana a la que denominaremos *ICCAIT-v.2.0*:

- *Escala 1, relativa a las instalaciones*: Compuesta por 13 ítems agrupados en 4 factores, como queda reflejado en la tabla 5.15.

- F1: Factores ambientales:

- Ítem 5. La limpieza del centro es adecuada
- Ítem 6. La iluminación del centro es adecuada
- Ítem 7: La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta.
- Ítem 8: La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable

- F2: Ambiente de la sala de espera:

- Ítem 10: Su centro cuenta con sala de espera.
- Ítem 11: Encuentra la sala de espera confortable
- Ítem 12: Le parece suficiente el número de sillas que hay en ella

- F3: Indicaciones, barreras arquitectónicas, servicios adaptados y sala de espera agradable:

- Ítem 3: Las indicaciones para llegar al centro son suficientes
- Ítem 4: El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.).
- Ítem 9: El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.

- Ítem 13: Le parecería oportuno que en la sala de espera hubiese material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable su espera.
- F4: Ubicación del centro:
  - Ítem 1: El centro está bien ubicado geográficamente
  - Ítem 2: Es fácil llegar al centro en transporte público

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
1	4	F1: Factores ambientales	5.- La limpieza del centro es adecuada. 6.- La iluminación del centro es adecuada. 7.-La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta. 8.-La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable.
		F2: Ambiente de la sala de espera	10.-Su centro cuenta con sala de espera. 11.-Encuentra la sala de espera confortable. 12.-Le parece suficiente el número de sillas que hay en ella.
		F3: Indicaciones, barreras arquitectónicas, servicios adaptados y sala de espera agradable	3.- Las indicaciones para llegar al centro son suficientes. 4.- El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.). 9.-El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a. 13.-Le parecería oportuno que en la sala de espera hubiese material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable su espera.
		F4: Ubicación del centro	1.- El centro está bien ubicado geográficamente. 2.- Es fácil llegar al centro en transporte público.

**Tabla 5.15.** Factores en los que queda resumida la escala 1, relativa a las instalaciones del centro (ICCAIT-v.1.0)

- *Escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material:* Compuesta por 9 ítems agrupados en 2 factores, como señala la tabla 5.16:

■ F1: Material:

- Ítem 18: El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado
- Ítem 19: El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario
- Ítem 20: Los materiales están en buenas condiciones para su utilización
- Ítem 21: Considera que el material que utilizan es seguro
- Ítem 22: El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él

■ F2: Salas de tratamiento:

- Ítem 14: El número de ST es adecuado
- Ítem 15: El espacio de las ST es suficiente
- Ítem 16: La temperatura de las ST es agradable
- Ítem 17: La ventilación de las ST es correcta

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
2	2	F1: Material	18.El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado. 19.El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario-a/ hijo-a. 20.Los materiales están en buenas condiciones para su utilización. 21.Considera que el material que utilizan es seguro. 22. El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él.
		F2: Salas de tratamiento	14.El número de ST es adecuado. 15.El espacio de las ST es suficiente. 16.La temperatura de las ST es agradable. 17.La ventilación de las ST es correcta.

**Tabla 5.16.** Factores en los que queda resumida la escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material (ICCAIT-v.1.0)

- *Escala 3, relativa a la atención al usuario:* Compuesta por 7 ítems agrupados en 2 factores, como queda reflejado en la tabla 5.17:

■ F1: Horario:

- Ítem 24: El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente.
- Ítem 25: Piensa que el horario de atención se adapta a sus necesidades
- Ítem 26: Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado
- Ítem 29: Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.

■ F2: Atención y sensibilidad para con el usuario-a:

- Ítem 23: La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada.
- Ítem 27: Se suele respetar el horario asignado por parte del centro
- Ítem 28: Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
3	2	F1: Horario	24.El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente. 25.Piensa que el horario de atención se adapta a sus necesidades. 26.Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado. 29.Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.
		F2: Atención, sensibilidad con el usuario-a	23.La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada. 27.Se suele respetar el horario asignado por parte del centro. 28.Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento.

**Tabla 5.17.** Factores en los que queda resumida la escala 3, relativa a la atención al usuario-a (ICCAIT-v.1.0)

- *Escala 4, relativa al personal especializado:* Compuesta por 8 ítems agrupados en 3 factores, como señala la tabla 5.18:

■ F1: Cualificación del personal

- Ítem 30: Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios
  - Ítem 31: El (PE) es accesible
  - Ítem 32: El (PE) está cuando se le necesita.
- F2: Coordinación del personal:
- Ítem 35: Valora vd. Las aportaciones e iniciativas del (PE).
  - Ítem 36: El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención
  - Ítem 37: El (PE) sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
- F3: Cualificación del personal al usuario-a:
- Ítem 33: Resulta cercano en el trato.
  - Ítem 34: Piensa que el usuario-a/ hijo-a se encuentra cómodo con el personal.

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
4	3	F1: Cualificación del personal	30.Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios. 31.El (PE) es accesible. 32.El (PE) está cuando se le necesita.
		F2: Coordinación del personal	35.Valora vd. Las aportaciones e iniciativas del (PE). 36.El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario-a/hijo-a. 37.El (PE) sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
		F3: Cercanía del personal al usuario-a	33. Resulta cercano en el trato. 34.Piensa que el usuario-a/ hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro.

**Tabla 5.18.** Factores en los que queda resumida la escala 4, relativa al personal especializado (ICCAIT-v.1.0)

- Escala 5, relativa a la información general: Compuesta por 5 ítems agrupados en 2 factores, como queda reflejado en la tabla 5.19:

- F1: Derivación por colegio y/o asuntos sociales:

- Ítem 38: Ha conocido el centro por información en el colegio.
- Ítem 39: Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales
  
- F2: Existencia de buzón de sugerencias y/o reclamaciones.
  - Ítem 40: El centro posee buzón de sugerencias
  - Ítem 41: El centro cuenta con hojas de reclamaciones
  - Ítem 42: Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
5	2	F1: Derivación por colegio y/o asuntos sociales	38.Ha conocido el centro por información en el colegio. 39.Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales.
		F2: Existencia de buzón de sugerencias y/o reclamaciones	40.El centro posee buzón de sugerencias.  41.El centro cuenta con hojas de reclamaciones. 42.Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.

**Tabla 5.19.** Factores en los que queda resumida la escala 5, relativa a la información general (ICCAIT-v.1.0)

- Escala 6, relativa a la información técnica: Compuesta por 6 ítems agrupados en un solo factor, como señala la tabla 5.20:

■ Factor 1: Información técnica:

- Ítem 43: Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas
- Ítem 44: Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades
- Ítem 45: La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente

- Ítem 46: Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.
- Ítem 47: Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre el progreso del usuario-a/hijo-a.
- Ítem 48: La información que recibe sobre su hijo-a/usuario es clara

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
6	1	F1: Información técnica	<p>43.Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas.</p> <p>44.Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades.</p> <p>45. La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente.</p> <p>46. Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.</p> <p>47.Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre el progresión del usuario-a/hijo-a.</p> <p>48.La información que recibe sobre su hijo-a/usuario es clara.</p>

**Tabla 5.20.** Factores en los que queda resumida la escala 6, relativa a la información técnica (ICCAIT-v.1.0)

## 2. Resultados del estudio final

Para este estudio utilizamos el cuestionario *ICCAIT-v.2.0*, resultante de los análisis anteriormente explicados, aplicándolo a una muestra más amplia, en este caso de 672 participantes. Los resultados del AFE pueden observarse en la tabla 5.21.

DESCRIPTIVOS	DETERMINANTE	KMO	TEST ESFERICIDAD DE BARTLETT
Escala 1 (ítems del 1 al 13)	.022	.868	$\chi^2$ : 2506.401 gl: 78 sig: .000
Escala 2 (ítems del 14 al 22)	.013	.888	$\chi^2$ : 2854.960 gl: 36 sig: .000

Continúa en página siguiente >>



<< Viene de página anterior

DESCRIPTIVOS	DETERMINANTE	KMO	TEST ESFERICIDAD DE BARTLETT
Escala 3 (ítems del 23 al 29)	.218	.790	$\chi^2$ : 1005.171 gl: 21 sig: .000
Escala 4 (ítems del 30 al 37)	.048	.886	$\chi^2$ : 2013.523 gl: 28 sig: .000
Escala 5 (ítems del 38 al 42)	.868	.528	$\chi^2$ : 93.864 gl: 10 sig: .000
Escala 6 (ítems del 43 al 48)	.062	.874	$\chi^2$ : 1857.771 gl: 15 sig: .000

**Tabla 5.21.** Resultados del AFE del cuestionario ICCAIT-v.2.0

- En la *escala 1, relativa a las instalaciones*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .022, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .868 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 2506.401. Estos valores mejoran considerablemente los resultados obtenidos en el primer y segundo AFE realizados al *ICCAIT-v.1.0*, aunque también son susceptibles de mejora, como comprobaremos más adelante.
- En la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .014, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .885 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 2854.960. Estos valores serán mejorados con la realización de un nuevo AFE
- En la *escala 3, relativa a la atención al usuario*, se observa un determinante de la matriz con un valor de .218, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .790 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 1005.171. Ya que estos valores son bastante aceptables, no consideramos necesario la realización de nuevos AFE.
- En la *escala 4, relativa al personal especializado*, obtenemos un determinante de la matriz con un valor de .048, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .886 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 2013.523. Estos

valores son susceptibles de mejora como comprobaremos con la realización de nuevos AFE.

- En la *escala 5, relativa a la información general*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .868, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .528 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 93.864. Estos valores son considerados como muy malos, por lo que decidimos eliminar esta escala.
- En la *escala 6, relativa a la información técnica*, observamos un determinante de la matriz con un valor de .062, un índice de Kaiser-Meyer-Olkin de .874 y un test de esfericidad de Bartlett con un  $\chi^2$ : 1857.771. Estos valores son bastante aceptables por lo que desestimamos la realización de nuevos AFE.

En cuanto a la varianza total explicada, los resultados obtenidos para el *ICCAIT-v.2.0* quedan reflejados en la tabla 5.22.

ESCALA	% VARIANZA TOTAL EXPLICADA
1	54.06
2	63.085
3	41.673
4	50.011
5	49.975
6	61.417

**Tabla 5.22.** Varianza total explicada del cuestionario *ICCAIT-v.2.0*

- En la *escala 1, relativa a las instalaciones del centro*, un 54.06%.
- En la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, obtenemos el valor más alto, un 63.085%.
- En la *escala 3, relativa a la atención al usuario*, un 41.673%.
- En la *escala 4, relativa al personal especializado*, un 50.011%.
- En la *escala 5, relativa a la información general*, un 49.975%.
- En la *escala 6, relativa a la información técnica*, un 61.417%.

Observando los valores del índice KMO y del porcentaje de varianza total explicada de forma conjunta (tabla 5.23), nos planteamos la realización de un nuevo análisis factorial exploratorio para optimizar estos datos.

ESCALA	KMO	% VARIANZA
1	.868	54.06
2	.888	63.085
3	.790	41.673
4	.886	50.011
5	.528	49.975
6	.874	61.417

**Tabla 5.23.** KMO y varianza total explicada del cuestionario ICCAIT-v.2.0

Si se observan las *matrices de componentes rotados* de cada escala para ver en cuántos factores satura cada una, tenemos que, en un primer AFE podríamos agrupar:

- Los 13 ítems de la *escala 1, relativa a las instalaciones*, saturan en 3 factores como queda reflejado en la tabla 5.24. A estos factores los denominaremos: *sala de espera o factor 1, condiciones ambientales del centro o factor 2 y ubicación del centro o factor 3.*

	COMPONENTE		
	1	2	3
I1			.713
I2			.806
I3			.642
I4		.552	
I5		.796	
I6		.708	
I7		.632	
I8	.562		

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

COMPONENTE	
I9	.575
I10	.705
I11	.808
I12	.783
I13	.300

**Tabla 5.24.** Matriz de componentes rotados. Escala 1 (ICCAIT-v.2.0)

- Los 9 ítems que componen la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, saturan en 2 factores como queda reflejado en la tabla 5.25. A estos factores los denominaremos: *material o factor 1* y *salas de tratamiento o factor 2*.

	COMPONENTE	
	1	2
STM14		.722
STM15		.817
STM16		.764
STM17		.811
STM18	.746	
STM19	.773	
STM20	.819	
STM21	.699	
STM22	.443	

**Tabla 5.25.** Matriz de componentes rotados. Escala 2 (ICCAIT-v.2.0)

- Los ítems de la *escala 3, relativa a la atención al usuario*, saturan en 1 solo factor al que hemos denominado *atención al usuario o factor 1*.
- Los ítems de la *escala 4, relativa al personal especializado*, saturan en 1 solo factor al que hemos denominado *cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario o factor 1*.

- Los 5 ítems que componen la *escala 5, relativa a la información general*, saturan en 2 factores a los que podríamos denominar: *sugerencias, reclamaciones y quejas* o *factor 1* y *derivación al centro* o *factor 2*, tal como queda reflejado en la tabla 5.26.

	COMPONENTE	
	1	2
IG38		.745
IG39		.759
IG40	.756	
IG41	.807	
IG42	.318	

**Tabla 5.26.** Matriz de componentes rotados. Escala 5 (ICCAIT-v.2.0)

- Los 6 ítems que componen la *escala 6, relativa a la información técnica*, saturan en un solo factor al que denominaremos *información técnica* o *factor 1*.

Mostraremos a continuación los factores e ítems en los que quedan resumidas las 6 escalas que componen nuestra la herramienta de medida de la calidad en los centros de atención infantil temprana (*ICCAIT-v.2.0*).

- *Escala 1, relativa a las instalaciones*: Compuesta por 13 ítems agrupados en 3 factores, como queda reflejado en la tabla 5.27.

■ F1: Sala de espera :

- Ítem 8. La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable.
- Ítem 10. Su centro cuenta con sala de espera.
- Ítem 11: Encuentra la sala de espera confortable.
- Ítem 12: La sala de espera cuenta con un número suficiente de sillas.
- Ítem 13: La sala de espera cuenta con material lúdico para hacerle más agradable su espera.

■ F2: Condiciones ambientales del centro:

- Ítem 4: El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.).
- Ítem 5: La limpieza del centro es adecuada.
- Ítem 6: La iluminación del centro es adecuada.
- Ítem 7: La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta.
- Ítem 9: El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.

■ F3: Ubicación del centro:

- Ítem 1: El centro está bien ubicado geográficamente
- Ítem 2: Es fácil llegar al centro en transporte público
- Ítem 3: Las indicaciones para llegar al centro son suficientes.

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
1	3	F1: Sala de espera	8.- La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable. 10.- Su centro cuenta con sala de espera. 11.- Encuentra la sala de espera confortable. 12.- La sala de espera cuenta con un número suficiente de sillas. 13.-La sala de espera cuenta con material lúdico
		F2: Condiciones ambientales del centro	4.- El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.). 5.- La limpieza del centro es adecuada. 6.- La iluminación del centro es adecuada. 7.- La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta. 9.-El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
		F3: Ubicación del centro	1.- El centro está bien ubicado geográficamente. 2.- Es fácil llegar al centro en transporte público. 3.- Las indicaciones para llegar al centro son suficientes.

**Tabla 5.27.** Factores en los que queda resumida la escala 1, relativa a las instalaciones del centro (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material:* Compuesta por 9 ítems agrupados en 2 factores, como señala la tabla 5.28:

- **F1: Material:**

- Ítem 18: El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado
- Ítem 19: El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario
- Ítem 20: Los materiales están en buenas condiciones para su utilización
- Ítem 21: El material que se utiliza en las salas de tratamiento es seguro.
- Ítem 22: El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias para trabajar con él.

- **F2: Salas de tratamiento:**

- Ítem 14: El número de salas de tratamiento es adecuado
- Ítem 15: El espacio de las salas de tratamiento es suficiente
- Ítem 16: La temperatura de las salas de tratamiento es agradable
- Ítem 17: La ventilación de las salas de tratamiento es correcta.

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMES QUE COMPONEN CADA FACTOR
2	2	F1: Material	18.-El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado. 19.- El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario-a/ hijo-a. 20.- Los materiales están en buenas condiciones para su utilización. 21.- El material que se utiliza es seguro. 22.- El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias para trabajar con él.
		F2: Salas de tratamiento	14.- El número de ST es adecuado. 15.- El espacio de las ST es suficiente. 16.- La temperatura de las ST es agradable. 17.- La ventilación de las ST es correcta.

**Tabla 5.28.** Factores en los que queda resumida la escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material (ICCAIT-v.2.0)

- **Escala 3, relativa a la atención al usuario:** Compuesta por 7 ítems agrupados en un solo factor, como queda reflejado en la tabla 5.29:

- **F1: Atención al usuario:**

- Ítem 23: La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada.
- Ítem 24: El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente.
- Ítem 25: El horario de atención se adapta a sus necesidades.
- Ítem 26: Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado.
- Ítem 27: Se suele respetar el horario asignado por parte del centro
- Ítem 28: Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento
- Ítem 29: Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
3	1	F1: Atención al usuario	23.- La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada. 24.- El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente. 25.- El horario de atención se adapta a sus necesidades. 26.- Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado 27.- Se suele respetar el horario asignado por parte del centro 28.- Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento. 29.- Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.

**Tabla 5.29.** Factores en los que queda resumida la escala 3, relativa a la atención al usuario-a (ICCAIT - V. 2.0)

- **Escala 4, relativa al personal especializado:** Compuesta por 8 ítems agrupados en un solo factor, como señala la tabla 5.30:

- **F1: Cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario:**



- Ítem 30: El personal especializado posee los conocimientos necesarios
- Ítem 31: El personal especializado es accesible
- Ítem 32: El personal especializado está cuando se le necesita.
- Ítem 33: El personal especializado resulta cercano en el trato
- Ítem 34: Piensa que el usuario-a/hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro.
- Ítem 35: Valora usted las aportaciones e iniciativas del personal especializado.
- Ítem 36: El personal especializado se coordina entre sí para mejorar y completar la atención al usuario-a/hijo-a.
- Ítem 37: El personal especializado sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
4	1	F1: Cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario.	30. El personal especializado posee los conocimientos necesarios. 31. El personal especializado es accesible. 32. El personal especializado está cuando se le necesita. 33. El personal especializado resulta cercano en el trato. 34. Piensa que el usuario-a/hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro. 35. Valora vd. Las aportaciones e iniciativas del personal especializado. 36. El personal especializado se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario-a/hijo-a. 37. El personal especializado sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.

**Tabla 5.30.** Factores en los que queda resumida la escala 4, relativa al personal especializado (ICCAIT-v.2.0)

- Escala 5, relativa a la información general: Compuesta por 5 ítems agrupados en 2 factores, como queda reflejado en la tabla 5.31:

- F1: Sugerencias, reclamaciones y quejas:

- Ítem 40: El centro posee buzón de sugerencias
- Ítem 41: El centro cuenta con hojas de reclamaciones

- Ítem 42: Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.

■ F2: Derivación al centro.

- Ítem 38: Ha conocido el centro por información en el colegio.
- Ítem 39: Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
5	2	F1: Sugerencias, reclamaciones y quejas	40.- El centro posee buzón de sugerencias 41.- El centro cuenta con hojas de reclamaciones 42.- Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.
		F2: Derivación al centro	38.- Ha conocido el centro por información en el colegio. 39.- Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales.

**Tabla 5.31.** Factores en los que queda resumida la escala 5, relativa a la información general (ICCAIT-v.2.0)

- Escala 6, relativa a la información técnica: Compuesta por 6 ítems agrupados en un solo factor, como señala la tabla 5.32:

■ Factor 1: Información técnica:

- Ítem 43: Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas
- Ítem 44: Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades
- Ítem 45: La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente
- Ítem 46: Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.
- Ítem 47: Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre el progreso del usuario-a/hijo-a.
- Ítem 48: La información que recibe sobre su hijo-a/usuario es clara.

ESCALA	Nº DE FACTORES	NOMBRE DE LOS FACTORES	ÍTEMS QUE COMPONEN CADA FACTOR
6	1	F1: Información técnica	43.- Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas. 44.- Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades. 45.- La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente. 46.- Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a. 47.- Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre el progresión del usuario-a/hijo-a. 48.- La información que recibe sobre su hijo-a/usuario es clara.

**Tabla 5.32.** Factores en los que queda resumida la escala 6, relativa a la información técnica (ICCAIT-v.2.0)

### 3. Conclusiones del análisis factorial exploratorio

#### 3.1. Estudio piloto

Una vez realizados los pertinentes análisis factoriales exploratorios de las seis escalas que componen el *ICCAIT-v.1.0*, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la *escala 1, relativa a las instalaciones*:
  - Los valores del *KMO* mejoran considerablemente al eliminar los ítems ya indicados, como puede observarse en la tabla 5.33.
  - Los ítems 5 y 6, *relativos a si el centro cuenta con aparcamiento reservado a los usuarios-as y plazas de parking para minusválidos respectivamente*, deben ser eliminados, ya que si el *CAIT* está bien ubicado los usuarios-as pueden asistir al mismo bien en transporte público o bien a pie.
  - Los ítems 16 y 17, *relativos a la pertinencia o no de que el centro cuente con máquinas expendedoras o incluso con un servicio de*

*cafetería respectivamente*, deben eliminarse. Esta conclusión resulta evidente ya que el tiempo medio en la sala de espera no suele exceder los 30 o 60 minutos, según la duración de la sesión de tratamiento. En los casos en los que los padres entren a la sala de tratamiento durante la sesión de su hijo-a, este tiempo de espera es prácticamente inexistente.

- La *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, está correctamente planteada, ya que tanto los valores del KMO como de la varianza total explicada obtenidos en el AFE son muy satisfactorios, como puede observarse en la tabla 5.33.
- En cuanto a la *escala 3, relativa a la atención al usuario*:
  - Los valores del *KMO* mejoran considerablemente al eliminar los ítems anteriormente indicados como puede verse en la tabla 5.33.
  - Los ítems 27 y 28, *relativos al tiempo de espera para la primera cita así como si han pasado más de 10 días desde la primera entrevista hasta empezar el tratamiento respectivamente*, pueden eliminarse sin temor a perder información. Esto es posible porque desde la *Delegación de Salud de la Junta de Andalucía* se recomienda no exceder en más de siete días el tiempo en dar una primera cita para valorar al usuario-a y, generalmente, los centros cumplen esta sugerencia. En cuanto al ítem 28, sabemos que, al menos los centros encuestados no tienen lista de espera, por lo que la demora entre la primera entrevista y el comienzo del tratamiento es escasa.
  - El ítem 36, *relativo a la necesidad de que el centro cuente con personal para atender al público*, debe eliminarse ya que el ítem está mal enunciado. Es decir, más que *necesaria*, debiera haberse enunciado como *considera oportuna y/o adecuada la existencia de personal para la atención al público*.
- En cuanto a la *escala 4, relativa al personal especializado*:

- Los valores del porcentaje de *varianza explicada* de la *escala 4, relativa al personal especializado*, mejoran considerablemente al eliminar los ítems anteriormente indicados como se observa en la tabla 5.33.
- Los ítems 47 y 44 de la cuarta escala, *relativos a si se considera necesaria la existencia de otro tipo de personal en el centro así como si el personal especializado actúa de cauce de comunicación con otras instituciones cuando es necesario*, respectivamente, deben eliminarse. Estos ítems resultan inapropiados en la medida en que la *Delegación de Salud de la Junta de Andalucía* dicta el mínimo de profesionales, en cuanto a especialidad, que deben componer el equipo de los CAIT. Éstos son: psicólogo, fisioterapeuta y logopeda. De la misma manera es a través de la *Delegación de Salud* como se mantiene la comunicación *oficial* interinstitucional con el fin de proteger los datos personales de los usuarios.
- El ítem 37, *relativo a si el centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades del usuario-a*, debe eliminarse ya que en la mayoría de las ocasiones los clientes piensan que aumentando el número de profesionales, aumentaría el número de sesiones semanales para sus hijos-as.
- En cuanto a la *escala 5, relativa a la información general*:
  - Los valores del porcentaje de *varianza explicada* mejoran considerablemente al eliminar los ítems ya indicados como se observa en la tabla 5.33.
  - Los ítems 48, 49 y 52, *relativos a si ha sido fácil contactar con el centro, así como si lo ha conocido por derivación médica o por otros medios de información distintos a éstos*, respectivamente, no aportan información ya que, la *Delegación de Salud de la Junta de Andalucía* exige al CAIT una *derivación* del pediatra para que el niño-a pueda ser atendido en el centro. Ver ANEXO III. Bien es cierto que en ocasiones llegan niños derivados por asuntos sociales o por el colegio, pero es el CAIT el que, en estos casos, debe pedir a la familia que acuda a su pediatra para que derive su hijo-a de forma *oficial* o correcta.

- Pese a que el resultado de los análisis indican que el ítem 55 debe eliminarse, decidimos no hacerlo por considerarse importante la información que aporta el mismo para la evaluación de la calidad de los diferentes CAIT.
- En cuanto a la *escala 6, relativa a la información técnica*:
  - Los valores del *KMO* mejoran considerablemente al eliminar los ítems indicados anteriormente como puede verse en la tabla 5.33.
  - El ítem 61, relativo a si *el tipo de información que recibe le parece escasa*, debe eliminarse ya que está mal enunciado, es decir, debiera decir *la información que recibe le parece escasa*, en lugar de *el tipo de información que recibe le parece escasa*.
  - Por último, el ítem 63, *relativo a si es importante realizar más esfuerzos en dar a conocer la tarea que realiza el centro a otros*, debe ser eliminado del cuestionario ya que es ambiguo en su planteamiento. No especifica qué tipos de *esfuerzos* deben hacerse, ni a quién se refiere exactamente la palabra *otros* en el enunciado. Asimismo, pensamos que no debiera corresponder a los centros invertir en este tipo de publicidad, sino más bien a las diferentes Delegaciones de Salud, como de hecho ya lo están haciendo, fomentando la Atención Temprana entre los profesionales del campo de la salud, de educación y de los servicios sociales.

ESCALA	KMO INICIAL	% VARIANZA INICIAL	KMO FINAL	% VARIANZA FINAL
1	.627	71.399	.724	59.845
2	.857	65.901	.857	65.901
3	.637	53.918	.658	52.561
4	.788	64.576	.784	77.670
5	.526	68.436	.493	82.348
6	.793	55.864	.810	52.509

**Tabla 5.33.** AFE inicial y final del ICCAIT-v.1.0 u optimización del ICCAIT-v.1.0

### 3.2. Estudio final

Una vez realizados los nuevos análisis factoriales exploratorios de las seis escalas que componen el *ICCAIT-v.2.0*, realizados con objeto de optimizar nuestra herramienta de evaluación podemos llegar a las siguientes conclusiones:

El porcentaje de varianza explicada así como los valores del KMO han mejorado considerablemente. Dicha optimización que resumimos a continuación forma parte de una de nuestras futuras líneas de investigación. Estos datos pueden observarse en la tabla 5.34.

ESCALA	KMO INICIAL	% VARIANZA INICIAL	KMO FINAL	% VARIANZA FINAL
1	.868	54.06	.868	57.875
2	.888	63.085	.885	69.850
3	.790	41.673	.790	41.673
4	.886	50.011	.884	56.494
5	.528	49.975	.528	49.975
6	.874	61.417	.874	61.417

**Tabla 5.34.** Resultados comparativos entre el *ICCAIT-v.2.0* y su optimización

- En cuanto a la *escala 1, relativa a las instalaciones*:
  - El ítem 13, relativo a *si la sala de espera cuenta con material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable la espera*, debe ser eliminado ya que los tiempos de espera en los CAIT no suelen ser muy elevados, siempre que se respete el horario por parte del centro, ya que las sesiones no duran más de 45 minutos si seguimos las recomendaciones que se hacen desde la *Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*. Además este tiempo de espera es prácticamente inexistente en el caso de que los padres entre a la sala de tratamiento durante la sesión de su hijo-a.
- La *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*:
  - El ítem 22, relativo al *material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él*, debe ser

eliminado, ya que la información que nos facilita es en cierto modo redundante, ya que está recogida de forma pormenorizada en los ítems anteriores que forman esta escala en los que se pregunta si el material utilizado es adecuado, seguro y está en buenas condiciones.

- En cuanto a la *escala 4, relativa al personal especializado*:
  - El ítem 34 de la cuarta escala, relativo a si *piensa que el usuario-a/hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro*, debe eliminarse. Este ítem resulta inapropiado en la medida en que no aporta información relevante, ya que en los anteriores ítems que componen la escala se pregunta de forma más general si el personal especializado del centro resulta cercano en el trato y accesible.
  
- En cuanto a la *escala 5, relativa a la información general*:
  - Aunque la información que nos aportaban los ítems de esta escala pudiera parecer interesante en cuanto a si el centro cuenta con hojas de reclamaciones o si el usuario-a ha sido derivado por vías diferentes a la del pediatra, comentar que este problema queda solventado por ley, ya que al firmar los centros convenio con las respectivas delegaciones provinciales de Salud, son éstas las que apuntan a la necesidad de que los centros cuenten con cauces para formalizar una posible queja así como la forma correcta y única de derivación de cualquier niño-a al centro, esto es, por medio del pediatra.



Capítulo 6

## Resultados del análisis de fiabilidad

---

## Contenido

1. Resultados del estudio piloto
2. Resultados del estudio final
3. Conclusiones del analisis de fiabilidad

## 1. Resultados del estudio piloto

Realizamos un *análisis de la fiabilidad* de cada una de las escalas que componían nuestra primera herramienta para evaluar la calidad en los centros de atención infantil temprana (ICCAIT-v.1.0). Este análisis nos sirvió igualmente para llevar a cabo nuestro estudio piloto. Para ello tuvimos en cuenta:

- El *alpha de Cronbach* que, como hemos comentado anteriormente, se utiliza para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y, por tanto, nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.
- El valor *alpha de Cronbach si se elimina un elemento* en la tabla estadísticos total-elemento, observándose el ítem que presenta un valor más elevado en esta tabla y se elimina en la realización de un nuevo AFE y de fiabilidad con objeto de mejorar los resultados obtenidos en cada uno de ellos respectivamente.

En un primer análisis de fiabilidad se observan valores de alpha de Cronbach que oscilan entre el .410 de la escala 5 y el .884 de la escala 2 como queda reflejado en la tabla 6.1. El valor más alto de la tabla (.884) corresponde al *alpha de Cronbach* de la *escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material*, por tanto, esta escala no será modificada.

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
1	.665
2	.884
3	.613
4	.687
5	.410
6	.492

**Tabla 6.1.** Alpha de Cronbach de las escalas del ICCAIT-v.1.0

Dado que, en general, se pueden mejorar los valores del *alpha de Cronbach* obtenidos en nuestro primer *análisis de fiabilidad*, se decide eliminar los ítems que tenían valores más altos en la columna *alpha de Cronbach si se elimina un elemento* de la tabla *estadísticos total-elemento* del *análisis de fiabilidad* de cada una de las escalas:

- *Escala 1, relativa a la sala de tratamiento y material*: eliminamos el ítem 17 (debería contar el centro con un servicio de cafetería), ítem 5 (el centro cuenta con plazas de aparcamiento para usuarios-as), ítem 6 (cuenta con plazas de parking para minusválidos) e ítem 16 (tendría que haber máquinas expendedoras de café, agua, etc., en la sala de espera), ya que son los ítems con valores más elevados, como queda reflejado en la tabla 6.2.

ESCALA 1	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
I1	.662
I2	.655
I3	.635
I4	.655
I5	.660
I6	.660
I7	.644
I8	.642
I9	.661
I10	.646
I11	.645
I12	.635
I13	.630
I14	.642
I15	.644
I16	.652
I17	.693

**Tabla 6.2.** Estadísticos total-elemento. Escala 1

- *Escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material:* No se considera oportuno eliminar ítem alguno de esta escala.
- *Escala 3, relativa a la atención al usuario:* eliminamos el ítem 28 (considera que ha pasado mucho tiempo, más de de 10 días, desde que le hicieron la primera entrevista hasta iniciar las sesiones de tratamiento), el ítem 27 (considera que el tiempo de espera para la primera cita ha sido breve, 1 semana) e ítem 36 (considera necesaria la existencia de personal para la atención al público- recepción, información, teléfono, etc.), ya que son los ítems con valores más elevados, como queda reflejado en la tabla 6.3.

ESCALA 3	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
AU27	.616
AU28	.637
AU29	.597
AU30	.582
AU31	.569
AU32	.540
AU33	.597
AU34	.554
AU35	.569
AU36	.603

**Tabla 6.3.** Estadísticos total-elemento. Escala 3

- *Escala 4, relativa al personal especializado:* eliminamos el ítem 47 (considera que el centro necesitaría otro tipo de personal-terapeuta ocupacional, médico, etc.-), el ítem 44 (el personal especializado actúa como cauce de comunicación/enlace con otras instituciones como educación, sanidad, etc., cuando es necesario) y el ítem 37 (el centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades del usuario-a- psicólogo, logopeda, fisioterapeuta, profesor de educación especial, etc.), ya que son los ítems con valores más elevados, como queda reflejado en la tabla 6.4.

ESCALA 4	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
PE37	.655
PE38	.630
PE39	.629
PE40	.638
PE41	.665
PE42	.676
PE43	.646
PE44	.654
PE45	.623
PE46	.647
PE47	.833

**Tabla 6.4.** Estadísticos total-elemento. Escala 4

- *Escala 5, relativa a la información general:* eliminamos el ítem 49 (ha conocido el centro por derivación médica), ítem 48 (considera que ha sido fácil contactar con el centro), ítem 52 (ha conocido el centro por otros medios de información distintos a los anteriores). Optamos por no eliminar el ítem 55 (considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias), ya que aunque así lo aconseja por tener un valor elevado aporta información importante a nuestra investigación, ya que son los ítems con valores más elevados, como queda reflejado en la tabla 6.5.

ESCALA 5	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
IG48	.400
IG49	.530
IG50	.250
IG51	.242
IG52	.512
IG53	.289
IG54	.330
IG55	.397

**Tabla 6.5.** Estadísticos total-elemento. Escala 5

- *Escala 6, relativa a la información técnica:* eliminamos el ítem 61 (el tipo de información que recibe le parece escasa) y el ítem 63 (es importante realizar más esfuerzos en dar a conocer la tarea que realiza el centro a otros), ya que son los ítems con valores más elevados, como queda reflejado en la tabla 6.6.

ESCALA 6	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
IT56	.397
IT57	.430
IT58	.363
IT59	.406
IT60	.427
IT61	.723
IT62	.391
IT63	.474

**Tabla 6.6.** Estadísticos total-elemento. Escala 6

Salvo en la escala 2, se estima oportuno realizar nuevos análisis de fiabilidad eliminando los ítems nombrados anteriormente. De este modo obtendremos nuevos valores del alpha de Cronbach más elevados, por tanto, escalas más fiables.

- *Escala 1:* Eliminados los ítems 17, 5, 6 y 16 se obtiene un alpha de Cronbach de .739, como queda señalado en la tabla 6.7. Si hubiésemos eliminado el ítem 15, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese disminuido a .738, por tanto, optamos por no eliminarlo.

ESCALA 1 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
I17	.693
I5	.697
I6	.715
I16	.739
I15	.738

**Tabla 6.7.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems. Escala 1

- *Escala 2*: ningún ítem eliminado.
- *Escala 3*: Eliminados los ítems 28, 27 y 36 se obtiene un alpha de Cronbach de .669, como queda señalado en la tabla 6.8. Si hubiésemos eliminado el ítem 34, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese disminuido a .659, por tanto, optamos por no eliminarlo.

ESCALA 3 (SI SE ELIMINAN UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
128	.637
127	.643
136	.669
134	.659

**Tabla 6.8.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems. Escala 3

- *Escala 4*: Eliminados los ítems 47, 44 y 37 se obtiene un alpha de Cronbach de .849, como queda señalado en la tabla 6.9. Si hubiésemos eliminado el ítem 42, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese aumentado a .851, pero optamos por no eliminarlo porque los resultados del AFE así lo aconsejan (el % total de la varianza explicada disminuía de un 77.670% a un 70.926%).

ESCALA 4 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
147	.833
144	.840
137	.849
142	.851

**Tabla 6.9.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems. Escala 4

- *Escala 5*: Eliminados los ítems 49, 48, 52 se obtiene un alpha de Cronbach de .642, como queda señalado en la tabla 6.10. Si hubiésemos eliminado el ítem 54, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese disminuido a .619, por tanto, optamos por no eliminarlo.



ESCALA 5 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
149	.530
148	.583
152	.642
154	.619

**Tabla 6.10.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems. Escala 5

- *Escala 6:* Eliminados los ítems 61 y 63 se obtiene un alpha de Cronbach de .798, como queda señalado en la tabla 6.11. Si hubiésemos eliminado el ítem 62, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese disminuido a .792, por tanto, optamos por no eliminarlo.

ESCALA 6 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
161	.723
163	.798
162	.792

**Tabla 6.11.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems. Escala 6

## 2. Resultados del estudio final

Nuestra segunda herramienta para medir la calidad en los centros de atención infantil temprana, *ICCAIT-v.2.0*, también fue sometida a varios análisis de fiabilidad.

En un primer análisis de fiabilidad se observan valores de alpha de Cronbach que oscilan entre el .322 de la escala 5 y el .860 de la escala 6 como queda reflejado en la tabla 6.12. El valor más alto de la tabla (.860) corresponde al *alpha de Cronbach de la escala 6, relativa a la información técnica*, por tanto, esta escala no será modificada.

ESCALA	ALPHA DE CRONBACH
1	.821
2	.814
3	.738
4	.672
5	.322
6	.860

**Tabla 6.12.** Alpha de Cronbach de las escalas del ICCAIT-v.2.0.

Los resultados del análisis de fiabilidad que se muestran a continuación están encaminados a mejorar la fiabilidad de nuestra herramienta *ICCAIT-v.2.0* optimizando dicho cuestionario. Eliminando los ítems que se detallamos crearíamos una tercera versión de nuestro cuestionario. No obstante, este estudio se plantea como futura línea de investigación, ya que tendríamos que utilizar una nueva muestra y realizar un AFC.

Dado que, en general, se pueden mejorar los valores del *alpha de Cronbach* obtenidos en nuestro primer *análisis de fiabilidad*, decidimos eliminar los ítems que tenían valores más altos en la columna *alpha de Cronbach si se elimina un elemento* de la tabla *estadísticos total-elemento* del *análisis de fiabilidad* de cada una de las escalas:

- *Escala 1, relativa a la sala de tratamiento y material*: eliminamos el ítem 13 (la sala de espera cuenta con material lúdico –revistas, juguetes, cuentos, etc.- para hacerle más agradable su espera), ya que es el ítem con valor más elevado, como queda reflejado en la tabla 6.13.

ESCALA 1	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
I1	.812
I2	.816
I3	.812

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

ESCALA 1	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
I4	.815
I5	.810
I6	.805
I7	.800
I8	.800
I9	.812
I10	.805
I11	.794
I12	.804
I13	.826

**Tabla 6.13.** Estadísticos total-elemento. Escala 1 (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material:* eliminamos el ítem 22 (el material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él, ya que es el ítem con valor más elevado, como queda reflejado en la tabla 6.14.

ESCALA 2	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
STM14	.785
STM15	.777
STM16	.786
STM17	.782
STM18	.784
STM19	.783
STM20	.785
STM21	.793
STM22	.885

**Tabla 6.14.** Estadísticos total-elemento. Escala 2 (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 3, relativa a la atención al usuario:* No se considera oportuno eliminar ítem alguno de esta escala.

- *Escala 4, relativa al personal especializado:* eliminamos el ítem 34 (piensa que el usuario-a/hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro), ya que es el ítem con valor más elevado, como queda reflejado en la tabla 6.15.

ESCALA 4	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
PE30	.626
PE31	.620
PE32	.612
PE33	.626
PE34	.861
PE35	.617
PE36	.610
PE37	.621

**Tabla 6.15.** Estadísticos total-elemento. Escala 4 (ICCAIT-v2.0)

- *Escala 5, relativa a la información general:* decidimos eliminar la escala completa, ya que los valores obtenidos al ser tan bajos hacen que la información que nos proporciona la escala sea poco fiable, como queda reflejado en la tabla 6.16.

ESCALA 5	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ELEMENTO
IG38	.279
IG39	.296
IG40	.216
IG41	.246
IG42	.332

**Tabla 6.16.** Estadísticos total-elemento. Escala 5 (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 6, relativa a la información técnica,* no se considera oportuno eliminar ningún ítem de esta escala.

Salvo en las escalas 3, 5 y 6, se estima oportuno realizar nuevos análisis de fiabilidad eliminando los ítems nombrados anteriormente. De este modo obtendremos nuevos valores del alpha de Cronbach más elevados, por tanto, escalas más fiables.

- *Escala 1:* Eliminando el ítem 13 se obtiene un alpha de Cronbach de .829, como queda señalado en la siguiente tabla. Si hubiésemos eliminado el ítem 2, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese disminuido a .828, por tanto, optamos por no eliminarlo, como puede observarse en la tabla 6.17.

ESCALA 1 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
I13	.829
I2	.628

**Tabla 6.17.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems.  
Escala 1 (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 2:* Eliminado el ítem 22, mejoramos el alpha de Cronbach, pasando de un .814 inicial a un .885. Si eliminásemos el ítem 14, la fiabilidad de la escala se vería negativamente afectada, disminuyendo el valor del alpha de Cronbach hasta .877. Por tanto, solo eliminamos el ítem 22, como observamos en la tabla 6.18.

ESCALA 2 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
STM22	.885
STM14	.877

**Tabla 6.18.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems.  
Escala 1 (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 3:* No consideramos oportuno eliminar ningún ítem de esta escala.
- *Escala 4:* Eliminado el ítem 34 se obtiene un alpha de Cronbach de .861, como queda señalado en la tabla 6.19. Si hubiésemos eliminado el ítem 37, el valor del  $\alpha$  Cronbach hubiese disminuido hasta .857, por tanto, decidimos no eliminarlo.

ESCALA 4 (SI SE ELIMINA UN ÍTEM)	ALPHA DE CRONBACH
PE34	.861
PE37	.857

**Tabla 6.19.**  $\alpha$  Cronbach si se eliminan ítems.  
Escala 4 (ICCAIT-v.2.0)

- *Escala 5:* Decidimos suprimir esta escala debido a que los valores obtenidos del alpha de Cronbach son muy bajos, lo que significa que la información que nos aporta esta escala es poco fiable.
- *Escala 6:* No consideramos oportuno eliminar ningún ítem de esta escala.

### 3. Conclusiones del análisis de fiabilidad

Una vez realizados los diferentes análisis de fiabilidad de las seis escalas que componen nuestra primera herramienta de medida de la calidad en los centros de atención infantil temprana, *ICCAIT-v.1.0*, llegamos a la siguiente conclusión: tras la eliminación de los ítems recomendados y detallados en el apartado 1 de este capítulo, los valores del  $\alpha$  Cronbach han mejorado sustancialmente en todas las escalas, como se refleja en la tabla 6.20, con lo cual hemos elaborado una nueva herramienta de medida mucho más fiable y a la que denominamos *ICCAIT-v.2.0*.

ESCALAS	$\alpha$ CRONBACH ESTUDIO FIABILIDAD INICIAL (ICCAIT-V.1.0, 63 ÍTEMS, 102 USUARIOS)	$\alpha$ CRONBACH ESTUDIO FIABILIDAD FINAL (ICCAIT-V.1.0, 48 ÍTEMS, 102 USUARIOS)	$\alpha$ CRONBACH ESTUDIO FIABILIDAD INICIAL (ICCAIT-V.2.0, 48 ÍTEMS, 672 USUARIOS)	$\alpha$ CRONBACH ESTUDIO FIABILIDAD FINAL (ICCAIT-V.2.0, 40 ÍTEMS, 672 USUARIOS)
1	.665	.739	.821	.829
2	.884	.884	.814	.885
3	.613	.669	.738	.738
4	.687	.840	.672	.861
5	.410	.642	.322	.322
6	.492	.798	.860	.860

**Tabla 6.20.** Valores del  $\alpha$  Cronbach iniciales y finales en el proceso de optimización del ICCAIT

De los resultados del análisis de fiabilidad de esta nueva herramienta, aplicada a una muestra de 672 usuarios de los centros de Atención Infantil Temprana de la provincia de Málaga, concluimos que eliminando los ítems recomendados y comentados en el apartado anterior, mejoramos considerablemente los valores del alpha de Cronbach y, por tanto, la fiabilidad de nuestra herramienta, que en este caso daría lugar a una tercera versión de la misma, proponiendo ser analizada en una futura línea de investigación.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



Capítulo 7

# Resultados del análisis de variabilidad

---

## Contenido

1. Resultados del estudio piloto
2. Resultados del estudio final
3. Conclusiones del análisis de la variabilidad

## 1. Resultados del estudio piloto

En el estudio inicial previo se realizan estimaciones de distintos diseños para evaluar la calidad en los *Centros de Atención Infantil Temprana*. El cuestionario utilizado (ICCAIT-v.1.0) consta de seis escalas que recogen información relativa tanto a las instalaciones del centro, como a las salas de tratamiento y material del que dispone el CAIT, así como de detalles relativos a la atención al usuario, personal especializado y de información general y técnica. Antes de aplicar la TG, realizamos un *Análisis de la Variabilidad* con los datos obtenidos, donde hemos utilizado como variables de clasificación: usuarios (U): 102, centros (C): 3, Género (G): 2 y escalas (E): 6.

El modelo propuesto integra las facetas U, C, G y E, el cual explica el 100% de la varianza con un valor de R-cuadrado de 1.000. Estos resultados han sido obtenidos utilizando el procedimiento GLM. Los resultados del análisis de la variancia pueden observarse en la tabla 7.1.

Estas cuatro facetas dan lugar a catorce diseños de medida que detallamos a continuación:

- Cuatro diseños en los que se estima una faceta a partir de las otras tres (UCG/E, UCE/G, UGE/C, CGE/U).
- Seis diseños en los que se estiman dos facetas a partir de las otras dos (UC/EG, UG/EC, CG/EU, EG/UC, EC/UG, EU/CG).
- Cuatro diseños en los que se estiman tres facetas a partir de una (U/CGE, C/EGU, G/ECU, E/UCG).

FUENTES DE VARIANZA	SUMA CUADRADOS	GL	M. CUADRA.	COMP. ALEATOR.	COMP. MIXTOS MODIF.	COMP. CORREGIDOS	ERROR ESTIM.	%
U	71.57	101	0.716	0.01572	0.01572	0.01572	0.00280	17
C	0	2	0	0	0	0	0	0
UC	0	200	0	0	0	0	0	0
G	0	1	0	0	0	0	0	0
UG	0	100	0	0	0	0	0	0

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

FUENTES DE VARIANZA	SUMA CUADRADOS	GL	M. CUADRA.	COMP. ALEATOR.	COMP. MIXTOS MODIF.	COMP. CORREGIDOS	ERROR ESTIM.	%
CG	0	2	0	0	0	0	0	0
UCG	0	200	0	0	0	0	0	0
E	163.38	5	32.676	0.05367	0.05367	0.05367	0.02882	57
UE	74.84	500	0.150	0.02495	0.02495	0.02495	0.00157	26
CE	0	10	0	0	0	0	0	0
UCE	0	1000	0	0	0	0	0	0
GE	0	5	0	0	0	0	0	0
UGE	0	500	0	0	0	0	0	0
CGE	0	10	0	0	0	0	0	0
UCGE	0	1000	0	0	0	0	0	0
Total	309.79	3635		0.09434	0.09434	0.09434		

Tabla 7.1. Resultados del análisis de la varianza

Mediante la aplicación de la TG a través del programa GT (Ysewijn, 1996) se llevó a cabo la estimación de distintos modelos teniendo como objetivo la minimización de la varianza error. Con cada una de las facetas: usuarios, centros, género y escalas, elaboramos catorce diseños de medida teniendo en cuenta la interacción de sus distintas facetas. Cada uno de los diseños propuestos se analizó de forma independiente, concluyendo en cada diseño la estimación de cada una de las facetas individualmente o en interacción, de tal forma, que nos indique el índice de fiabilidad y generalizabilidad para que nos permita generalizar con precisión los resultados evaluados y, a su vez, poder establecer un adecuado *Plan de optimización*.

Un análisis pormenorizado del *modelo UCGE* permite analizar detalladamente estructuras de diseño independientes, donde no importa el peso que tiene cada variable sobre el modelo general sino el tipo de interacciones particulares que se establecen así como su significación estadística independientemente del resto de variables y la posible precisión que se establece a la hora de generalizar.

Se obtuvieron excelentes resultados en el estudio de tres diseños de medida en los que se estima una sola faceta: CGE/U o lo que es lo mismo ¿es necesario aumentar el número de usuarios para generalizar con mayor precisión?, UGE/C

(¿han sido suficientes el número de centros evaluados para generalizar con mayor precisión?) y UCE/G. Del mismo modo, obtuvimos muy buenos resultados en otros tres diseños en los que se estimaba la interacción de dos facetas: EC/UG, EU/CG y EG/UC (¿han sido suficientes los usuarios y el número de centros para generalizar con mayor precisión?), así como en un séptimo diseño de medida en el que se estimaba la interacción de tres facetas: E/UCG. Los valores del índice de fiabilidad y generalizabilidad, así como el número de observaciones pueden observarse en la tabla 7.2.

	CGE/U	UGE/C	UCE/G	EC/UG	EG/UC	EU/CG	E/UCG
Índice de fiabilidad	0.995	1.000	1.000	0.995	0.995	1.000	0.995
Índice de generalizabilidad	0.993	1.000	1.000	0.993	0.993	1.000	0.993
Nº de observaciones	3336	3336	3336	3336	3336	3336	3336

**Tabla 7.2.** Resultados del análisis de generalizabilidad

En los siete diseños de medida restantes (UCG/E, UC/EG, CG/UE, UG/EC, C/EGU, G/ECU y U/CGE), utilizando la faceta E como faceta de instrumentación, los resultados de fiabilidad y generalizabilidad son bajos debido a que cada escala mide constructos diferentes y, por tanto, con bajos niveles de reproducibilidad, como se observa en la tabla 7.3.

	UCG/E	UC/EG	CG/UE	UG/EC	C/EGU	G/ECU	U/CGE
Índice de fiabilidad	0.545	0.545	0.000	0.545	0.000	0.000	0.545
Índice de generalizabilidad	0.791	0.791	0.792	0.791	0.000	0.396	0.791
Nº de observaciones	3336	3336	3336	3336	3336	3336	3336

**Tabla 7.3.** Resultados del análisis de generalizabilidad (interacción de la faceta escalas)

Para una adecuada optimización del análisis de medida en términos de costo-beneficio, hemos realizado distintas aproximaciones con diferentes niveles en las facetas usuarios y centros. A modo de ejemplo, elegiremos las interacciones de las facetas usuarios-centro en la optimización del modelo UCGE. En el diseño de medida EG/UC, observamos que si reducimos los usuarios a 50 y los centros a 1, reducimos el número de observaciones de 3636 a 600 y disminuyendo tan solo el índice de fiabilidad a 0.991 y el generalizabilidad a 0.985. En

la estimación de la faceta usuario en el diseño CGE/U, se obtiene que reduciendo el número de usuarios a 10, los índices se mantienen excelentes y el número de observaciones se reduciría a 360 como puede observarse en la tabla 7.4.

MODELO UCGE		NIVEL ACTUAL	OPTIMIZACIÓN
EG/UC	Nº usuarios/centros	101/3	50/1
	Índice Fiabilidad	0.995	0.991
	Índice Generaliza.	0.993	0.985
	Nº observaciones	3636	600
CGE/U	Nº de usuarios	101	10
	Índice Fiabilidad	0.995	0.956
	Índice Generaliza.	0.993	0.930
	Nº observaciones	3636	360

**Tabla 7.4.** Optimización del modelo UCGE

## 2. Resultados del estudio final

En el estudio final, como ya quedó detallado en el planteamiento de la investigación, se ha utilizado el cuestionario ICCAIT-v.2.0 y una muestra de 672 usuarios. El programa informático usado para relizar el análisis de generalizabilidad fue el denominado EduG v. 5.0 (Cardinet, Johnson & Pini, 2010). Usando las facetas: E (escalas con 6 niveles), U (usuarios con 672), I (ítems con 48) y C (centros con 15). Hemos propuesto dos modelos a analizar: EI:EU (ítems están anidados en las escalas) y EI:EUC (ítems anidados en las escalas).

Todos los modelos estimados, tanto aquellos en los que incluíamos la faceta G (género) como en los que trabajamos con anidamientos y sin ellos, coinciden en el valor del error, por lo que se demuestra la normalidad, linealidad y homocedasticidad de los mismos.

### A. Modelo EI:EU:

El modelo propuesto EI:EU, es significativo (<.0001) y explica el 42% de la varianza. Los resultados de ANOVA fueron los que se observan en la tabla 7.5:

INTERACCIÓN DE LAS FACETAS	GRADOS DE LIBERTAD	SUMA DE CUADRADOS
E	5	3371.38
I(E)	47	3099.34
U	335	3369.59
EU	1674	3401.32
I(E)U	16098	23954.68

**Tabla 7.5.** Análisis de la varianza. Modelo EI:EU

Los resultados del análisis del modelo estimado están recogidos en la tabla 7.6.

COMPONENTES								
Fuente	Suma Cuadr	GL	Media Cuad.	Aleatorizado	Mixto	Corregido	%	Desv. Est.
E	3371.00000	5	674.20000	0.04788	0.04788	0.04788	10.4	0.02616
I:E	3099.00000	240	12.91250	0.03754	0.03754	0.03754	8.2	0.00349
U	3369.00000	335	10.05672	0.03263	0.03263	0.03263	7.1	0.00316
EU	3401.00000	1675	2.03045	0.04226	0.04226	0.04226	9.2	0.00171
IU:E	23954.00000	80400	0.29794	0.29794	0.29794	0.29794	65.0	0.00149
Total	37194.00000	82655					100%	

**Tabla 7.6.** Análisis de la varianza. Modelo EI:EU

A continuación se expone la optimización de los tres diseños de medida obtenidos que son EI/U, U/IE, UE/I.

- Los resultados del plan de optimización del *primer diseño (EI/U)* se detallan en la tabla 7.7, donde observamos que tanto el índice de fiabilidad como el de generalizabilidad tienen un valor óptimo de 0.99. Cabe destacar que en la optimización de la faceta U (usuarios), debemos aumentar y no disminuir los niveles, ya que solo hemos considerado la mitad de la muestra, por lo que necesariamente el número de observaciones debe aumentar. De la misma manera, los valores de los índices de fiabilidad y generalizabilidad siguen siendo óptimos.

	EST. GENERALIZABIL.		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF
I:E	48	INF	48	INF	48	INF	48	INF
U	336	INF	340	INF	350	INF	360	INF
Observ.	82656		83640		86100		88560	
Coef_G rel.	0.98829		0.98842		0.98875		0.98906	
rounded	0.99		0.99		0.99		0.99	
Coef_G abs.	0.98718		0.98733		0.98768		0.98802	
rounded	0.99		0.99		0.99		0.99	
Rel. Err. Var.	0.00101		0.00100		0.00097		0.00094	
Rel. Std. Err. of M.	0.03182		0.03163		0.03118		0.03074	
Abs. Err. Var.	0.00111		0.00110		0.00107		0.00104	
Abs. Std. Err. of M.	0.03331		0.03311		0.03264		0.03218	

**Tabla 7.7.** Optimización del diseño de medida EI/U

Los resultados del plan de optimización del *segundo diseño (U/IE)*, donde *E* (escala) es la faceta de instrumentación, pueden observarse en la tabla 7.8 y en la tabla 7.9. El índice de fiabilidad con un valor de 0.80 indica que el diseño es fiable pero no generalizable. Como ya quedó señalado anteriormente en el estudio inicial escalas e ítems son fiables pero, como se puede observar en el plan de optimización, no generalizables ya que son indicadores de distintos constructos.

	EST. GENERALIZABIL		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	7	INF	8	INF	9	INF	10	INF
I:E	48	INF	48	INF	48	INF	48	INF	48	INF
U	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF
Observ.	82656		96432		110208		123984		137760	
Coef_G rel.	0.79810		0.82180		0.84053		0.85569		0.86822	
rounded	0.80		0.82		0.84		0.86		0.87	
Coef_G abs.	0.66568		0.69907		0.72639		0.74917		0.76844	
rounded	0.67		0.70		0.73		0.75		0.77	
Rel. Err. Var.	0.00825		0.00707		0.00619		0.00550		0.00495	

Continúa en página siguiente >>



<< Viene de página anterior

	EST. GENERALIZABIL		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
Rel. Std. Err. of M.	0.09085		0.08411		0.07868		0.07418		0.07037	
Abs. Err. Var.	0.01639		0.01405		0.01229		0.01092		0.00983	
Abs. Std. Err. of M.	0.12801		0.11851		0.11086		0.10452		0.09915	

**Tabla 7.8.** Optimización del diseño de medida U/IE incrementando en número de niveles de la escala

	EST. GENERALIZABIL		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF
I:E	48	INF	49	INF	52	INF	57	INF	67	INF
U	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF
Observ.	82656		84672		90720		100800		120960	
Coef_G rel.	0.79810		0.79866		0.80021		0.80238		0.80566	
rounded	0.80		0.80		0.80		0.80		0.81	
Coef_G abs.	0.66568		0.66612		0.66733		0.66903		0.67160	
rounded	0.67		0.67		0.67		0.67		0.67	
Rel. Err. Var.	0.00825		0.00823		0.00815		0.00804		0.00787	
Rel. Std. Err. of M.	0.09085		0.09069		0.09026		0.08964		0.08871	
Abs. Err. Var.	0.01639		0.01635		0.01626		0.01614		0.01595	
Abs. Std. Err. of M.	0.12801		0.12788		0.12753		0.12705		0.12631	

**Tabla 7.9.** Optimización del diseño de medida U/IE incrementando el número de niveles de los ítems

- Los resultados del plan de optimización del *tercer diseño (UE/I)* se detallan en la tabla 7.10, donde observamos en el estudio de generalizabilidad que tanto el índice de fiabilidad como el de generalizabilidad coinciden con un valor óptimo de 0.94. Se plantea optimizar este diseño de medida, incrementando los niveles de la faceta I (ítems), con el objetivo de comprobar que apenas aumentan los valores del índice de fiabilidad y generalizabilidad.

	EST. GENERALIZABIL		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF
I:E	48	INF	49	INF	52	INF	57	INF	67	INF
U	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF
Observ.	82656		84672		90720		100800		120960	
Coef_G rel.	0.93751		0.93891		0.94275		0.94818		0.95644	
rounded	0.94		0.94		0.94		0.95		0.96	
Coef_G abs.	0.93751		0.93891		0.94275		0.94818		0.95644	
rounded	0.94		0.94		0.94		0.95		0.96	
Rel. Err. Var.	0.00818		0.00799		0.00746		0.00671		0.00559	
Rel. Std. Err. of M.	0.09046		0.08937		0.08634		0.08191		0.07478	
Abs. Err. Var.	0.00818		0.00799		0.00746		0.00671		0.00559	
Abs. Std. Err. of M.	0.09046		0.08937		0.08634		0.08191		0.07478	

Tabla 7.10. Optimización del diseño de medida UE/I incrementando los niveles de los ítems

## B. Modelo EI:EUC:

Los resultados del modelo propuesto EI:EUC, en el que los ítems están anidados en las escalas son los que se observan en la tabla 7.11:

COMPONENTES								
Fuente	Suma Cuadr.	GL	Media Cuadr.	Aleatorizado	Mixto	Corregido	%	Desv. Est.
E	3371.00000	5	674.20000	0.00272	0.00272	0.00272	13.6	0.00149
C	467.00000	14	33.35714	0.00028	0.00028	0.00028	1.4	0.00012
I:E	3093.00000	282	10.96809	0.00210	0.00210	0.00210	10.5	0.00018
U:C	3175.00000	5025	0.63184	0.00175	0.00175	0.00175	8.7	0.00004
EC	432.00000	70	6.17143	0.00035	0.00035	0.00035	1.8	0.00006
EU:C	3248.00000	25125	0.12927	0.00250	0.00250	0.00250	12.5	0.00002
CI:E	1471.00000	3948	0.37259	0.00108	0.00108	0.00108	5.4	0.00002
IU:EC	13042.00000	1417050	0.00920	0.00920	0.00920	0.00920	46.1	0.00001
Total	28299.00000	1451519					100%	

Tabla 7.11. Análisis de la variancia. Modelo EI:EUC

A continuación se expone la *optimización* de los dos diseños de medida obtenidos que son IE/CU e CU/IE.

- Los resultados del plan de optimización del *primer diseño (IE/CU)* donde ítems y escalas son facetas de generalización centros y usuarios facetas de instrumentación, se detallan en la tabla 7.12 y 7.13, donde observamos que tanto el índice de fiabilidad como el de generalizabilidad tienen un valor óptimo de 0.98. Cabe destacar que en la optimización de la faceta U (usuarios), debemos aumentar y no disminuir los niveles, ya que solo hemos considerado la mitad de la muestra, por lo que necesariamente el número de observaciones debe aumentar. De la misma manera, nos planteamos la optimización del modelo disminuyendo el número de centros con objeto de comprobar si los valores de los índices de fiabilidad y generalizabilidad seguían siendo óptimos, como así se demuestra. Del mismo modo observamos en la tabla 7.12 que el número de observaciones disminuye considerablemente.

	EST. GENERALIZ.		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4		OPCIÓN 5	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF
C	15	INF	14	INF	13	INF	12	INF	11	INF	10	INF
I:E	48	INF	47	INF	47	INF	47	INF	47	INF	47	INF
U:C	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF	336	INF
Observ.	1451520		1326528		1231776		1137024		1042272		947520	
Coef_G rel.	0.98009		0.97870		0.97710		0.97524		0.97305		0.97043	
Rounded	0.98		0.98		0.98		0.98		0.97		0.97	
Coef_G abs.	0.97637		0.97473		0.97284		0.97064		0.96806		0.96498	
Rounded	0.98		0.97		0.97		0.97		0.97		0.96	
Rel. Err. Var.	0.00010		0.00010		0.00011		0.00012		0.00013		0.00015	
Rel. Std. Err. of M.	0.00989		0.01024		0.01063		0.01106		0.01155		0.01212	
Abs. Err. Var.	0.00012		0.00012		0.00013		0.00015		0.00016		0.00017	
Abs. Std. Err. of M.	0.01080		0.01118		0.01160		0.01207		0.01261		0.01323	

**Tabla 7.12.** Optimización del diseño de medida IE/CU disminuyendo los niveles de los centros

	EST. GENERALIZ		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4		OPCIÓN 5	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF
C	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF
I:E	48	INF	47	INF	47	INF	47	INF	47	INF	47	INF
U:C	336	INF	340	INF	350	INF	360	INF	370	INF	380	INF
Observ.	1451520		1438200		1480500		1522800		1565100		1607400	
Coef_G rel.	0.98009		0.98010		0.98011		0.98012		0.98014		0.98015	
Rounded	0.98		0.98		0.98		0.98		0.98		0.98	
Coef_G abs.	0.97637		0.97638		0.97640		0.97641		0.97642		0.97644	
Rounded	0.98		0.98		0.98		0.98		0.98		0.98	
Rel. Err. Var.	0.00010		0.00010		0.00010		0.00010		0.00010		0.00010	
Rel. Std. Err. of M.	0.00989		0.00989		0.00989		0.00989		0.00988		0.00988	
Abs. Err. Var.	0.00012		0.00012		0.00012		0.00012		0.00012		0.00012	
Abs. Std. Err. of M.	0.01080		0.01080		0.01079		0.01079		0.01079		0.01079	

**Tabla 7.13.** Optimización del diseño de medida IE/CU incrementando los niveles de los usuarios

Los resultados del plan de optimización del *segundo diseño (CU/IE)*, donde C (centros) y U (usuarios) son las facetas de generalización y E (escala) e I (ítems) facetas de instrumentación, pueden observarse en la tabla 7.14 y en la tabla 7.15. El índice de fiabilidad con un valor de 0.80 indica que el diseño es fiable pero no generalizable, ya que el índice de generalizabilidad tiene un valor de 0.68. Como ya quedó señalado anteriormente en el estudio inicial escalas e ítems son fiables pero, como se puede observar en el plan de optimización, no generalizables ya que son indicadores de distintos constructos. Aumentando el número de escalas, mejoramos sensiblemente estos índices sin llegar a ser generalizable el modelo.

	EST. GENERALIZ.		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4		OPCIÓN 5	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF	6	INF
C	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

	EST. GENERALIZ.		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4		OPCIÓN 5	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
I:E	48	INF	49	INF	50	INF	55	INF	60	INF	70	INF
U:C	336	INF	335	INF	335	INF	335	INF	335	INF	335	INF
Observ.	1451520		1477350		1507500		1658250		1809000		2110500	
Coef_G rel.	0.79807		0.79830		0.79852		0.79950		0.80033		0.80162	
Rounded	0.80		0.80		0.80		0.80		0.80		0.80	
Coef_G abs.	0.67532		0.67552		0.67571		0.67656		0.67727		0.67839	
Rounded	0.68		0.68		0.68		0.68		0.68		0.68	
Rel. Err. Var.	0.00051		0.00051		0.00051		0.00051		0.00050		0.00050	
Rel. Std. Err. of M.	0.02261		0.02260		0.02258		0.02251		0.02245		0.02236	
Abs. Err. Var.	0.00097		0.00097		0.00097		0.00097		0.00096		0.00096	
Abs. Std. Err. of M.	0.03117		0.03116		0.03114		0.03108		0.03103		0.03095	

**Tabla 7.14.** Optimización del diseño de medida CU/IE incrementando en número de niveles de los ítems

	EST. GENERALIZ.		OPCIÓN 1		OPCIÓN 2		OPCIÓN 3		OPCIÓN 4		OPCIÓN 5	
	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.	Nivel	Univ.
E	6	INF	7	INF	8	INF	9	INF	10	INF	11	INF
C	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF	15	INF
I:E	48	INF	48	INF	48	INF	48	INF	48	INF	48	INF
U:C	336	INF	335	INF	335	INF	335	INF	335	INF	335	INF
Observ.	1451520		1688400		1929600		2170800		2412000		2653200	
Coef_G rel.	0.79807		0.82177		0.84050		0.85566		0.86819		0.87872	
Rounded	0.80		0.82		0.84		0.86		0.87		0.88	
Coef_G abs.	0.67532		0.70817		0.73498		0.75728		0.77612		0.79224	
Rounded	0.68		0.71		0.73		0.76		0.78		0.79	
Rel. Err. Var.	0.00051		0.00044		0.00038		0.00034		0.00031		0.00028	
Rel. Std. Err. of M.	0.02261		0.02093		0.01958		0.01846		0.01752		0.01670	
Abs. Err. Var.	0.00097		0.00083		0.00073		0.00065		0.00058		0.00053	
Abs. Std. Err. of M.	0.03117		0.02886		0.02699		0.02545		0.02414		0.02302	

**Tabla 7.15.** Optimización del diseño de medida CU/IE incrementando en número de niveles de los escalas

### 3. Conclusiones del análisis de variabilidad

#### 3.1. Estudio piloto

Aunque las aplicaciones de la TG en el ámbito de la Metodología Observacional tienen que ver habitualmente con el cálculo de la fiabilidad, intraobservador e inter-observadores, mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y de la validez en la construcción de sistemas de categorías para la observación directa del comportamiento, también puede utilizarse para la optimización de los tamaños de muestra ideales que nos permiten inferir de las mismas a las poblaciones pertinentes, constituyendo un estudio de coste-beneficio que nos permite mayor flexibilidad y parsimonia en las diferentes ocasiones de medida.

Es importante destacar que el número de usuarios y centros es adecuado y permite considerar el diseño propuesto en nuestro estudio piloto es óptimo en términos de fiabilidad y generalización.

Resumiendo los resultados comentados anteriormente podemos concluir que en los diseños en los que no se utiliza la escala como faceta de instrumentación:

- No es necesario aumentar el número de usuarios para generalizar con mayor precisión.
- Podemos generalizar los resultados ya que el número de centros evaluado ha sido suficiente.
- Los valores del índice de fiabilidad son óptimos.
- El número de observaciones disminuye considerablemente con lo que tendríamos que utilizar menos recursos y estaríamos mejorando la relación coste-beneficio.

- En cambio, en los diseños de medida en los que la escala interacciona como faceta de instrumentación, obtenemos bajos niveles de reproductibilidad. Obviamente esto es debido a que cada escala mide constructos diferentes.

### 3.2. Estudio final

En cuanto al estudio final, las conclusiones a las que llegamos son las siguientes:

- Todos los modelos estimados, tanto en los que trabajamos con anidamientos como en los que trabajamos sin ellos coinciden en el valor del error, por lo que se demuestra la normalidad, linealidad y homocedasticidad de los mismos.
- Los dos modelos propuestos, EI:EU y EI:EUC, son significativos.
- Los diseños de medida generados a partir de estos modelos arrojan unos valores tanto del índice de fiabilidad como del índice de generalizabilidad excelentes, salvo en los diseños en los que la Escala interacciona como faceta de instrumentación ya que, como ha quedado explicado, cada escala mide constructos diferentes.
- Como dato a destacar, comentaremos que en los diseños de medida en los que los usuarios interaccionan como faceta de instrumentación, debemos aumentar y no disminuir los niveles, aunque ello suponga un aumento del número de observaciones, ya que se hizo necesario dividir la matriz inicial en 2 mitades.
- Hemos comprobado la fiabilidad test-retest, ya que comparando el análisis de las 2 mitades de la matriz por separado, los resultados obtenidos coincidían en valor.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



Capítulo 8

# Análisis descriptivo de datos

---

## Contenido

1. Introducción
2. Análisis descriptivo de los ítems del cuestionario
3. Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos
4. Análisis descriptivo de las tablas de contingencia

## 1. Introducción

En este capítulo se exponen tanto el análisis descriptivo de los ítems que componen el cuestionario utilizado en nuestro estudio final, *ICCAIT-v.2.0*, descrito anteriormente, como el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos recogidos en el mismo. Asimismo, se comentan los resultados más significativos de los datos analizados en cuanto a la posible relación existente entre variables que por distintos motivos pudieran resultar curiosas e interesantes desde el punto de vista de la evaluación de la calidad.

## 2. Análisis descriptivo de los ítems del cuestionario

Analizando las respuestas a cada uno de los ítems que componen las diferentes escalas, observamos los valores que se detallan a continuación:

- En la **escala 1**, *relativa a las instalaciones del centro*, obtenemos los valores reflejados en la tabla 8.1. Se comentan a continuación los más relevantes:
  - Es el ítem 5, *la limpieza del centro es adecuada*, el que destaca, con una media de 4.666, una mediana y una moda de 5, desviación típica de 0.711, una varianza de 0.506. El rango es de 4. El valor mínimo de 1 y el máximo 5.
  - El ítem 13, *la sala de espera cuenta con material lúdico para hacerle más agradable su espera*, tiene el valor de media más bajo de la escala con un 3.056, una mediana de 3 y una media de 1, una desviación típica de 1.571, una varianza de 2.471. Un rango de 5 con un valor mínimo de 1 y un máximo de 5.

	N		MEDIA	MEDIANA	MODA	DESV. TÍP.	VARIANZA	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO
	VÁLIDOS	PERDIDOS								
I1	672	0	4.07738	4.00000	5.000	1.128136	1.273	5.000	1.000	5.000
I2	671	1	3.40835	3.00000	5.000	1.422691	2.024	5.000	1.000	5.000
I3	672	0	3.34077	3.00000	5.000	1.474555	2.174	5.000	1.000	5.000

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

	N		MEDIA	MEDIANA	MODA	DESV. TÍP.	VARIANZA	RANGO	MÍNIMO	MÁXIMO
	VÁLIDOS	PERDIDOS								
I5	672	0	4.66667	5.00000	5.000	.711135	.506	5.000	1.000	5.000
I6	671	1	4.56632	5.00000	5.000	.743929	.553	5.000	1.000	5.000
I7	672	0	4.25744	5.00000	5.000	1.046222	1.095	5.000	1.000	5.000
I8	669	3	4.06428	5.00000	5.000	1.237050	1.530	5.000	1.000	5.000
I9	672	0	4.32440	5.00000	5.000	1.081810	1.170	5.000	1.000	5.000
I10	671	1	4.58867	5.00000	5.000	.877984	.771	5.000	1.000	5.000
I11	672	0	4.11310	5.00000	5.000	1.117137	1.248	5.000	1.000	5.000
I12	669	3	3.92377	4.00000	5.000	1.231517	1.517	5.000	1.000	5.000
I13	668	4	3.05689	3.00000	1.000	1.571789	2.471	5.000	1.000	5.000

Tabla 8.1. Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala 1 (ICCAIT-v.2.0)

■ En la **escala 2**, relativa a las salas de tratamiento y material, los resultados observados en la tabla 8.2 son los siguientes:

- El ítem 22, *el material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias para trabajar con él*, es el que tiene un valor de media más alto, 4.65, la desviación típica es de 2.093 y la varianza de 4.384, siendo tanto la mediana como la moda de 5. El rango de respuesta es de 5, cuyo valor mínimo es de 1 y el máximo de 5
- El ítem 14, *el número de salas de tratamiento es adecuado*, el que obtiene la media más baja de la escala con un valor de 4.04, una desviación típica de 1.155 y una varianza de 1.336; el valor de la mediana es de 4 y el valor más repetido (moda) de 5. El rango de respuesta es de 5, siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 5.

	STM14	STM15	STM16	STM17	STM18	STM19	STM20	STM21	STM22	
N	Válidos	672	670	671	672	671	671	672	672	671
	Perdidos	0	2	1	0	1	1	0	0	1
Media	4.04464	4.23881	4.19672	4.21726	4.54396	4.42474	4.47768	4.62054	4.65574	
Mediana	4.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

	STM14	STM15	STM16	STM17	STM18	STM19	STM20	STM21	STM22
Moda	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Desv. típ.	1.155987	1.025673	1.058042	1.030301	.757503	.892715	.811307	.686507	2.093870
Varianza	1.336	1.052	1.119	1.062	.574	.797	.658	.471	4.384
Rango	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	.000
Máximo	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

**Tabla 8.2.** Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala 2 (ICCAIT-v.2.0)

■ En la **escala 3: relativa a la atención al usuario**, los valores obtenidos pueden observarse en la tabla 8.3 y son los siguientes:

- El ítem con la media más baja es el 24, *el número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente*, con un valor de 3.44 y una desviación típica de 1.444, una mediana de 4 y una moda de 5. La varianza es de 2.086 y la desviación típica tiene un valor de 1.444. El valor mínimo es de 1 mientras que el máximo es de 5, siendo el rango de 5.
- El ítem con la media más alta es el 23, *la atención que recibe el usuario en el centro es adecuada* con un valor de 4.74 y una desviación típica de 0.586, una mediana y una moda de 5. En cuanto al rango de respuesta, obtenemos un valor de 5 con un valor mínimo de 1 y un máximo de 5. La varianza es de 0.344.

	AU23	AU24	AU25	AU26	AU27	AU28	AU29
N	Válidos	672	672	672	666	672	670
	Perdidos	0	0	0	6	0	2
Media	4.74851	3.44345	4.14286	4.22372	4.72917	4.02687	4.64137
Mediana	5.00000	4.00000	5.00000	5.00000	5.00000	4.00000	5.00000
Moda	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Desv. típ.	.586101	1.444374	1.187544	1.178546	.662727	1.183795	.755082
Varianza	.344	2.086	1.410	1.389	.439	1.401	.570
Rango	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

**Tabla 8.3.** Estadísticos de los ítems de la Escala 3 (ICCAIT-v.2.0)

■ En la **escala 4: relativa al personal especializado**, los resultados obtenidos puede observarse en la tabla 8.4, en la que destacan los siguientes valores:

- El ítem con la media más baja es el 36, *el personal especializado se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario*, con un valor de 4.68 y una desviación típica de 0.705. La varianza es de 0.498 y tanto el valor de la mediana como de la moda es de 5. El rango de respuesta oscila entre 1 y 5.
- El ítem 34, *piensa que el usuario está cómodo con el personal del centro*, en cambio es el que obtiene la media más alta de la escala con un valor 4.888 y una desviación típica de 2.012. La varianza es de 4.052 y, tanto la mediana y la moda tienen un valor de 5. El rango de respuesta oscila entre el 1 y el 5.

		PE30	PE31	PE32	PE33	PE34	PE35	PE36	PE37
N	Válidos	672	672	672	672	672	671	671	668
	Perdidos	0	0	0	0	0	1	1	4
Media		4.77976	4.81696	4.77381	4.85417	4.88839	4.78390	4.68107	4.70060
Mediana		5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000
Moda		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Desv. típ.		.589785	.498114	.579865	.475492	2.012861	.554044	.705786	.732742
Varianza		.348	.248	.336	.226	4.052	.307	.498	.537
Rango		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Mínimo		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

**Tabla 8.4.** Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala 4 (ICCAIT-v.2.0)

■ En la **escala 5, relativa a la información general**, obtenemos los resultados que pueden observarse en la tabla 8.5

- El ítem con la media más alta es el 41, *el centro cuenta con hojas de reclamaciones*, con un valor de 4.27, una desviación típica de 1.217 y una varianza de 1.482, siendo la mediana y la moda de 5. El rango de respuesta oscila entre 1 como valor mínimo y 5 como valor máximo.
- El ítem 38, *ha conocido el centro por información en el colegio*, es por contra el que posee la media más baja con un valor de 0.80 y una desviación típica de 1.627. La varianza asume un valor de 2.650 y tanto la mediana como la moda es de 1. Sin embargo, el rango obtenido es el máximo posible pues el valor mínimo es de 1 y el máximo de 5.

		<b>IG38</b>	<b>IG39</b>	<b>IG40</b>	<b>IG41</b>	<b>IG42</b>
N	Válidos	667	668	668	667	667
	Perdidos	5	4	4	5	5
Media		1.80960	2.22006	3.29940	4.27436	3.57421
Mediana		1.00000	1.00000	4.00000	5.00000	4.00000
Moda		1.000	1.000	5.000	5.000	5.000
Desv. Típ.		1.463684	1.703093	1.737720	1.217238	1.627963
Varianza		2.142	2.901	3.020	1.482	2.650
Rango		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000
Mínimo		1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Máximo		5.000	5.000	5.000	5.000	5.000

**Tabla 8.5.** Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala 5 (ICCAIT-v.2.0)

- En la **escala 6**, *relativa a la información técnica*, los resultados obtenidos pueden observarse en la tabla 8.6.
  - El ítem 48, *la información que recibe sobre su hijo-a es clara*, es el que obtiene una media más alta con un valor de 4.66, una desviación típica de 0.782 y una varianza de 0.612. Tanto el valor de la mediana y la moda es de 5, siendo igualmente el rango de 5 (valor mínimo de 1 y máximo de 5).
  - Por el contrario, el ítem 47, *recibe algún tipo de informe oral o escrito sobre la progresión de su hijo-a*, es el que los usuarios puntúan con el valor más bajo de la escala, con un 4.33 de media, una desviación

típica de 1.171 y una varianza de 1.372. La mediana y la moda tienen un valor de 5, al igual que el rango, también de 5.

	IT43	IT44	IT45	IT46	IT47	IT48	
N	Válidos	672	672	672	672	672	671
	Perdidos	0	0	0	0	0	1
Media	4.59821	4.63095	4.60714	4.53571	4.33780	4.66170	
Mediana	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	5.00000	
Moda	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	
Desv. típ.	.765810	.739029	.778134	.968308	1.171138	.782462	
Varianza	.586	.546	.605	.938	1.372	.612	
Rango	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	
Mínimo	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	
Máximo	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	

**Tabla 8.6.** Estadísticos descriptivos de los ítems de la Escala 6 (ICCAIT-v.2.0)

### 3. Análisis descriptivo de los datos sociodemográficos

Además de los datos referentes la edad, género y lugar de nacimiento de los participantes que detallamos a continuación, se reflejaron al final de nuestro cuestionario, datos sobre el nivel de estudios de los usuarios, grado de parentesco con el niño-a que acude al centro de atención infantil temprana, así como cuánto tiempo lleva acudiendo al centro o si ha asistido a otro centro diferente del actual. Asimismo, nos pareció interesante dar la oportunidad de reflejar sugerencias u observaciones que el usuario pudiera considerar oportunas.

- Es interesante destacar la *edad* de los usuarios, recogida en intervalos de 10 años desde 0 a 80 años. El porcentaje más alto (58.3%) corresponde al intervalo 30-40 años, con un total de 392 usuarios, la mayoría padres y madres de los niños-as atendidos como se verá a continuación, con ese rango de edad, como queda señalado en la tabla 8.7 y representado gráficamente en la figura 8.1.



		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos	.000	2	.3
	0-10	2	.3
	10-20	8	1.2
	20-30	121	18.0
	30-40	392	58.3
	40-50	123	18.3
	50-60	11	1.6
	60-70	9	1.3
	70-80	2	.3
	Total	670	99.7
Perdidos	Sistema	2	.3
Total		672	100.0

Tabla 8.7. Edad de los usuarios-as

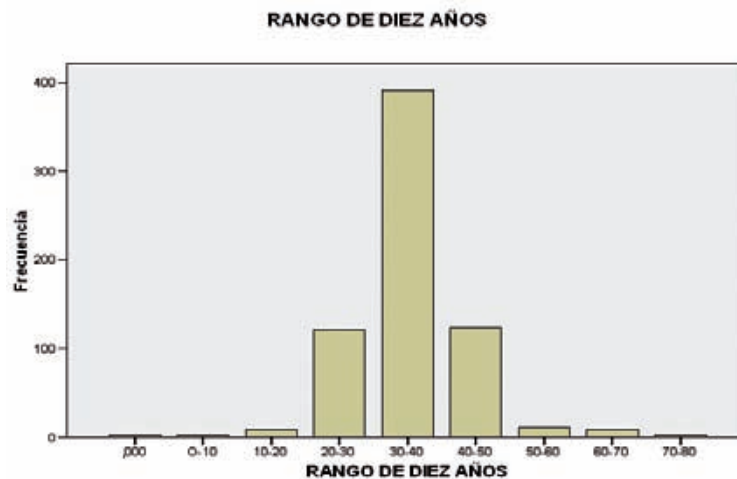


Figura 8.1. Edad de los usuarios-as

- El género de los participantes es mayoritariamente femenino, siendo el número de mujeres que han contestado al cuestionario de 508 (75.6%) mientras que de hombres fue de 162 (24.1%), como queda reflejado en la tabla 8.8 y gráficamente en la figura 8.2.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	162	24,1
Mujer	508	75,6
Total	672	100,0

Tabla 8.8. Género de los usuarios-as

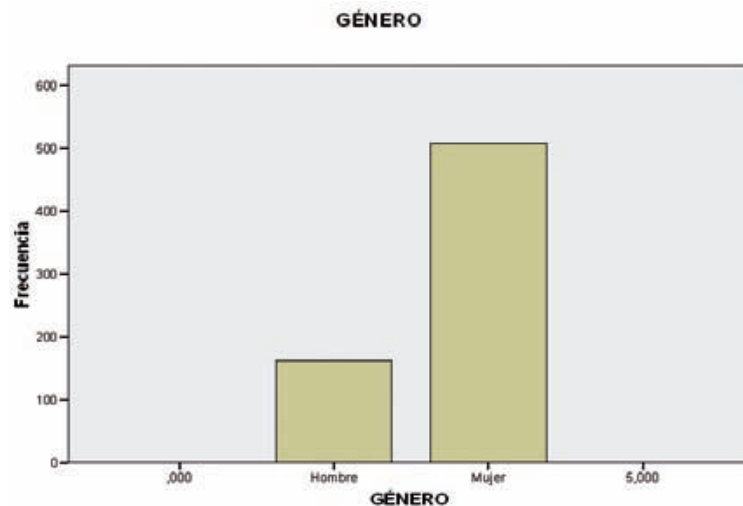


Figura 8.2. Género de los usuarios-as

- En cuanto al *nivel de estudios* de los usuarios-as podemos observar como un 35.4% de los encuestados posee estudios primarios, es decir, un total de 238 participantes. Le siguen en frecuencia de aparición los estudios medios, con un 35.1% y los estudios superiores, con un 20.2% así como queda reflejado en la tabla 8.9 y gráficamente en la figura 8.3.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Válidos .000	9	1.3
Sin estudios	24	3.6
Primarios	238	35.4
Medios	236	35.1
Superiores	136	20.2
Postgrado	13	1.9
Cursos	10	1.5
Titulación extranjera	6	.9
Total	672	100.0

Tabla 8.9. Nivel de estudios de los usuarios-as

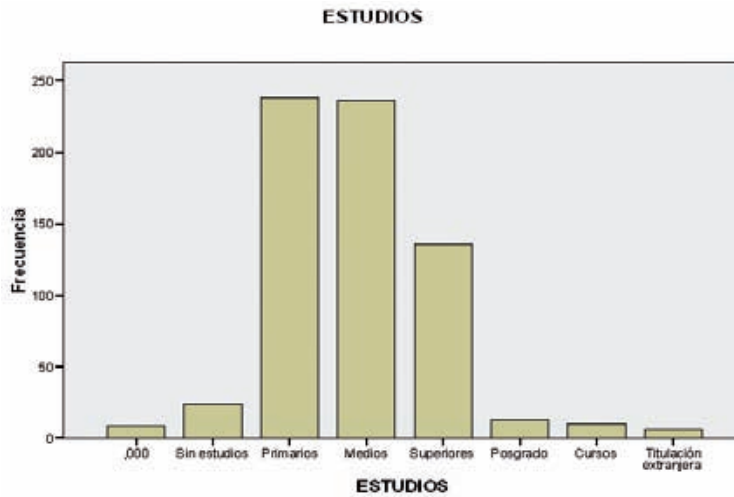


Figura 8.3. Nivel de estudios de los usuarios-as

Reflejar el *lugar de nacimiento* de los usuarios-as es un dato interesante, ya que puede observarse el origen de la población inmigrante. Como queda reflejado de forma resumida en la tabla 8.10 y en la figura 8.4 la procedencia de los mismos es muy variada, destacando los valores de poblaciones como Antequera, Alhaurín, Málaga, Marbella, Ronda, San Pedro o Vélez-Málaga. En cuanto a poblaciones extranjeras, los países más representados son Alemania, Argentina, Bolivia, Holanda, Marruecos, Nigeria, Paraguay o Venezuela.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALEMANIA	2	.3
ALHAURÍN	5	.7
ANTEQUERA	47	7.0
ARGENTINA	4	.6
BOLIVIA	5	.7
COLOMBIA	2	.3
ESTEPONA	21	3.1
HOLANDA	2	.3
MALAGA	275	40.8
MARBELLA	13	1.9
MARRUECOS	2	.3
NIGERIA	2	.3
PARAGUAY	3	.4
RONDA	23	3.4

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SAN PEDRO	3	.4
VELEZ-MALAGA	22	3.3
VENEZUELA	2	.3

Tabla 8.10. Lugar de nacimiento de los usuarios-as

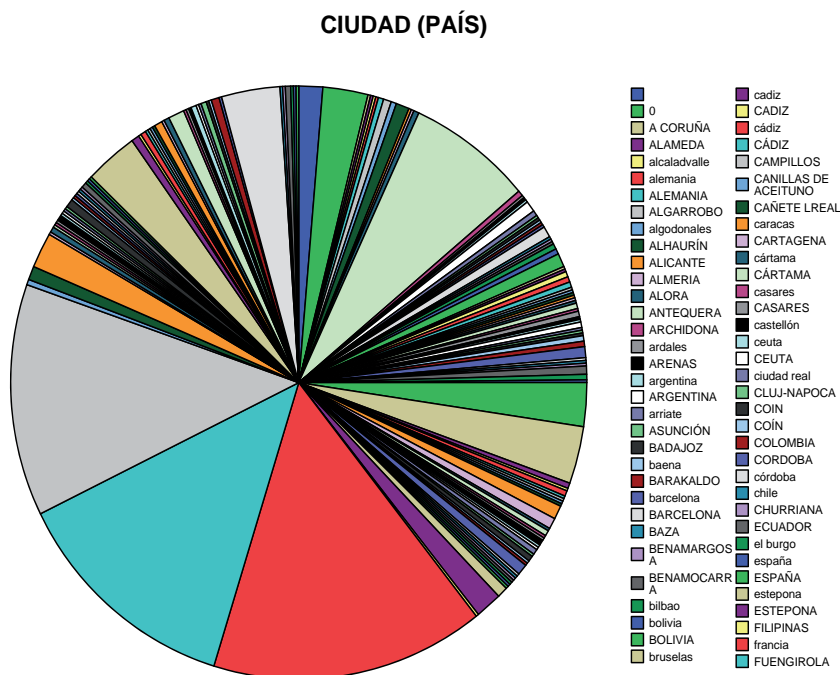


Figura 8.4. Lugar de nacimiento de los usuarios-as.

- Respecto al *tiempo que el usuario lleva asistiendo al centro*, observamos en la tabla 8.11 que la media es de 16.66 meses, con lo que se puede considerar un tiempo adecuado para que el usuario conozca el funcionamiento del servicio que se le presta y pueda valorarlo con el suficiente conocimiento de los principales aspectos a valorar.

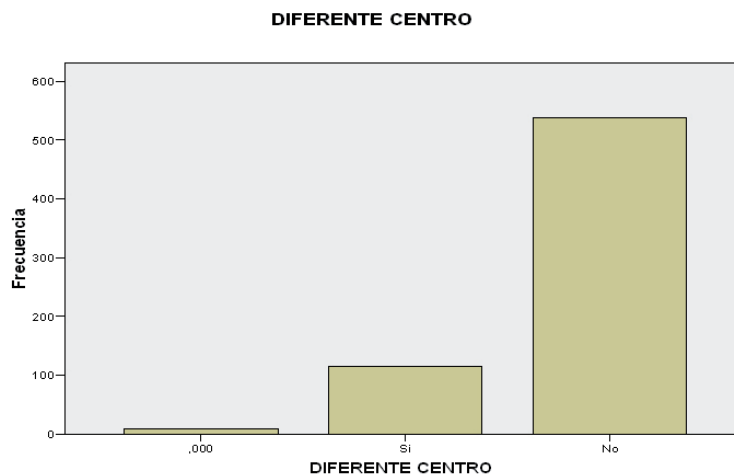
N	VÁLIDOS	671
	Perdidos	1
Media		16,66878
Moda		12,000

Tabla 8.11. Meses que llevan asistiendo los usuarios-as al centro

- Al analizar si los *participantes han asistido o no previamente a otro centro de atención infantil temprana*, los datos obtenidos pueden observarse en la tabla 8.12 y su representación gráfica en la figura 8.5. Observamos que un 79.9% de la muestra, es decir, 537 usuarios no habían asistido anteriormente a otro CAIT frente al 17% de la muestra, 114 participantes sí que habían recibido tratamiento previo en otro centro diferente. Aclarar que la única causa de que el usuario pueda cambiar de centro sería que cambiase su lugar de residencia, ya que, a día de hoy en la provincia de Málaga aun no se puede elegir CAIT por predilección, sino que el pediatra de referencia debe enviarte al más próximo a tu domicilio, que salvo en Málaga capital, solo existe 1 por comarca.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	.000	9	1.3	1.4	1.4
	Si	114	17.0	17.3	18.6
	No	537	79.9	81.4	100.0
	Total	660	98.2	100.0	
Perdidos	Sistema	12	1.8		
Total		672	100.0		

**Tabla 8.12.** Anteriormente ha acudido a otro centro de atención infantil temprana



**Figura 8.5.** El usuario-a ha acudido anteriormente a otro CAIT

- Respecto al grado de *parentesco* que guarda el usuario-a que responde al cuestionario con el niño-a que recibe tratamiento en el CAIT, observamos en la tabla 8.13, que el 72.3% de la muestra , es decir 486 participantes son madres y el 22.3%, 152, son padres de los niños-as atendidos. El resto de los participantes se distribuyen entre tíos, abuelos, cuidadores y otros. De manera gráfica puede observarse en la figura 8.6.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Válidos	.000	2	.3	.3	.3
	Madre	486	72.3	72.3	72.6
	Padre	152	22.6	22.6	95.2
	Tía	8	1.2	1.2	96.4
	Tío	2	.3	.3	96.7
	Abuela	13	1.9	1.9	98.7
	Abuelo	5	.7	.7	99.4
	Cuidadora	1	.1	.1	99.6
	Otros	3	.4	.4	100.0
	Total	672	100.0	100.0	

Tabla 8.13. Grado de parentesco de los usuarios con el niño-a que recibe tratamiento

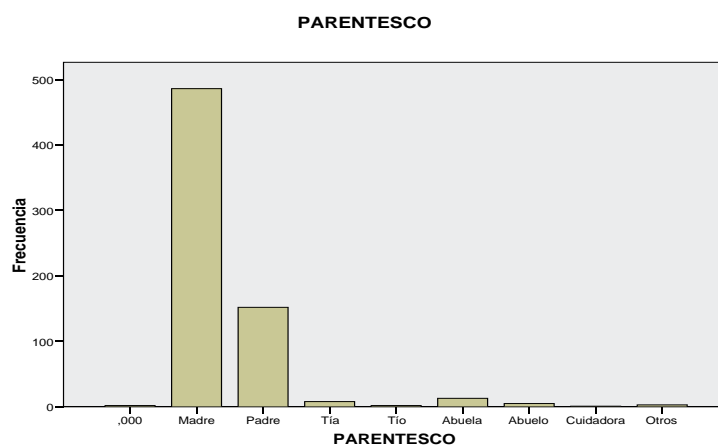


Figura 8.6. Parentesco de los usuarios con el niño-a que recibe tratamiento en el CAIT

- Un dato interesante a recoger y analizar por la importancia que tiene en nuestra investigación el conocer las necesidades de los usuarios de los CAIT, es las *observaciones y sugerencias* que pueden aportarnos. En esta investigación nos limitaremos a analizar de manera meramente descriptiva las aportaciones hechas por los usuarios que respondieron al ICCAIT-v.2.0. En futuras líneas de investigación sería interesante analizar estos datos desde una perspectiva cualitativa. Como observamos en la tabla 8.14, el 78.4% de la muestra no hace sugerencia ni observación alguna, lo que corresponde a 527 usuarios. De los 145 usuarios restantes, los datos más interesantes a destacar en cuanto a porcentajes y frecuencias más elevadas son:
- 10 usuarios (1.4% de la muestra): piden más profesionales.
- 7 usuarios (1% de la muestra): reclama mayor número de sesiones por semana.
- 5 usuarios (0.7% de la muestra): reclama mayor número de sesiones, en general.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
	527	78,4	78,4	78.4
<b>Válidos</b>				
PIDE MAS PROFESIONALES	5	.7	.7	91.4
SUGIERE MAS SESIONES	5	.7	.7	97.0
SUGIERE MAS SESIONES POR SEMANA	7	1.0	1.0	98.1
Total	672	100.0	100.0	

**Tabla 8.14.** Principales observaciones y sugerencias aportadas por los usuarios-as

#### 4. Análisis descriptivo de las tablas de contingencia

Analizando la posible relación entre variables que desde el punto de vista de la evaluación de la calidad resultan interesantes, obtenemos que en muchos de los casos que esta relación no es significativa si nos fijamos en el valor de *Chi-cuadrado*. De esta manera comentamos los resultados que se muestran a continuación:

- Analizando la posible relación entre el *factor información técnica* (escala 6) con el *nivel de estudios* de los usuarios, obtenemos un valor de Chi-cuadrado de 154,854, por tanto, esta relación no es significativa, como puede observarse en la tabla 8.15.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	154.854	147	.312
Razón de verosimilitudes	119.801	147	.951
Asociación lineal por lineal	3.172	1	.075
N de casos válidos	671		

**Tabla 8.15.** Relación factor información técnica-nivel de estudios de los usuarios-as

- Analizando la posible relación entre el ítem 12 (la sala de espera cuenta con un número suficiente de sillas) de la escala 1 con la variable edad de los usuarios-as, obtenemos un valor de Chi-cuadrado de 25.77, por lo que no es significativa, como se observa en la tabla 8.16.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	25.773	40	.960
Razón de verosimilitudes	30.556	40	.859
Asociación lineal por lineal	.334	1	.563
N de casos válidos	667		

**Tabla 8.16.** Relación ítem 12 y edad de los usuarios-as.



- En cuanto a si pudiera existir relación alguna entre el ítem 5 (la limpieza del centro es adecuada) con el género del usuario-a que respondía a ese ítem, obtenemos un valor de Chi-cuadrado de 6.089, por lo que no se considera significativa la relación existente entre estas dos variables analizadas, como puede observarse en la tabla 8.17.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	6.089	12	.912
Razón de verosimilitudes	6.894	12	.865
Asociación lineal por lineal	.040	1	.841
N de casos válidos	672		

**Tabla 8.17.** Relación entre ítem 5 y género de los usuarios-as

- En cuanto a la posible relación entre el *nivel de estudios* de los usuarios con el *ítem 3* (las indicaciones para llegar al centro son suficientes) de la escala 1, observamos en la tabla 8.18, que el valor Chi-cuadrado es de 70.487, por lo que la relación entre las dos variables analizadas no se considera significativa.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	70.487	35	.000
Razón de verosimilitudes	72.516	35	.000
Asociación lineal por lineal	6.047	1	.014
N de casos válidos	672		

**Tabla 8.18.** Relación entre el ítem 3 y nivel de estudios de los usuarios-as

- En cuanto a la relación existente entre si *el usuario ha asistido a diferentes centros* con el *ítem 23* (la atención que recibe el usuario-a en el centro es adecuada) de la escala 3 y si *el usuario ha asistido anteriormente a un centro diferente*, observamos un valor de Chi-cuadrado de 4.791, por lo que no se considera significativo, como se observa en la tabla 8.19.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	4.791	8	.780
Razón de verosimilitudes	5.729	8	.678
Asociación lineal por lineal	.781	1	.377
N de casos válidos	660		
N de casos válidos	672		

**Tabla 8.19.** Relación entre el ítem 23 y asistencia a diferente centro

- Al analizar posible relación existente entre el *ítem 28* (cuando su hijo-a empeora o mejora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento) de la escala 3 con el *tiempo que lleva acudiendo el usuario al centro*, observamos en la tabla 8.20 que la prueba de Chi-cuadrado no es significativa con un valor de 182.595, por lo que no existe relación entre el ítem 28 y la variable tiempo que lleva acudiendo el usuario al centro.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	182.595	185	.536
Razón de verosimilitudes	146.877	185	.982
Asociación lineal por lineal	.605	1	.437
N de casos válidos	669		

**Tabla 8.20.** Relación entre el ítem 28 y tiempo que lleva el usuario-a asistiendo al centro

- En cuanto a la posible relación existente entre el factor *quejas, sugerencias y reclamaciones* de la escala 5 y el *nivel de estudios*, se observa en la tabla 8.21 que el valor de Chi-cuadrado, 62.715, no es significativo, por tanto la relación entre las dos variables analizadas no existe.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	62.715	70	.720
Razón de verosimilitudes	55.623	70	.895
Asociación lineal por lineal	3.225	1	.073
N de casos válidos	666		

**Tabla 8.21.** Relación entre el factor quejas, sugerencias y reclamaciones y nivel de estudios

- En cuanto a la relación existente entre el factor *personal especializado* y *nivel de estudios*, observamos en la tabla 8.22, que el valor de Chi-cuadrado es 157.594, por lo tanto, no es significativo y la relación entre variables inexistente.

	VALOR	GL	SIG. ASINTÓTICA (BILATERAL)
Chi-cuadrado de Pearson	157.594	133	.072
Razón de verosimilitudes	86.758	133	.999
Asociación lineal por lineal	2.292	1	.130
N de casos válidos	666		

**Tabla 8.22.** Relación entre el factor personal especializado y nivel de estudios de los usuarios-as



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Capítulo 9

## Análisis de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga

## Contenido

1. Introducción
2. Valoración de los ítems
3. Análisis de los factores
4. Conclusiones

## 1. Introducción

Teniendo en cuenta el principal objetivo en esta investigación, sobre el cual se estructura nuestro trabajo empírico: *la evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga*, reflejo de una necesidad imperante en la *Atención Temprana*, donde se comienzan a establecer estrategias de diferenciación, basadas en mejorar la satisfacción de los usuarios a través de la calidad y su adecuada *gestión*. Hemos planteado esta investigación, como ya mencionamos anteriormente, utilizando la herramienta que hemos elaborado para tal fin denominada *Inventario de Calidad en los Centros de Atención Infantil Temprana (ICCAIT)*.

Dada la importancia de una gestión no sólo eficaz sino eficiente en los centros de atención temprana para conseguir *una calidad total* consideramos necesario una optimización de la interacción del proceso establecido entre usuario-cliente y organización, a través de evaluación de la calidad percibida por parte del usuario y su familia, así como su adecuada gestión. En muchas ocasiones, esta evaluación no tiene implementada la necesaria metodología. Por ello, es importante promover la creación de herramientas y estrategias de investigación que sean útiles a la hora de guiar este tipo de trabajo, fáciles de aplicar por parte de los profesionales del propio sector y con ello conseguir, un acercamiento hacia la Calidad en los Servicios de Atención Temprana. Debido a ello hemos utilizado en la evaluación el ICCAIT en su última versión, más fiable, válida y pragmática que la primera.

Una vez obtenidos los resultados de la evaluación y tras las necesidades requeridas por las diferentes organizaciones, planteamos la utilización de nuestra herramienta para obtener un concepto más amplio sobre la calidad del servicio evaluado. Nos basamos tanto en los aspectos funcionales como en los relacionales del proceso de prestación del servicio. Centramos los aspectos funcionales especialmente en los aspectos intangibles del servicio, de tal modo, que muchas de las investigaciones realizadas sobre la calidad de servicio, toman como referente el *Modelo SERVQUAL* o el *EFQM*, modelos de gran difusión, debido principalmente, a su carácter pragmático y diagnóstico, factores necesarios en el ámbito en el que estamos desarrollando la evaluación. Aunque como detallamos en el marco teórico, se observa la necesidad de crear herramientas *ad hoc* y el seguimiento de modelos capaces de adaptarse a las necesidades concretas y específicas de cada servicio.

A continuación se comentan los resultados obtenidos del análisis de la calidad realizado a partir del cuestionario utilizado en nuestro estudio final, *ICCAIT-v.2.0*, descrito anteriormente. Estos datos corresponden a los estadísticos de tendencia central y dispersión (media, mediana y moda), tanto de los ítems que componen dicho cuestionario como de los factores que obtuvimos en el AFE.

## 2. Valoración de los ítems

Analizando las respuestas a cada uno de los ítems que componen las diferentes escalas, observamos que la mayoría de los participantes han señalado la casilla 5, muy de acuerdo, obteniéndose así una muy buena valoración tanto de las instalaciones (escala 1), como de las salas de tratamiento y material (escala 2), así como de la atención al usuario (escala 3), de la relativa al personal especializado (escala 4) y de la relativa a la información técnica (escala 6) como queda reflejado en las tablas mostradas a continuación.

En la escala 5, *relativa a la información general*, se observa la tendencia contraria, siendo la casilla 1 (nada de acuerdo) la que en más ocasiones se ha marcado, por tanto, y coincidiendo con los resultados de nuestro último análisis factorial exploratorio y de fiabilidad, interpretamos que es una escala que debe eliminarse ya que tanto el ítem 38, *ha conocido el centro por información en el colegio*, como el ítem 39, *ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales*, no recogen información relevante al ser obligatoria la derivación por parte de los servicios de Pediatría. El resto de los ítems que componen esta escala: 40, 41 y 42, *el centro posee buzón de sugerencias, cuenta con hojas de reclamaciones y considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias respectivamente*, a pesar de aportar información considerada importante para evaluar la calidad de este tipo de centros, deben eliminarse tal y como apuntaban los resultados del AFE y de fiabilidad.

Los valores obtenidos se comentaron en el apartado 8.2, Análisis descriptivo de los ítems del cuestionario, de esta investigación, pasando ahora a interpretar los datos más significativos desde el punto de vista de la calidad del servicio, reflejados por escalas.

- En la **escala 1**, *relativa a las instalaciones del centro*, obtenemos los resultados que quedaron reflejados en la tabla 8.1, estadísticos descriptivos



de los ítems de la Escala 1 (ICCAIT-v.2.0). Se comentan a continuación los más relevantes:

- Es el ítem 5, *la limpieza del centro es adecuada*, el que destaca, con una media más alta, con lo que interpretamos que es uno de los aspectos a los que el usuario da mayor importancia en cuanto a instalaciones del centro se refiere.
- El ítem 13, *la sala de espera cuenta con material lúdico para hacerle más agradable su espera*, tiene el valor de media más bajo de la escala. Es decir, es a este aspecto de la sala de espera al que el usuario da menos importancia, probablemente debido a que en la mayoría de las ocasiones las familias o bien entran a las sesiones de tratamiento con los niños-as o bien esperan fuera de las salas de tratamiento no más de 45 minutos, que es el tiempo estimado de sesión.
- En la **escala 2**, *relativa a las salas de tratamiento y material*, los resultados observados en la tabla 8.2, estadísticos descriptivos de la Escala 2 (ICCAIT-v.2.0) se interpretan de la siguiente manera:
  - El ítem 22, *el material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias para trabajar con él*, es el que tiene un valor de media más alto. Este ítem supone, por tanto, uno de los aspectos con el que los usuarios están más contentos.
  - El ítem 14, *el número de salas de tratamiento es adecuado*, el que obtiene la media más baja de la escala, con lo que el número de salas le parece insuficiente.
- En la **escala 3**: *relativa a la atención al usuario*, los datos obtenidos pueden observarse en la tabla 8.3, estadísticos descriptivos de la escala 3 (ICCAIT-v.2.0) y se interpretan de la siguiente manera:
  - El ítem con un valor de media más bajo es el 24, *el número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente*, Estos datos coinciden con una de las quejas que más se repiten en el apartado observaciones y sugerencias. Generalmente los padres y madres de niños con problemas de salud o con riesgo de padecerlos siempre demandan mayor

número de sesiones de tratamiento con objeto de intentar paliar o corregir el diagnóstico que padece su hijo-a.

- El ítem con el valor de media más alto es el 23, *la atención que recibe el usuario en el centro es adecuada*. Esto significa que, a pesar de recoger un tipo de información bastante general y/o ambigua, es uno de los aspectos fundamentales en el tipo de servicio que se ofrece en los CAIT, siendo uno de los aspectos mejor valorados.
- En la **escala 4: relativa al personal especializado**, los resultados obtenidos puede observarse en la tabla 8.4, estadísticos descriptivos de la escala 4 (ICCAIT-v.2.0), en la que destaca lo siguiente:
  - El ítem con la media más baja es el 36, *el personal especializado se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario*. Este aspecto es el peor valorado de la escala por los usuarios, por lo que es uno de los aspectos intangibles del servicio que necesitaría mejora continua.
  - El ítem 34, *piensa que el usuario está cómodo con el personal del centro*, en cambio es el que obtiene la media más alta de la escala. Esto se traduce en que la calidad relacional que ofrecen los trabajadores de los distintos CAIT es uno de los aspectos al que el usuario da mayor importancia y mejor valora.
- En la **escala 5, relativa a la información general**, obtenemos los resultados que pueden observarse en la tabla 8.5, estadísticos descriptivos de la escala 5 (ICCAIT-v.2.0).
  - El ítem con el valor de media más alto es el 41, *el centro cuenta con hojas de reclamaciones*. Prácticamente la totalidad de los centros cuentan con este requerimiento que además de importante desde el punto de vista de la evaluación de la calidad del servicio, es de obligado cumplimiento por ley.
  - El ítem 38, *ha conocido el centro por información en el colegio*, es por contra el que posee la media más baja. Este resultado se interpreta como que al usuario no le han hablado del centro en el colegio sino

que ha llegado hasta el CAIT por otros medios, el único, actualmente es por derivación del pediatra, como hemos comentado en reiteradas ocasiones a lo largo de nuestra investigación.

- En la **escala 6**, *relativa a la información técnica*, los resultados obtenidos pueden observarse en la tabla 8.6, estadísticos descriptivos de la escala 5 (ICCAIT-v.2.0) y se interpretan de la siguiente manera:
  - El ítem 48, *la información que recibe sobre su hijo-a es clara*, es el que obtiene una media más alta. Esto significa que los profesionales del CAIT saben transmitir la información a las familias, preocupándose de ser entendidos por los usuarios-as. Esto es importante desde el punto de vista de la calidad relacional de la que hablábamos en el capítulo 1.
  - Por el contrario, el ítem 47, *recibe algún tipo de informe oral o escrito sobre la progresión de su hijo-a*, es el que los usuarios puntúan con el valor más bajo de la escala. Este dato ha de considerarse relevante en cuanto a que la mayoría de los expertos en atención temprana consideran como indicador de la calidad del CAIT el informar periódicamente a las familias de los usuarios-as de los aspectos más relevantes del tratamiento que se sigue con su hijo-a.

### 3. Análisis de los factores

A continuación expondremos los resultados obtenidos en la evaluación de la calidad en los centros de atención infantil temprana de Málaga y su provincia, analizado los datos por factores en este apartado. Recordemos los factores obtenidos como resultado de la realización del AFE y de fiabilidad sobre una muestra de 672 usuarios.

- Escala 1: *relativa a las instalaciones*. En esta escala, debemos recordar que se han considerado 3 factores: *sala de espera, condiciones ambientales del centro y ubicación del centro*.
- Escala 2: *relativa a las salas de tratamiento y material*. En esta escala se consideran 2 factores: *material y salas de tratamiento*.

- Escala 3: *relativa a la atención al usuario*. En esta escala hemos considerado un solo factor al que hemos denominado *atención al usuario*.
- Escala 4: *relativa al personal especializado*. En esta escala hemos considerado igualmente un solo factor denominado *cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario*.
- Escala 5: *relativa a la información general*. En esta escala se consideran 2 factores a los que hemos denominado: *sugerencias, reclamaciones y quejas y derivación al centro*.
- Escala 6: *relativa a la información técnica*. En esta escala hemos considerado un solo factor denominado *factor técnico*.

Los resultados obtenidos en la *primera escala, respecto a las instalaciones del centro*, reflejados en la tabla 9.1, son los siguientes:

- El primer factor que más destaca es el factor *condiciones ambientales del centro*, con una media de 4.447; una mediana de 4.6; una moda de 5; una desviación típica de 0.642 y una varianza de 0.413. Esto significa que es el factor mejor valorado por los usuarios, demostrando por tanto, la importancia que los mismos otorgan a los aspectos tangibles del servicio.
- En segundo lugar, podemos destacar el *factor sala de espera*, con una media de 3.956, una mediana de 4.2, una moda de 4.2, una desviación típica de 0.842 y una varianza de 0.709. De la misma manera que el factor anterior y como aspectos tangibles del servicio que recoge, se interpreta que es uno de los aspectos a los que más importancia dan los usuarios de los CAIT.
- En tercer lugar, el factor ubicación del centro, con una media de 3.610, una mediana de 3.666 y una moda de 5; una desviación típica de 1 0.019 y una varianza de 1 0.040. Este es el factor peor valorado de la primera escala, ya que, como se ha comentado fuera de Málaga capital solo existe un CAIT de referencia por comarca en la provincia, con lo que necesariamente los usuarios deben desplazarse de sus lugares de residencia y no

siempre las indicaciones para llegar al centro ni los medios de transporte son los adecuados ni suficientes.

		SALA DE ESPERA	CONDICIONES AMBIENTALES DEL CENTRO	UBICACIÓN DEL CENTRO
N 672	Válidos	663	669	671
	Perdidos	9	3	1
Media		3.9563	4.4472	3.6100
Mediana		4.2000	4.6000	3.6667
Moda		4.20	5.00	5.00
Desv. típ.		.84221	.64235	1.01976
Varianza		.709	.413	1.040
Mínimo		1.00	1.00	1.00
Máximo		5.00	5.00	5.00

**Tabla 9.1.** Resultado del análisis de calidad por factores. Escala 1 (ICCAIT-v.2.0)

Los resultados obtenidos en la *segunda escala, respecto a las salas de tratamiento y material*, reflejados en la tabla 9.2, son los siguientes:

- En primer lugar el factor que más destaca para los usuarios sería el factor *material*, con una media de 4.543, una mediana de 4.8 y una moda de 5; una desviación típica de 0.757 y una varianza de 0.574. Estos valores reflejan una vez más la importancia que los usuarios dan a los aspectos tangibles del servicio.
- En segundo lugar, destacamos el factor *salas de tratamiento* con una media de 4.176, una mediana de 4.25 y una moda de 5; una desviación típica de 0.886 y una varianza de 0.753. Aun siendo el factor con los valores más bajos de la escala, los resultados obtenidos indican que es un aspecto que la mayoría de los usuarios que han evaluado la calidad de los diferentes CAIT ha valorado positivamente.

		MATERIAL	SALAS DE TRATAMIENTO
N 672	Válidos	669	669
	Perdidos	3	3
Media		4.5435	4.1764
Mediana		4.8000	4.2500
Moda		5.00	5.00
Desv. típ.		.75746	.86759
Varianza		.574	.753
Mínimo		1.00	1.00
Máximo		5.00	5.00

**Tabla 9.2.** Resultado del análisis de calidad por factores. Escala 2 (ICCAIT-v.2.0)

Los resultados obtenidos en la tercera escala respecto a la *atención al usuario* quedan reflejados en la tabla 9.3 y son los siguientes:

- El único factor a destacar es la *atención al usuario* con una media de 4.280, una mediana de 4.428 y una moda de 5; una desviación típica de 0.650 y una varianza de 0.424. Este aspecto de la calidad de servicio es valorado de manera positiva por los usuarios de los distintos CAIT evaluados, considerando el mismo como importante en cuanto a calidad funcional de los servicios de atención temprana.

		ATENCIÓN AL USUARIO
N 672	Válidos	665
	Perdidos	7
Media		4.2808
Mediana		4.4286
Moda		5.00
Desv. típ.		.65089
Varianza		.424

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

	ATENCIÓN AL USUARIO
Mínimo	1.00
Máximo	5.00

**Tabla 9.3.** Resultado del análisis de calidad por factores. Escala 3 (ICCAIT-v.2.0)

En la cuarta escala, relativa al *personal especializado*, obtenemos los siguientes resultados, reflejados en la tabla 9.4:

- El único factor a destacar es el factor *cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario* con una media de 4.783, una mediana y una moda de 5; una desviación típica de 0.5 y una varianza de 0.250. Este factor, que recoge aspectos puramente intangibles del servicio, demuestra la importancia y el valor que los usuarios otorgan a la calidad relacional en los centros donde se presta la atención temprana.

	CUALIFICACIÓN, COORDINACIÓN Y CERCANÍA DEL PERSONAL AL USUARIO
N 672	Válidos 666
	Perdidos 6
Media	4.7834
Mediana	5.0000
Moda	5.00
Desv. típ.	.50029
Varianza	.250
Mínimo	1.00
Máximo	5.00

**Tabla 9.4.** Resultado del análisis de calidad por factores. Escala 4 (ICCAIT-v.2.0)

En la quinta escala, *relativa a la información general*, obtenemos los siguientes resultados, reflejados en la tabla 9.5:

- En primer lugar el factor que más destaca para los usuarios es el *factor derivación al centro* con una media de 3.715, una mediana de 3.666 y una moda

3.67; una desviación típica de 1.001 y una varianza de 1.004. El rango de respuesta oscila entre un valor mínimo de 1 y un máximo de 5. El motivo de que este factor no sea tan bien valorado como otros que componen la herramienta diseñada para evaluar la calidad percibida por los usuarios de los CAIT, no es otro como que actualmente, la única forma de derivación oficial al centro es por parte de los pediatras de atención primaria, como se ha comentado en ocasiones anteriores.

- En segundo lugar, el factor sugerencias, reclamaciones y quejas con una media de 2.0083, una mediana y una moda de 1, así como una desviación típica 1.20507 y una varianza de 1.452. El rango de respuesta oscila entre los valores 1 y 5. Estos valores son realmente sorprendentes desde el punto de vista del análisis de la calidad, ya que todos los autores apuntan como aspecto importante a valorar el que exista una vía por la que presentar quejas, sugerencias, reclamaciones, etc. En cambio, tanto los usuarios como los resultados del AFE y del análisis de fiabilidad, apuntan a que es una información poco relevante.

		SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS	DERIVACIÓN AL CENTRO
N 672	Válidos	666	666
	Perdidos	6	6
Media		2.0083	3.7152
Mediana		1.0000	3.6667
Moda		1.00	3.67
Desv. típ.		1.20507	1.00199
Varianza		1.452	1.004
Mínimo		1.00	1.00
Máximo		5.00	5.00

**Tabla 9.5.** Resultado del análisis de calidad por factores. Escala 5 (ICCAIT-v.2.0)

En la sexta escala, *relativa a la información técnica*, obtenemos los siguientes resultados, reflejados en la tabla 9.6:

- El único factor a destacar es el *factor técnico* con una media de 4.561, una mediana y una moda de 5; una desviación típica de 0.675 y una varianza de 0.457. El rango de respuesta oscila entre los valores 1 y 5. La



valoración de los aspectos recogidos en este factor por parte de los usuarios indica que la calidad funcional prestada en los CAIT de la provincia de Málaga es buena, según los usuarios que la han evaluado.

	VÁLIDOS	671
N 672	PERDIDOS	1
Media		4.5618
Mediana		5.0000
Moda		5.00
Desv. Típ.		.67570
Varianza		.457
Mínimo		1.00
Máximo		5.00

**Tabla 9.6.** Resultado del análisis de calidad por factores. Escala 6 (ICCAIT-v.2.0)

## 4. Conclusiones

En cuanto a las conclusiones de este análisis podemos destacar que los usuarios dan mucha importancia a 2 factores que miden *aspectos tangibles* del servicio, así como la calidad funcional del mismo como son:

- *Condiciones ambientales del centro*, perteneciente a la escala 1 de nuestro cuestionario *ICCAIT-v.2.0*.
- *Material* que se utiliza en el centro, perteneciente a la escala 2 de nuestro cuestionario *ICCAIT-v.2.0*.

En cuanto a los aspectos *intangibles*, y a la valoración de la calidad relacional, los factores más valorados por los usuarios participantes en nuestra investigación son los siguientes:

- *Atención al usuario*, perteneciente a la escala 3 de nuestro cuestionario *ICCAIT-v.2.0*.
- *Cualificación, coordinación y cercanía del personal al usuario*, perteneciente a la escala 4 de nuestro cuestionario *ICCAIT-v.2.0*.

- *Derivación al centro*, perteneciente a la escala 5 de nuestro cuestionario ICCAIT-v.2.0.
- *Factor técnico*, perteneciente a la escala 6 de nuestro cuestionario ICCAIT-v.2.0.

Capítulo 10

## Discusión y conclusiones

---



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

La presente investigación se ha desarrollado con el objetivo principal de evaluar la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga y para este fin hemos elaborado un cuestionario válido, fiable y pragmático de gran utilidad y carácter novedoso para la gestión estratégica y de calidad en el sector de la Atención Temprana. Esta herramienta a la que hemos denominado ICCAIT intenta solventar el problema de la diversidad de metodologías que se dan en la actualidad, no sólo a nivel mundial, sino también a nivel nacional y, a su vez, puede considerarse en un futuro factible de ser utilizada en ámbitos de actuación diferentes al de los centros de atención infantil temprana con mejoras posibles.

El estudio realizado en catorce centros de Atención Infantil Temprana de la provincia de Málaga, sienta las bases de una nueva manera de evaluar la calidad en este tipo de servicios que, como tales, son susceptibles no sólo de implantar la cultura de la calidad, sino de conseguir resultados muy satisfactorios en lo que a su gestión se refiere. La potencialidad de la herramienta generada, no se ha descubierto hasta la consecución total del estudio, ya que ésta no sólo atañe a organizaciones de carácter público o privado, sino que se destaca la importante implicación que esta novedosa herramienta que tiene a nivel socio-cultural.

La evolución y actual concepción de la atención temprana desde una perspectiva biopsicosocial como se propugna desde el Libro Blanco de la Atención Temprana (GAT, 2000), documento marco en nuestro país, fundamenta y justifica la realización de nuestra investigación desde la multidisciplinariedad.

El comienzo del estudio se inició con el análisis situacional del sector de la Atención Temprana desde el punto de vista de la calidad, debido a la gran importancia y trascendencia que ésta representa en el quehacer diario de la sociedad. De acuerdo con Pegenaute (2009) y García-Sánchez (2002), necesitamos recoger la estadística y profundizar en la realidad de cada centro de atención infantil temprana. En nuestro caso, analizamos la situación actual de los centros de la provincia de Málaga, detectando así, las carencias instrumen-

tales para medir la calidad de estos servicios y las escasas referencias bibliográficas al respecto, lo que dificulta en gran medida el análisis de la calidad en los servicios de atención temprana. Por tanto, se crea la necesidad de elaborar herramientas de medida pragmáticas y fiables como la que proponemos desde nuestra investigación y a la que hemos denominado ICCAIT.

Para realizar una gestión adecuada de la calidad de servicio es necesario saber qué buscan los clientes, como proponen Pastor Tejedor (2007), Quintanilla (2002) y Cela (1996), en nuestro caso concreto, conocer la percepción de las familias de los usuarios directos como son los niños atendidos en los CAIT.

Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño es uno de los objetivos de la atención temprana. Si desde el punto de vista científico se demuestra además que la información recogida por parte de los usuarios redundará en mejorar la calidad de los servicios y, por tanto, hacer un mejor uso de los mismos, estaremos promocionando la salud en la comunidad como propone Sarría (2001) en su Teoría de la Salud Pública.

Perpiñán (2009) y García et al. (2008) opinan que considerar a la familia como interlocutor es fundamental en este tipo de estudios ya que, obviamente, los niños pequeños que atendemos difícilmente podrían ayudarnos en esta tarea. La familia forma parte del entorno en el que debe intervenir la atención temprana. En nuestra investigación hemos hecho de los usuarios indirectos de nuestro servicio el pilar básico sobre el que sustentamos la evaluación de la calidad en los centros de atención infantil temprana.

Los principios básicos de la atención temprana propugnados por el GAT (2000), así como las recomendaciones e indicadores de calidad que proponen Belda (2001) y Subirats (2008) en sus publicaciones y que detallamos en el segundo capítulo quedan reflejados en las diferentes escalas que componen nuestra herramienta de medida. Haciendo un repaso breve por los mismos encontraremos que:

- El diálogo que debe existir entre los profesionales que trabajan en los centros de atención temprana y las familias que se atienden en los mismos se refleja tanto en la escala 3, relativa a la atención al usuario, como en la escala 4, relativa al personal especializado.

- La gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades quedan reflejadas en las escalas 1, relativa a las instalaciones, y 5, relativa a la información general.
- La interdisciplinariedad y alta cualificación profesional de los trabajadores de los centros de atención infantil temprana quedan plasmadas en las escalas 3 y 4 de nuestro cuestionario.
- La coordinación entre servicios, en la escala 5, información general.
- La descentralización de los mismos queda reflejada en la recogida de información, proveniente de 14 de los 16 CAIT de la provincia de Málaga.
- La sectorización, en cuanto a la limitación del campo de actuación para no doblar servicios, se recoge en el apartado de datos sociodemográficos de nuestro cuestionario.

La heterogeneidad de los centros de atención temprana que según Bugié (2008) existe en nuestro país queda representada en la obtención de datos de los diferentes centros de atención temprana presentes en nuestra provincia. La diversa forma de gestionar los mismos, ya sea desde la perspectiva de asociaciones de padres, de colegios, de ayuntamientos e incluso del equipos privados se plasma en nuestra investigación, ya que el único criterio de selección que hemos seguido para conseguir la muestra es que estuviesen ubicados en Málaga y su provincia y que la participación se hiciera de forma anónima y voluntaria.

En cuanto a considerar los centros de atención temprana como servicio, vemos que se adapta a las diferentes concepciones y definiciones que del mismo constructo han publicado múltiples autores en sus investigaciones (Kotler, 1992; Stanton et al., 1992; Martínez Tur et al., 2001, Morales Sánchez, 2003; Peiró et al., 2005; Mañas et al., 2008). Por tanto, y atendiendo a las características básicas de los servicios, vemos cómo se plasman en nuestro cuestionario algunas de ellas:

- Intangibilidad: a pesar de que el servicio de atención temprana es posible gracias a elementos tangibles (escala 2 de nuestro cuestionario, relativa a la sala de tratamiento y material).

- Heterogeneidad: ya que es imprescindible la colaboración humana (familia, usuarios, profesionales, etc.)
- Inseparabilidad y simultaneidad entre la producción y el consumo: en los servicios de atención temprana los usuarios y sus familias se encuentran en el mismo lugar y al mismo tiempo que se produce el servicio en sí.
- Carácter perecedero: siempre presente en la mayoría de las prestaciones de nuestros servicios, en cuanto a la aplicación de tratamientos se refiere.
- Acceso temporal por parte del usuario: según la propia definición de la atención temprana (GAT, 2000) no se debe prestar el servicio de AT más allá de los seis años. Este tiempo de permanencia en el centro queda reflejado en los datos sociodemográficos de nuestro cuestionario.

Tal como concluyen en sus investigaciones, Teas (1993) y Morales Sánchez (2003), la calidad de servicio percibida es un concepto amplio y estable. Supone una evaluación actitudinal, global y a largo plazo, por lo que en nuestra investigación hemos plasmado esta idea con objeto de evaluar la calidad en los centros de atención temprana de nuestra provincia.

La importancia que dan a la perspectiva del usuario Tse, Nicosia y Wilton (1990) se hace patente en nuestra investigación ya que, de momento, solo hemos reflejado el punto de vista de las familias como clientes-usuarios de nuestro servicio, centrándonos en las percepciones que tienen del mismo.

Como podemos comprobar en la literatura científica, la mayoría de los estudios están orientados a evaluar la calidad de los productos tangibles (Grönroos, 1982; Lethinen & Lethinen, 1982; Berry, Shostack & Upah, 1983; Passer, Olsen & Wychoff, 1978). En ellos se concluye que es más difícil para el usuario evaluar la calidad del servicio y más complejo aún, según Taylor et al. (2008), resulta evaluar la calidad de los servicios sanitarios por la influencia de las experiencias previas, dato que hemos recogido en la herramienta ICCAIT-V.2.0, aunque como hemos ido aclarando a lo largo de esta tesis los centros de atención infantil temprana no deban considerarse como un servicio exclusivamente sanitario.



Aunque el conocido lema *el cliente siempre tiene la razón*, pueda resultar anacrónico, en nuestro estudio hemos querido seguir las directrices de Cela (1996), que asegura los únicos criterios que realmente cuentan a la hora de juzgar la calidad del servicio son los que establecen los usuarios/clientes. Además de esto, es necesario tener en cuenta los objetivos del investigador, según apunta Morales Sánchez (2003).

Tanto Price et al. (1995) como Peiró et al. (2005) apuntan aspectos emocionales o relacionales en la prestación de un servicio, por lo que hemos intentado plasmar y recoger esta información en la escala 4 de nuestra herramienta de evaluación, en la que se recoge información relativa al personal especializado. En ella hay ítems que relejan si el personal especializado le resulta cercano en el trato, es accesible, está cuando se le necesita o si el usuario-a se encuentra cómodo con el mismo.

Que el usuario es sensible además a las condiciones físicas y técnicas del servicio como apuntan Mañas et al. (2008) en su estudio, se refleja en las escalas 1, 2 y 6 de nuestro cuestionario, relativas a las instalaciones, salas de tratamiento y material e información técnica respectivamente.

A pesar de que algunos autores como Camisón et al. (2007), Pastor Tejedor (2007) y Heras et al. (2008) consideran la normativa ISO como un modelo de Gestión de la Calidad Total, comentar que discrepamos con esta afirmación en tanto que una normativa establece los requisitos a cumplir, mientras que un modelo es un concepto más amplio y estable, que no varía con el tiempo y que pretende ser una filosofía empresarial. Otros autores como Urbina Pérez et al. (2000); Heras et al. (2008) y Cléopas et al. (2008), apuestan por la elaboración de un modelo que integre los ya existentes, por lo que proponemos seguir el triángulo de la calidad (Martínez-Tur et al. 2001) como modelo para evaluar los centros de atención infantil temprana. Éste es susceptible de ser adaptado a las especificidades de cada servicio como indican los propios autores del mismo y surge de la necesidad de aunar la tradición norteamericana y europea, como explicamos en el capítulo 2 de este trabajo.

En nuestra investigación hemos seguido las recomendaciones propuestas por Camisón et al. (2007), es decir, hemos seguido un enfoque académico, centrándonos en elaborar una herramienta útil de medida de evaluación de la calidad, extrayendo los factores clave sugeridos en la literatura científica,

estudiando los diferentes casos (en nuestro trabajo, los CAIT de la provincia de Málaga) y analizando los datos mediante métodos estadísticos como son la fiabilidad y validez de nuestras medidas.

Como comentamos en el segundo capítulo, en España, cada comunidad autónoma utiliza diferentes modelos de gestión, así, en Andalucía se está apostando por un modelo propio que integre diferentes niveles asistenciales, por lo que sería interesante aunar criterios y encuadrarlo en el nivel de análisis macro según proponen Martínez- Tur et al. (2001) en su triángulo de la calidad. Además tanto en los servicios sanitarios como en otro tipo de servicios, es clave plantear sistemas y modelos de mejora de la gestión de la calidad y satisfacción de los usuarios. Es necesario conocer la opinión de los clientes/usuarios como concluyen Cela (1996), Quintanilla (2002) y Pastor Tejedor (2007) en sus estudios. Todo ello sin olvidar que conocer la percepción de las familias, recoger su estadística y profundizar en la realidad de cada equipo de atención temprana, así como las carencias instrumentales, que hemos intentado solventar con nuestra investigación, dificultan el análisis de la calidad de los servicios de AT (Pegenaute, 2009).

Dadas las escasas referencias bibliográficas al respecto, se hace aun más difícil si cabe, comparar resultados con otros estudios similares. Coincidimos con García et al. (2008) en que obtener información del cliente-familia, conlleva problemas específicos fundamentados por las posibles perspectivas que familias y profesionales pueden tener sobre lo que sería calidad en AT. Un ejemplo claro lo encontramos en la tendencia de las familias con niños con necesidades de AT de considerar siempre que sería mejor un mayor número de sesiones de tratamiento e incluso aumentar la edad de prestación de la AT como se ve en el apartado observaciones y sugerencias de nuestro ICCAIT-V.2.0. Esto suele estar enfrentado a un criterio de calidad técnica que tiende a limitar el número de esas sesiones. A todo esto se unen los propios cambios que la familia va a ir sufriendo a lo largo de la evolución del proceso de AT (Díez, 2008).

A las familias solo llegaremos a través de cuestionarios y encuestas diseñadas al efecto y en los que se hayan cuidado adecuadamente aspectos formales que aseguren su comprensión por los clientes y su utilidad para nuestros propósitos de evaluación interna del servicio para la elaboración de planes de mejora, como propone Millá (2005).

Debido a la complejidad del estudio realizado, el elaborar unas conclusiones finales generales reviste especial dificultad, por lo que se ha considerado de mayor utilidad ofrecer una visión pormenorizada del estudio que facilitase la comprensión del mismo y en el que se incluyen las conclusiones fundamentales en cada paso dado en su realización.

En cuanto al AFE, reflejaremos únicamente las conclusiones del estudio final de nuestra investigación. Las más importantes son las que se pueden observar en la tabla 5.34 y que a modo de resumen, se exponen a continuación:

- En la escala 1, relativa a las instalaciones del centro, el porcentaje de varianza explicada de la escala 1 (relativa a las instalaciones) de nuestro ICCAIT-v.2.0, ha mejorado pasando de un valor inicial de 54.06 a un valor final de 57.875. El valor del KMO es de .868.
- En la escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material, obtenemos un valor inicial del porcentaje de varianza explicada de 63.081 que hemos mejorado hasta alcanzar un valor de 69.850 eliminando el ítem propuesto en la optimización de la herramienta ICCAIT-v.2.0. El valor de KMO ha disminuido sensiblemente, alcanzando un valor final de .885.
- En la escala 3, relativa a la atención al usuario, a pesar de obtener un resultado menos satisfactorio en el porcentaje de varianza explicada, 41.673, el valor obtenido del KMO es de .790, considerándose aceptable (Visauta, 1998).
- En cuanto a la escala 4, relativa al personal especializado, el valor del porcentaje de varianza explicada ha alcanzado el 56.494 con la optimización de la herramienta ICCAIT-v.2.0. El valor del KMO ha disminuido sensiblemente alcanzando un valor final de .884.
- En la escala 5, relativa a la información general, los resultados obtenidos tanto en los valores del KMO (.528) como del porcentaje de varianza total explicada (49.975), son bastante insatisfactorios, por lo que, como quedó explicado, en la propuesta futura de optimización de nuestra herramienta debería eliminarse.

- En la escala 6, relativa a la información técnica, se observa que tanto los valores del KMO (.874) como de la varianza total explicada (61.417%) obtenidos en el AFE son muy satisfactorios.

En cuanto a las conclusiones a las que llegamos a la luz de los resultados obtenidos en el análisis de fiabilidad de nuestro estudio final, se pueden resumir de la siguiente manera, observando los valores del alpha de Cronbach reflejados en la tabla 6.20 y que a modo de resumen se exponen a continuación:

- En la escala 1, relativa a las instalaciones, el valor del alpha de Cronbach mejoraría sensiblemente alcanzando un valor de .829.
- En la escala 2, relativa a las salas de tratamiento y material, el valor del alpha de Cronbach de nuestra futura herramienta alcanzaría el .885.
- En la escala 3, relativa a la atención al usuario, el valor del alpha de Cronbach es de .738.
- En la escala 4, relativa al personal especializado, el valor del alpha de Cronbach es de .672
- En la escala 5, relativa a la información general, el valor del alpha de Cronbach es de .322
- En la escala 6, relativa a la información técnica, el valor del alpha de Cronbach es de .860.

Podemos concluir, por tanto, que eliminando la escala 5 por las razones que de nuevo explicamos, es decir, porque la información recogida en los ítems 38, ha conocido el centro por información en el colegio y en el ítem 39, ha conocido el centro por derivación de Asuntos sociales, ya no es pertinente, puesto que son las respectivas delegaciones provinciales de salud las que determinan desde el año 2010 que la única derivación posible es por medio de los servicios de Pediatría.

En cuanto a los ítems 40, el centro posee buzón de sugerencias, el 41, cuenta con hojas de reclamaciones y el 42, considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas, que en un principio decidimos no eliminar, ya que desde el punto de vista de la evaluación de la calidad aportan

información relevante, deben eliminarse para mejorar la fiabilidad de una futura herramienta a la que podríamos llamar ICCAIT-v.3.0.

De la misma manera, eliminando los ítems 13, la sala de espera cuenta con material lúdico para hacerle más agradable su espera, ítem 22, el material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias para trabajar con él, e ítem 34, piensa que el usuario-a/hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro, obtendríamos una herramienta de medida más pragmática, válida y fiable para evaluar la calidad en los centros de atención infantil temprana, principal objetivo de nuestra investigación.

Respecto al análisis de variabilidad podemos concluir que los modelos propuestos en el capítulo 8, tanto en los que trabajamos con anidamientos como en los que trabajamos sin ellos, coinciden en el valor del error, por lo que se demuestra la normalidad, linealidad y homocedasticidad de los mismos.

Los modelos propuestos en nuestro estudio fina son significativos y los diseños de medida generados a partir de estos modelos sugieren unos valores, tanto del índice de fiabilidad como del índice de generalizabilidad, óptimos, salvo en los diseños en los que la Escala interacciona como faceta de instrumentación ya que, como ha quedado explicado, cada escala mide constructos diferentes.

Importante resaltar que en los diseños de medida en los que los usuarios interaccionan como faceta de instrumentación, debemos aumentar y no disminuir los niveles, aunque ello suponga un aumento del número de observaciones, ya que se hizo necesaria la división de la matriz inicial.

Como conclusión relevante, destacar que hemos comprobado la fiabilidad test-retest, ya que comparando el análisis de las 2 mitades de la matriz por separado, los resultados obtenidos coincidían en valor.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

Capítulo 11

## Futuras líneas de investigación

---



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



El presente trabajo, no debería ser entendido de manera cerrada, puesto que todavía es necesario profundizar en la línea de investigación propuesta a partir de los resultados que aquí se presentan y que podrían dar continuidad a la labor iniciada con este estudio.

Para comprobar en qué medida se adapta nuestra herramienta al modelo teórico propuesto (triángulo de la calidad), podríamos realizar un Análisis Factorial Confirmatorio, con el objetivo de obtener la mayor consistencia teórica posible y continuar mejorando las propiedades psicométricas de la herramienta, con objetivo de hacerla más robusta y ofrecer una mejor propuesta en vista de su aplicabilidad y optimización de las escalas, utilizando el modelo de Rash, propuesta dentro de la *Teoría de Respuesta al Ítem*, analizando mejor el constructo de *calidad*, que pretendemos estimar, escalando personas e ítems.

Centrándonos en aspectos más particulares, vemos oportunos continuar con el seguimiento y aplicación de la herramienta elaborada en los demás Centros de Atención Infantil Temprana de Andalucía y España así como realizar las oportunas mejoras y nuevas evaluaciones de la calidad en los centros analizados en nuestro estudio. Del mismo modo, continuando con el modelo propuesto, sería importante analizar la calidad de los centros de atención infantil temprana, desde la perspectiva de los gerentes y trabajadores de la empresa que aportarán datos desde el punto de vista de los clientes internos y avanzar hacia una *calidad total*, como filosofía empresarial. Sin olvidar la importancia de un Análisis cualitativo tanto a los usuarios-as, gerentes y personal de contacto, bien con los datos del apartado *observaciones y/o sugerencias* o bien utilizando la entrevistas, grupos focales, etc. para el análisis de expectativas y percepciones de los mismos. Para ello podríamos utilizar uno de los distintos programas para este fin como sería el programa informático Atlas.ti.

En definitiva, este trabajo pretende ser un punto de partida en esta línea de investigación sobre *la evaluación de la calidad en Centros de Atención Infantil Temprana*. De tal manera, que tanto este trabajo como las posibles investigaciones futuras que aquí señalamos, puedan ayudar a contribuir y mejorar el

marco teórico y metodológico sobre los temas vinculados a la mejora de la *calidad en los servicios* y por tanto, ayudar al avance del estudio del mencionado constructo.

## Referencias bibliográficas

---



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

- Abad, F.J., Garrido, J., Olea, J. y Ponsoda, V. (2006). *Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica de los Test y Teoría de Respuesta al Ítem*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (2005). *Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Revisado desde Internet: <http://www.european-agency.org/eci/eci.html>
- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country. *Social Science and Medicine*, 52, 1359-1370.
- Amiel-Tison, C. (2001). *Neurología perinatal*. Barcelona: Masson.
- Anguera, M. T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, M. T. Anguera y J. Gómez, *Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento* (125-236). Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Anguera, M. T. (2003). La Metodología selectiva en el deporte. En A. Hernández Mendo (Coord.), *Psicología del Deporte (vol. II) – Metodología* (43-76). Buenos Aires: Tulio Guterman. <http://www.efdeportes.com>
- Aranda, R. (2002). *Educación Especial*. Madrid: Pearson Educación.
- Arias Astray, A. y Fernández Ramírez, B. (1998). La encuesta como técnica de investigación social. En A. J. Rojas Tejada, J. S. Fernández Prados y C. Pérez Meléndez (Eds.), *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos* (31-49). Madrid: Síntesis.
- Arizcun, J., Gútiez, P. y Ruiz, E. (2006). *Formación en Atención Temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión*. <http://www.paidos.rediris.es/genysil/actividades/jornadas/xivjorp/xiv-Gutiez.pdf>
- Arnau, J. (1990). Metodología experimental. En J. Arnau, M. T. Anguera y J. Gómez, *Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento* (9-122). Murcia: Universidad de Murcia.

- Arroyo, A. R., Domínguez, L. y Rellán, M. E. (2003). Escolarización y atención fisioterápica del niño con discapacidad motora. *Cuestiones de Fisioterapia*, 23, 17-39. Barcelona: JIMS.
- Banker, R. (2001). *Balanced scorecard: linking strategy to performance*. Financial Executives Research Foundation. Greenwich: JAI Press.
- Barbarin, O. y Waslk, B. (2009). *Handbook of child development and early education*. New York: The Guilford Press.
- Barranco, C. (2004). Los servicios sociales y la calidad integrada. Investigación realizada en centros de atención a las personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 35(3), 5-17.
- Belda, J. C. (2001). La atención temprana en las escuelas infantiles: algo simple y diverso a la vez. *Revista de Atención Temprana*, 3(2), 76-80.
- Bernhard, F. (2005). *Balanced scorecard in real time linking technology for breakthrough performance*. Chichester: Hoboken.
- Berry, L. L., Shostack, G. L. y Upah, G. D. (1983). *Emerging Perspectives on Service Marketing*. Chicago: American Marketing Association.
- Biazzo, S. (2002). Organisational Self-Assessment Approaches: A Conceptual Framework and an Adoption Path. *Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress for Total Quality Management*. Verona (Italy), 2, 425-434.
- Black, S. A. y Crumley, H. (1997). Self-assessment: what's in it for us? *Total Quality Management*, 8(2), 90-94.
- Blanco, A. (1991). La Teoría de la Generalizabilidad aplicada a diseños observacionales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 14(3), 23-64.
- Blanco, A. (1992). Aplicaciones de la Teoría de la Generalizabilidad en la selección de diseños evaluativos. *Bordón*, 43(4), 431-459.
- Blanco, A. (1993). Fiabilidad, precisión, validez y generalización de los diseños observacionales. En M. T. Anguera (Ed.), *Metodología observacional en la investigación psicológica*, 2 (151-261). Barcelona: PPU.
- Blanco, A. (1997). *Precisión en la evaluación de la investigación observacional*. En V Congreso de Metodología de las Ciencias Humanas y Sociales. Sevilla: AEMCCO. 23-26 de septiembre.

- Blanco, A. y Hernández Mendo, A. (1998). *Estimación y generalización en un diseño de estructura espacial defensiva en el fútbol*. Libro de comunicaciones del VI Congreso de Psicología Ambiental, 579-584.
- Blanco, A. Castellano, J. y Hernández Mendo, A. (2000) Generalizabilidad de las observaciones de la acción del juego en el fútbol. *Psicothema*, 12(2), 81-86.
- Blanco, A. (2001). Generalizabilidad de observaciones uni y multifaceta: estimadores LS y ML. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 3(2), 161-193.
- Blanco, A. y Anguera, M. T. (2003). Calidad de los datos registrados en el ámbito deportivo. En A. Hernández Mendo (Coord.), *Psicología del deporte (Vol. II) – Metodología* (35-73). Buenos Aires: Tulio Guterman. <http://www.efdeportes.com>
- Blanco, A. y Losada, J. L. (2004). Generalización en Diseños Observacionales: alternativas de estimación y modelización. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Vol. Especial*, 83-88.
- Blanco, A., Sastre i Riba, S. y Escolano, E. (2010) Desarrollo ejecutivo temprano y teoría de la generalizabilidad: bebés típicos y prematuros. *Psicothema*, 22(2), 221-226.
- Bohoris, G.A. (1994). A comparative assessment of some Mayor Quality Awards. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 12(9), 30-43.
- Bosch, J. L. C. y Torrente, D. (1993). *Encuestas telefónicas y por correo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Bourne, M. (2000). *Understanding the balanced scorecard in a week*. U.K: Hodder & Stoughton.
- Bowen, J. R., Gibson, F. L y Hand, P. J. (2002). Educational outcome at 8 years for children who were born extremely prematurely: a controlled study. *Journal of Pediatric Child Health*, 38, 438-444.
- Brinberg, D. y McGrath, J. E. (1985). *Validity and the research process*. Beverly Hills, Ca.: Sage.
- Buendía Eisman, L., Colás Bravo, M. P. y Hernández Pina, F. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. Madrid: McGraw-Hill.

- Bugíe, C. (2002). Centros de desarrollo infantil y Atención Temprana. *Revista Neurología*, 34(1), 139-143.
- Cabrera, A y Espín, J. V. (1986). *Medición y evaluación educativa: fundamento teórico-práctico*. Barcelona: PPU.
- Camisón, C., Roca, V. y Bou, J. C. (2000). Enfoque e implantación de sistemas de gestión de calidad. Un estudio de casos en la actividad hotelera del litoral valenciano. En D. Blanquer (Dir.), *Turismo: comercialización de productos, gestión de organizaciones, aeropuertos y protección de la naturaleza* (233-258). Universidad y Empresa. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Camisón, C., Oltra, M. J. y Flor, M. L. (2003). Saber, opinión y ciencia en Administración de Empresas. Los problemas de definición como disciplina científica. En Peris, M.L. (Ed.) *Enfoques, problemas y métodos de investigación en Economía y Dirección de Empresas*. Castellón: ACEDE
- Camisón, C. (2004). Estrategias de calidad turística. El papel de los sistemas de acreditación y certificación de la calidad. En J. Aureoles (Coord.), *Las nuevas formas de turismo* (118-168). Almería: Caja Rural Intermediterránea.
- Camisón, C., Cruz, S., González, T. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson Educación, S.A.
- Candel, I. (1998). Atención Temprana. Aspectos teóricos y delimitaciones conceptuales. *Revista Atención Temprana*, 1(1), 9-15.
- Cardinet, J., Jonson, S. & Pini, G. (2010). *Applying Generalizability Theory using EduG*. New York: Routledge Academic.
- Carman, J. M. (2000). Patient perceptions of service quality: combining the dimensions. *Journal of Services Marketing*, 14, 337-352.
- Casado, D. (2005). *La Atención Temprana en España. Jalones de su desarrollo organizativo*. Revisado desde Internet: [http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia\\_ATDemetrio.pdf](http://paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/Historia_ATDemetrio.pdf)
- Castaño, J. (2002). Plasticidad neuronal y bases científicas de la neurohabilitación. *Revista Neurología*, 34(1), 130-135.
- Castejón Oliva, F. J. (1995). Construcción y utilización de indicadores en la Educación Física Escolar. *Revista Española de Educación Física y Deportes*, 2(4), 20-26.



- Castellano, J. y Hernández Mendo, A. (1999). Análisis secuencial en el fútbol de rendimiento. En *Symposium Metodología Observacional del VI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*. Oviedo. 23-27 de septiembre.
- Castellano, J. y Blanco, A. (2004). El marcador como elemento orientador del comportamiento estratégico de los equipos de fútbol: Estimación y análisis de la variabilidad. *Metodología de las ciencias del comportamiento, vol. Especial*, 147-152.
- Castellano, J. y Hernández Mendo, A. (2003). El análisis de coordenadas polares para la estimación de relaciones en la interacción motriz en el fútbol. *Psicothema*, 15(4), 569-574.
- Castellano, J. y Blanco, A. (2004a). El soporte de marca en el fútbol y la variabilidad del comportamiento estratégico de los equipos. En A. González y E. Requena (Eds.), *Investigación en Ciencias del Deporte* (57-66). Universidad del País Vasco.
- Castellano, J. y Blanco, A. (2004b). *A time vs frequency model for the estimation and analysis of variability in soccer*. VII Congreso Europeo de Evaluación Psicológica. Málaga. 1-4 abril de 2004.
- Cela, J. L. (1996): *Calidad: qué es y cómo hacerla*. Barcelona: Gestión 2000.
- Chapel Hill, N. C. (2001). *Developing a balanced scorecard of performance measures*. NYC: Best Practices.
- Chen, I. y Wilson, M. (2001). *The balanced scorecard approach to evaluating e-commerce strategic investment*. Manchester: UMIST.
- Cohen, L. y Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- Conti, T. (1997). *Organizational self-assessment*. Oxford: Chapman & Hall.
- Cooper, C., Fletcher, J., Gilbert, D. y Wanhill, S. (1993). *Tourism principles and practice*. Essex-England: Longman Group.
- Corma, F. (2006). *Aplicaciones prácticas del Modelo EFQM de excelencia en pymes*. Madrid: Díaz de Santos.

- Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda, H. y Rjaratnam, N. (1972). *The dependability of behavioral measurements: theory of generalizability for scores and profiles*. New York: John Wiley and Sons.
- Cronbach, L. J. (1981). *Toward a reform of program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cuadrado, J. R. y del Río, C. (1992). Los economistas y los servicios. *Papeles de Economía Española*, 42, 2-18.
- Cunningham, L. F., Young, C. E. y Lee, M. (1997). A customer based taxonomy of services: Implications form service marketers. En T. A. Swartz, D. E. Bowen y D. Jacobucci (Eds.), *Advances in services marketing and management*, 6 (189-202). Greenwich: JAI Press.
- Del Barrio García, S. y Luque Martínez, T. (2000). Análisis de ecuaciones estructurales. En T. Martínez (Coord.), *Técnicas de análisis de datos en investigaciones de mercados*. Madrid: Pirámide.
- Del Rincón Igea, D., Arnal Agustín, J., Latorre Beltrán, A. y Sans Martín, A. (1995). *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Dykinson.
- Delgado, A. R. y Prieto, G. (1997). *Introducción a los métodos de investigación de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Deming, W. E. (1982). *Out of the Crisis. Quality, Productivity and Competitive Position*. Cambridge: MIT.
- Díez, A. (2008). Evolución del proceso de atención temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista Síndrome Down*, 25(2), 46-55.
- Dijkstra, L. (1997). An empirical interpretation of the EFQM framework. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 6, 321-341.
- Dillman, D. A. (1991). The design and administration of mail surveys. *Annual Sociological Review*, 17, 225-249.
- Eiglier, P. & Langeard, E. (1989). *Servucción. El marketing de servicios*. Madrid: McGraw-Hill.
- Eskildsen, J. y Kanji, G. K. (1998). Identifying the vital few using the European Foundation for Quality Management Model. *Total Quality Management*, 9, 92-95.

- Eskildsen, J. K. y Dahlgaard, J. J. (2000). A casual Model of Employee satisfaction. *Total Quality Management*, 11, 1081-1094.
- Eskildsen, J., Kristensen, K. y Juhl, H. J. (2001). The Criterion of the EFQM Excellence Model. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 18, 783-795.
- Eskildsen, J., Kristensen, K. y Juhl, H. J. (2002). Trends in EFQM Criterion Weights. The Case of Denmark 1998-2001. *Measuring Business Excellence*, 6, 22-28.
- Etxeberría, J., Joaristi, L. y Lizasoain, L. (1991). *Programación y análisis estadísticos básicos con SPSS/PC+*. Madrid: Paraninfo.
- Evans, J. y Lindsay, W. (2000). *Administración y control de la calidad*. Madrid: Thomson Editores.
- Federación Española de Organizaciones a Favor de las Personas con Retraso Mental. FEAPS (2001). *Manual de Buenas Prácticas en Atención Temprana*. Madrid: Autor.
- Foddy, W. (1996). *Constructing questions for interviews and questionnaires*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Fowler, F. J. (1993). *Survey research methods*. Newbury Park, Ca.: Sage.
- Frigo, M. (2002). *A balanced scorecard framework for internal auditing departments*. Altamonte Springs: Institute of Internal Auditors Research Foundation.
- Gabbot, M. y Hogg, G. (1994). Consumer behavior and services: a review. *Journal of marketing management*, 10(5), 311-324.
- García, F., Mirete, A., Marín, C. y Romero, L. (2008). Satisfacción del cliente familia en atención temprana: valoración de la importancia que otorgan a distintos aspectos del servicio. *Siglo Cero*, 39(3), 35-54.
- García Ferrando, M. (1989). La encuesta. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, y F. Alvira (Comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (141-170). Madrid: Alianza.
- García-Sánchez, F. A., Castellanos, P. y Mendieta, P. (1998): Definición de Atención Temprana y de sus vertientes de intervención desde un Modelo Integral. *Revista de Atención Temprana*, 1(2), 57-62.

- García-Sánchez, F.A. (2002). Investigación en atención temprana. *Revista Neurología*, 34(Supl 1), 151-155.
- Garvin, D.A. (1988). *Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge*. Nueva York: The Free Press, MacMillan.
- Ghobadian, A. y Woo, H. S. (1996). Characteristics, benefits and shortcomings of Tour Major Quality Awards. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 13, 10-44.
- Glazner, S. (1999). *Award winning quality strategies from the winners of the Malcolm Baldrige National Quality Award*. Waterford: Bureau of Business Practice.
- Gnardellis, T. (2001). *Developing a balanced scorecard and performance indicators: the case of OTE*. U.S.: Elsevier Science Inc.
- Gómez, J. (1990). Metodología de encuesta por muestreo. En J. Arnau, M. T. Anguera y J. Gómez, *Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento* (239-310). Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- González, T. F. y Guillén, M. (2001). Liderazgo y ética en los procesos de cambio organizativo. La implantación de la Gestión de Calidad Total. En D. Melé (Dir.), *Raíces éticas del liderazgo* (303-324). Pamplona: EUNSA.
- González Gómez, A., Padilla García, J. L. y Pérez Melendez, C. (1998). La explicación del sesgo en los ítems del rendimiento. *Psicothema*, 10(2), 481-490.
- Grönroos, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Swedish School of Economics and Business Administration. Sweden: Helsingfors
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36-44.
- Grönroos, C. (1988). Service Quality: the six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 9(3), 10-3.
- Groves, M.R. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: Wiley.
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Autor

- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Autor
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Autor
- Grupo de Trabajo Interinstitucional de Atención Temprana (P.A.D.I) (2004): *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Autor.
- Gummesson, E. (1988). Service quality and product quality combined. *Review of Business*, 3, 14-19.
- Gútiérrez, P., Saenz-Rico, B. y Valle, M. (1993). Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico y ambiental con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4(2), 113-129.
- Gútiérrez, P. (2005): *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0-6)*. Madrid: Complutense.
- Hague, P. N. y Jackson, P. (1994). *Cómo hacer investigación de mercados*. Bilbao: Deusto.
- Heras, I., Cilleruelo, E. y Iradi, J. (2008). Quality management and quality of care in nursing homes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(7), 659-670.
- Hernández Mendo, A. (2001). Un cuestionario para evaluar la calidad en programas de actividad física. *Revista de Psicología del deporte*, 10(2), 179-196.
- Hernández, N., Salas, S., García, A., Alix, A., Roche, C., Pérez, J., Omeñaca, F. y Sivero, J.(2005). Morbilidad a los dos años de edad en niños con un peso al nacimiento de 1500 g.. *Anales de Pediatría*, 62(4), 320-327.
- Hoogstoel, R.E. (1993). *TQM: Are we all on the same wavelength*. Oxford: Juran News.
- [http://www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion\\_at-inf.pdf](http://www.paidos.rediris.es/genysi/recursos/document/informes/formacion_at-inf.pdf)
- [http://www.sinergiasempresariales.com/consultoria\\_calidad\\_iefqm.](http://www.sinergiasempresariales.com/consultoria_calidad_iefqm.)

- Hudelson, P., Cléopas, A., Kolly, V., Chopard, P. y Perneger, T. (2008). What is quality and how is it achieved? Practitioner's views versus quality models. *Quality and Safety in Health Care*, 17, 31-36.
- Hutington, J. (1998). Customer focus within the Balanced Scorecard framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 65-70.
- Ishikawa, K. (1989). Introducción al control de calidad. Madrid: Díaz de Santos.
- Jackson, S. (1999). Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM Excellence Model as the framework for delivering governance in the new NHS. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 244-253.
- Jackson, S. (2000). Calling in the gurus. *Director*, October, 95-101.
- James, P. (2000). *Gestión de la Calidad Total: un texto introductorio*. Madrid: Pearson Educación.
- Juran, J. M. y Gryna, F. M. (1988). *Juran's quality control handbook*. Nueva York: MacGraw-Hill.
- Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE ) (2006). *The Deming Prize guide 2006 for overseas*. Tokio: The Deming Prize Committee, Juran, J. M.
- Kaplan, R. S. y Norton, D. P. (1993). Putting the balanced scorecard to work. *Harvard Business Review*, 71(5), 134-142.
- Kaplan, R. S. y Norton, D. P. (2000). *Mapas estratégicos*. Barcelona: Gestión 2000.
- Kaplan, R. S. y Norton, D. P. (2002). *Cuadro de mando integral (The Balanced Scorecard)*. Barcelona: Gestión 2000.
- Kaplan, R. S. y Norton, D. P. (2004). Measuring the strategic readiness of intangible assessments. *Harvard Business Review*, 82(2), 52-58.
- Kiss, L. (1981). Representación, aleatorización y control. En F. Alvira, M. D. Avia, R. Calvo y F. Morales, *Los dos métodos de las Ciencias Sociales* (227-252). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Kotler, P. (1992). *Dirección de Marketing*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kristensen, K., Juhl, H. J. y Eskildsen, J. (2001). Benchmarking Excellence. *Measuring Business Excellence*, 5, 19-23.



- Lacasta, J. J. (2005). Calidad y ética en los centros especiales de empleo: una reflexión para el debate. *Siglo Cero*, 36(2), 5-20.
- Lavrakas, P. J. (1998). Methods for sampling and interviewing in telephone surveys. En L. Bickman & D.J. Rog (Eds.), *Handbook of applied social research methods* (429-472). Thousand Oaks: Sage.
- Lehtinen, U. y Lehtinen, J. R. (1982). *Service Quality: A study of Quality dimensions*. OY, Helsinki: Service Management Group.
- Ley Orgánica 1/90 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). Ministerio de Educación y Ciencia, 3 de octubre de 1990.
- López, M. (1990): *La integración escolar, otra cultura*. Málaga: Cuadernos Puerta nueva.
- Mangione, T. W. (1998). Mail surveys. En L. Bickman & D. J. Rog (Eds.), *Handbook of applied social research methods* (399-427). Thousand Oaks: Sage.
- Mañas, M. A., Giménez, G., Mayor, J. M., Martínez-Tur, V., Moliner, C. P. (2008). Los tangibles como predictores de la satisfacción del usuario en servicios deportivos. *Psicothema*, 20(2), 243-248.
- Martínez Arias, R. (1995a). El método de encuestas por muestreo: Conceptos básicos. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez Arias, J. Pascual y G. Vallejo (Coords.), *Métodos de investigación en Psicología* (385-431). Madrid: Síntesis
- Martínez Arias, R. (1995b). Diseños muestrales probabilísticos. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez Arias, J. Pascual y G. Vallejo (Coords.), *Métodos de investigación en Psicología* (433- 484). Madrid: Síntesis
- Martínez-Almagro, A., Alexandre, R., Fernández, T., Ríos, J. y Navarro, M. (2007). *Terminología, método científico y estadística aplicada en Ciencias de la Salud*. Murcia: Morphos Ediciones.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J. M. y Ramos, J. (2001): *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J. M. y Ramos, J. (2005). Linking situational constraints to customer satisfaction in a service environment. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 25-36.

- Mayntz, R., Holm, K. y Hübner, P. (1985). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza.
- Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (1990). Preface. En S. J. Meisels y J. P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (xv-xvii). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meisels, S. J. y Shonkoff, J. P. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention (Second edition)* (3-31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Meyer, D. (2002). *Rethinking performance measurement beyond the balanced scorecard*. Cambridge: Cambridge University Press
- Milla, M. G. (1999). Propuesta para la calidad de los servicios de Atención Temprana. Estado actual. *Atención Temprana*, 2, 95-100.
- Milla, M. G. y Mulas, F. (2002). Diagnóstico interdisciplinar en Atención Temprana. *Revista Neurología*, 34(1), 139-143.
- Milla, M. G. (2005). *Criterios de calidad en Atención Temprana*. Valencia: Promolibro.
- Mira, J. J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como medida del resultado de la atención sanitaria. *Med. Clin.* 114(3), 26-29.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez, J. y Moyano, S. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4), 581-585.
- Moeller, J., Breinlinger-O'Reilly, J. y Elser, J. (2000). Quality Management in German Health Care. The EFQM Excellence Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13, 254-258.
- Moliner, B., Berenguer, G. y Gil, I. (2001). La importancia de la performance y las expectativas en la formación de la satisfacción del consumidor. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la empresa*, 7(3), 155-172.
- Monset-Cochard, M. D., De Bethmann, O. y Kastler, B. (2002). Mid and long-term outcome of 166 premature infants weighing less than 1000 g. At birth, all small for gestacional age. *Biol. Neonate*, 81, 244-254.



- Morales Sánchez, V. (2003). *Evaluación Psicosocial de la calidad en los servicios municipales deportivos: aportaciones desde el análisis de la variabilidad*. Málaga: Spicum.
- Morales Sánchez, V., Blanco, A. y Hernández Mendo, A. (2004). Optimización de modelos de medida en la evaluación de programas de actividad física. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Suplemento*, 427-433.
- Morales Sánchez, V. y Hernández Mendo, A. (2004a). Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital*, 73. Junio, 2004.
- Morales Sánchez, V. y Hernández Mendo, A. (2004b): La calidad y su gestión. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital*, 76. Septiembre, 2004
- Morales Sánchez, V. (2009). Evaluación de la Calidad en Organizaciones Deportivas: Análisis de Generalizabilidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 62, 99-109.
- Morales Sánchez, V., Hernández Mendo, A y Blanco, A. (2009). Evaluación de la calidad en organizaciones deportivas: adaptación del modelo SERVQUAL. *Revista de Psicología del deporte*, 18(2), 137-150.
- Moreno Alego, J. L., (2007). *Guía para la aplicación del modelo EFQM de excelencia en entidades de acción social. Cuaderno de Gestión 2*. Madrid: Fundación Luís Vives.
- Moreno-Rosset, C., Antequera, R. y Jenaro, C. (2009). Validación del cuestionario de desajuste emocional y recursos adaptativos en infertilidad. *Psicothema*, 21(1), 118-123.
- Moser, C.A. y Kalton, G. (1979). *Survey methods in social investigation*. London: Heinemann.
- Mulas, F. (1993): *Evolución neuro-psicológica a largo plazo en la edad escolar de los recién nacidos con peso al nacimiento inferior a los 1000 gramos*. Universidad de Valencia: Tesis Doctoral.
- Mulas, F. y Hernández, N. (1998). Factores de riesgo de las dificultades en el aprendizaje. *Revista Neurología*, 27(156), 274-279.
- Munn, P. y Drever, E. (1995). *Using questionnaires in small-scale research*. Glasgow: SCR.

- Nabitz, U. W. y Klazinga, N. S. (1999). EFQM approach and the Dutch Quality Award. *Int. J. Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 1999; 12: 65-70.
- Narberhaus, A. y Segarra, D. (2004). Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. *Anales de Psicología*, 20(2), 317-326.
- Noelle, E. (1970). *Encuestas en la sociedad de masas. Introducción a los métodos de la demoscopia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2a. ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Olve, N. (2002). *The balanced scorecard*. U.K: Express Exec.
- Organización Mundial de la Salud (1981). *Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales*. Ginebra: OMS, Serie "Salud para todos", nº 6.
- Padilla García, J. L., González Gómez, A. y Pérez Meléndez, C. (1998). Elaboración del cuestionario. En A. J. Rojas Tejada, J. S. Fernández Prados y C. Pérez Meléndez (Eds.), *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos* (115-140). Madrid: Síntesis.
- Pallás, C, Cruz, J y Medina, M.C. (2000). *Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. y Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 4-41.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. y Berry, L. (1991). Refinement and Reassessment of the Servqual Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Pastor Tejedor, J. (2007). *Modelo de gestión de la calidad en instituciones sanitarias. Integrando los modelos de gestión EFQM y CMI*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Patterson, H. D. y Thompson, R. (1971). Recovery of Inter-Block Information When Block Sizes Are Unequal. *Biometrika*, 58, 545-554.
- Payne, S. C., Bellamy, G. T. y Wilcox, B. (1984). *Human services that work*. Baltimore: P.H. Brookes.

- Pegenaute, F. (2003). Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana. *Minusval*, Número especial monográfico sobre Atención Temprana, 63-66. Madrid: Imserso.
- Pegenaute, F. (2009). *Expectativas de los profesionales*. En la Jornada de presentación del Manual de estándares de calidad y de acreditación de los centros de atención infantil temprana. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 19 de enero de 2009.
- Peiró, J. M., Martínez-Tur, V. y Ramos, J. (2005). Employee's overestimation of functional and relational service quality: A gap análisis. *The Service Industries Journal*, 25, 1-17.
- Pelegriña, M. y Salvador, F. (1999). *La investigación experimental en Psicología. Fundamentos científicos y técnicas*. Málaga: Aljibe.
- Pérez-López, J. y Brito de la Nuez, A. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y Familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Narcea.
- Pina, J. (2008). *Análisis de un modelo de seguimiento en Atención Temprana*. Universidad Complutense de Madrid: Tesis Doctoral.
- Pirsing, R.M. (1974). *Zen and the art of motorcycle maintenance*. Nueva York: Batam Books.
- Ponte, J. (2003a). La atención temprana en el ámbito de los servicios sociales. *Minusval*. Número especial monográfico sobre Atención Temprana, 79-84. Madrid: Imserso
- Ponte, J. (2003b). *Legislación y Atención Temprana. Nota sobre aspectos sociosanitarios*.
- Ponte, J., Cardama, J., Arlanzón, J. L., Belda, J. C., González, T. y Vived, E. (2004). *Guía de estándares de calidad en atención temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Price, L. L., Arnould, E. J. y Tierney, P. (1995). Going to extremes: Managing service encounters and assessing provider performance. *Journal of Marketing*, 59, 83-97.
- Quintanilla, I. (2002). *Psicología social del consumidor*. Valencia: Promolibro.

- Rampersad, H. (2003). *Total performance scorecard redefining management to achieve performance with integrity*. Amsterdam: Butterworth-Heinemann.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Espasa.
- Reiner, G. (2002). Análisis of Critical Factors of Company Success based on the EFQM Excellence Model. *Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress for Total Quality Management*. Verona (Italy), 361-366.
- Rial Boubeta, A., Torrado Pérez, N., Braña Tobío, T y Varela Mallou, J. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22(4), 574-580.
- Rodríguez, T. (2001): *El papel de la Atención Temprana en el ámbito de la Educación Social*. Estudios y reflexiones sobre la educación social: actas del III Congreso Andaluz de Educación Social, 115-116. 9, 10, 11 de Mayo de 2001. Málaga: Libros Encasa.
- Rojas Tejada, A. J. y Fernández Prados, J. S. (1998). Introducción al tratamiento de datos. En A. J. Rojas Tejada, J. S. Fernández Prados y C. Pérez Meléndez (Eds.), *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos* (169-177). Madrid: Síntesis.
- Romero Galisteo, R. P., Morales Sánchez, V., Díaz, E., Medina, I., Moreno, N. y Luque, A. (2008). *Evaluación de la calidad en los centros de desarrollo infantil y atención temprana: proyecto piloto de investigación en los centros de la provincia de Málaga*. En I Jornadas Interdisciplinarias de Atención Temprana. El profesional de Atención Temprana: calidad en la intervención. Zaragoza, 27-28 noviembre (paper).
- Romero Galisteo, R. P. y Morales Sánchez, V. (2010a). Calidad y atención temprana: breve revisión teórica. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital*, 145. Junio, 2010.
- Romero Galisteo, R. P. y Morales Sánchez, V. (2010b). Atención temprana y calidad de servicio. Propuesta de una herramienta de medida. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital*, 145. Junio, 2010.
- Ruiz, A. y Robles, C. (2004). *Niños de riesgo: programa de atención temprana*. Madrid: Norma-Capitel.

- Russell, S. (2000). ISO 9000:2000 and the EFQM Excellence Model: competition or co-operation? *Total Quality Management*, 11(4), 657-665.
- Salvaggio, A. N., Schneider, B., Nishii, L. H., Mayer, D. M., Ramesch, A. y Lyon, J. L. (2007). Manager personality, manager service quality orientation and service climate: test of a model. *Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1741-1750.
- Sánchez-Hernández, R., Martínez-Tur, V., González-Morales, G., Ramos, J. y Peiró, J.M. (2009). Un análisis transnivel de las relaciones de la calidad de servicio y la confirmación de expectativas con la satisfacción de los usuarios. *Psicothema*, 21(3), 421-426.
- Sangüesa, M., Mateo, R. e Ilzarbe, L. (2006). *Teoría y práctica de la calidad*. Madrid: Thomson.
- Santesmases Mestre, M. (1997). *Dyane. Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados*. Madrid: Pirámide.
- Sarría, A. (2001). *Promoción de la Salud en la Comunidad*. Madrid: UNED.
- Sasser, W., Olsen, R. P. y Wyckoff, D. D. (1978). *Management of service operations: text and cases*. Boston: Allyn & Bacon.
- Schiffman, L. y Lazar, L. (2001). *Comportamiento del Consumidor*. México: Prentice Hall.
- Schlotzhauer, S. D. y Littell, R.C. (1997). *SAS Sistem for Elementary Statical Analysis*. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Searle, S. R., Casella, G. y McCulloch, C. E. (1992). *Variance Components*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Senlle, A. y Stoll, G. (1994). *Calidad total y normalización: ISO 9000. Las normas para la calidad en la práctica*. Barcelona: Gestión 2000.
- Shonkoff, J. P. y Levitt, P. (2010). Neuroscience and the future of early childhood policiy: Moving from why to what and how. *Neuron*, 67, 689-692.
- Sierra Bravo, R. (1983). *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo.

- Smullen, J. (1997). *Balanced scorecards and activity-based management the practical application. Financial Times Management Briefings*. London: FT Pitman.
- Staton, W. J., Etzel, M. J. y Walter, B. J. (1992). *Fundamentos de Marketing*. Nueva York: MacGraw-Hill.
- Subirats, J. (2008). *Los servicios sociales de Atención Primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.
- Taylor, B., Marcantonio, E., Pagovich, O., Carbo, A., Bergmann, M., Davis, R., Bates, D., Philips, R. and Weingart, S. (2008). Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors? *Medical Care*, 46(2), 224-228.
- Teas, R. K. (1993). Expectations, performance evaluation and consumer's perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57, 18-34.
- Tomás Miguel, J. M. (1993). *El uso de los modelos de ecuaciones estructurales y del análisis factorial confirmatorio en el análisis psicométrico de cuestionarios: una batería de seguridad laboral*. Universidad de Valencia: Tesis doctoral.
- Triguero, J. D. (2009). *Turismo activo sostenible y experiencia óptima en espacios naturales protegidos de Andalucía*. Universidad de Málaga: Tesis doctoral.
- Turner, G. (1999). *Balancing the balanced scorecard: a new role for human resource accounting in sustaining the knowledge-based organisations of the future*. Canterbury: Uni. Of Kent al.
- Urbina Pérez, O., Pérez Pérez, M. y Martínez Sánchez, A. (2000). Flexibilidad organizativa y relación entre JIT y calidad total. *Alta Dirección*, 210(35), 74-84.
- Vanderven, K. (2008). *Promoting Positive development in early childhood*. New York: Springer.
- Vecina, M. L., Chacón, F. y Sueiro, M. J. (2009). Satisfacción en el voluntariado: estructura interna y relación con la permanencia en las organizaciones. *Psicothema*, 21(1), 112-117.

- Vegas, E. y Santibáñez, L. (2010). *The promise of early childhood development in Latin America and the Caribbean*. Washington: The World Bank.
- Visauta, B. (1998). *Análisis estadístico con SPSS para Windows. Vol. II: Estadística multivariante*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Wayne, G. y Chung, Q. (2005). A framework for performance measurement in the e-business environment. *Electronic Commerce Research and Applications*, 4, 395-412.
- Westlund, A. H. (2001). Measuring environmental impact on society in the EFQM system. *Total Quality Management*, 12, 125-135.
- Ysewijn, P. (1996). *Software for generalizability studies*. Mimeografía.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*. Madrid: Díaz de Santos.
- Zubillaga, A. (2006). *La actividad del jugador de fútbol en alta competición: análisis de variabilidad*. Tesis Doctoral: Universidad de Málaga.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



## Anexos

---



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

## Anexo I. Inventario de calidad en los centros de atención infantil temprana (ICCAIT - v. 1.0)

Estamos interesados en hacer una EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA. Su opinión es muy importante para mejorar la calidad del servicio de nuestro centro. Por esta razón le agradeceremos que conteste al siguiente cuestionario.

Por favor, señale el número que más se aproxime a la valoración que usted quiera indicar, por ejemplo si está “muy de acuerdo” señale la casilla 5 o si por el contrario está “nada de acuerdo” señale la casilla 1 con los enunciados que aparecen a continuación. No existen respuestas malas o buenas, verdaderas o falsas, únicamente DESEAMOS CONOCER SU OPINIÓN SINCERA SOBRE NUESTRO SERVICIO. Los datos que aquí figuren serán confidenciales y únicamente serán utilizados con fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Nada de acuerdo				Muy de acuerdo	
1	2	3	4	5	

Escala 1: Relativa a las instalaciones	1	2	3	4	5
1. El centro está bien ubicado geográficamente.					
2. Es fácil llegar al centro en transporte público.					
3. Las indicaciones para llegar al centro son suficientes.					
4. El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.).					
5. El centro cuenta con plazas de aparcamiento para usuarios-as/hijo-a.					
6. Cuenta con plazas de parking para minusválidos.					
7. La limpieza del centro es adecuada.					
8. La iluminación del centro es adecuada.					
9. La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta.					
10. La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable.					
11. El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.					
12. Su centro cuenta con sala de espera.					

Continúa en página siguiente >>

<< Viene de página anterior

- 
13. Encuentra la sala de espera confortable.
- 
14. Le parece suficiente el número de sillas que hay en ella.
- 
15. Le parecería oportuno que en la sala de espera hubiese material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable su espera.
- 
16. Tendría que haber máquinas expendedoras (café, agua, etc.) en la sala de espera.
- 
17. Debería contar el centro con un servicio de cafetería.
- 

---

**Escala 2: Relativa a las salas de tratamiento (ST) y material**

**1 2 3 4 5**

- 
18. El número de ST es adecuado.
- 
19. El espacio de las ST es suficiente.
- 
20. La temperatura de las ST es agradable.
- 
21. La ventilación de las ST es correcta.
- 
22. El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado.
- 
23. El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario-a/ hijo-a.
- 
24. Los materiales están en buenas condiciones para su utilización.
- 
25. Considera que el material que utilizan es seguro.
- 
26. El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él.
- 

---

**Escala 3: Relativa a la atención del usuario**

**1 2 3 4 5**

- 
27. Considera que el tiempo de espera para la primera cita ha sido breve (1 semana).
- 
28. Considera que ha pasado mucho tiempo (más de 10 días) desde que le hicieron la primera entrevista hasta iniciar las sesiones de tratamiento.
- 
29. La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada.
- 
30. El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente.
- 
31. Piensa que el horario de atención se adapta a sus necesidades.
- 
32. Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado.
- 
33. Se suele respetar el horario asignado por parte del centro.
- 
34. Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento.
- 
35. Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.
- 
36. Considera necesaria la existencia de personal para la atención al público (recepción, información, teléfono, etc.).
-

**Escala 4: Relativa al personal especializado (PE)**

1 2 3 4 5

37. El centro cuenta con personal suficiente para atender a las necesidades del usuario-a/hijo-a (psicólogo, logopeda, fisioterapeuta, profesor de educación especial, etc.).
38. Considera que el (PE) posee los conocimientos necesarios.
39. El (PE) es accesible.
40. El (PE) está cuando se le necesita.
41. Resulta cercano en el trato.
42. Piensa que el usuario-a/ hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro.
43. Valora vd. las aportaciones e iniciativas del (PE).
44. El (PE) actúa como cauce de comunicación/enlace con otras instituciones (educación, sanidad...) cuando es necesario.
45. El (PE) se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario-a/hijo-a.
46. El (PE) sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.
47. Considera que centro necesitaría otro tipo de personal (terapeuta ocupacional, médico, etc.).

**Escala 5: Relativa a la información general**

1 2 3 4 5

48. Considera que ha sido fácil contactar con el Centro.
49. Ha conocido el centro por derivación médica.
50. Ha conocido el centro por información en el colegio.
51. Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales.
52. Ha conocido el centro por otros medios de información distintos a los anteriores.
53. El centro posee buzón de sugerencias.
54. El centro cuenta con hojas de reclamaciones.
55. Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.

**Escala 6: Relativa a la información técnica**

1 2 3 4 5

56. Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas.
57. Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades.
58. La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente.
59. Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.
60. Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre el progresión del usuario-a/hijo-a.
61. El tipo de información que recibe le parece escasa.
62. La información que recibe sobre su hijo-a/usuario es clara.
63. Es importante realizar más esfuerzos en dar a conocer la tarea que realiza el centro a otros.

---

**Datos Sociodemográficos**

---

Nombre del Centro:

Género: H (Hombre) M (Mujer)

Edad:

Lugar de Nacimiento:

Nacionalidad:

Profesión:

Estudios:

Sin estudios:

Doctorado/Master/Estudios Posgrado

---

## Anexo II. Inventario de calidad en los centros de atención infantil temprana (ICCAIT - v. 2.0)

Estamos interesados en hacer una EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA. Su opinión es muy importante para mejorar la calidad del servicio de nuestro centro. Por esta razón le agradeceremos que conteste al siguiente cuestionario.

Por favor, señale el número que más se aproxime a la valoración que usted quiera indicar, por ejemplo, si está “muy de acuerdo” señale la casilla 5 o, si por el contrario, está “nada de acuerdo” señale la casilla 1 en los enunciados que aparecen a continuación. No existen respuestas malas o buenas, verdaderas o falsas, únicamente DESEAMOS CONOCER SU OPINIÓN SINCERA SOBRE NUESTRO SERVICIO. Los datos que aquí figuren serán confidenciales y únicamente serán utilizados con fines de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Nada de acuerdo							Muy de acuerdo
1	2	3	4	5			
<b>Escala 1: Relativa a las instalaciones</b>							<b>1 2 3 4 5</b>
1. El centro está bien ubicado geográficamente.							
2. Es fácil llegar al centro en transporte público.							
3. Las indicaciones para llegar al centro son suficientes.							
4. El centro ha eliminado barreras arquitectónicas para facilitar su acceso (escaleras, escalones, etc.).							
5. La limpieza del centro es adecuada.							
6. La iluminación del centro es adecuada.							
7. La ventilación de las instalaciones del centro le parece correcta.							
8. La temperatura (calefacción, aire acondicionado) del centro le resulta agradable.							
9. El centro cuenta con servicios (cambiador, inodoro, etc.) adaptados a las necesidades del usuario-a/hijo-a.							
10. Su centro cuenta con sala de espera.							
11. Encuentra la sala de espera confortable.							
12. La sala de espera cuenta con un número suficiente de sillas							
13. La sala de espera cuenta con material lúdico (revistas, juguetes, cuentos, etc.) para hacerle más agradable su espera.							

**Escala 2: Relativa a las salas de tratamiento y material**

1 2 3 4 5

- 14. El número de salas de tratamiento es adecuado.
- 15. El espacio de las salas de tratamiento es suficiente.
- 16. La temperatura de las salas de tratamiento es agradable.
- 17. La ventilación de las salas de tratamiento es correcta.
- 18. El material de trabajo que se utiliza en el centro es adecuado.
- 19. El centro cuenta con material suficiente para trabajar con el usuario-a/ hijo-a.
- 20. Los materiales están en buenas condiciones para su utilización.
- 21. El material que se utiliza en las salas de tratamiento es seguro.
- 22. El material de trabajo cumple con las condiciones higiénico-sanitarias (está limpio) para trabajar con él.

**Escala 3: Relativa a la atención del usuario**

1 2 3 4 5

- 23. La atención que recibe el usuario-a/hijo-a en el centro es adecuada.
- 24. El número de sesiones de tratamiento a la semana es suficiente.
- 25. El horario de atención se adapta a sus necesidades.
- 26. Se le ha facilitado un cambio de horario cuando así lo ha solicitado.
- 27. Se suele respetar el horario asignado por parte del centro.
- 28. Cuando su hijo-a/usuario-a mejora o empeora, el centro le cambia la frecuencia de tratamiento.
- 29. Cuando, por cualquier motivo, le anulan una cita, le avisan con tiempo suficiente.

**Escala 4: Relativa al personal especializado**

1 2 3 4 5

- 30. El personal especializado posee los conocimientos necesarios.
- 31. El personal especializado es accesible.
- 32. El personal especializado está cuando se le necesita.
- 33. El personal especializado resulta cercano en el trato.
- 34. Piensa que el usuario-a/ hijo-a se encuentra cómodo con el personal del centro.
- 35. Valora usted las aportaciones e iniciativas del personal especializado.
- 36. El personal especializado se coordina entre sí para mejorar y completar la atención del usuario-a/hijo-a.
- 37. El personal especializado sabe adaptar las tareas a las necesidades del usuario-a/hijo-a.

**Escala 5: Relativa a la información general**

1 2 3 4 5

- 38. Ha conocido el centro por información en el colegio.
- 39. Ha conocido el centro por derivación de Asuntos Sociales.
- 40. El centro posee buzón de sugerencias.
- 41. El centro cuenta con hojas de reclamaciones.
- 42. Considera necesaria la existencia de una persona a la que dirigir sus quejas y/o sugerencias.



**Escala 6: Relativa a la información técnica**

1 2 3 4 5

43. Las actividades que se realizan en el centro con el usuario-a/hijo-a le parecen las adecuadas.

44. Las actividades que le han propuesto en el centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a en casa le resultaron cercanas a sus posibilidades.

45. La información recibida al inicio del tratamiento es coherente con las tareas desempeñadas posteriormente.

46. Recibe indicaciones/programas por parte del centro para trabajar con el usuario-a/hijo-a.

47. Recibe algún tipo de informe (oral/escrito) sobre la progresión del usuario-a/hijo-a.

48. La información que recibe sobre su hijo-a/usuario/a es clara.

**Datos Sociodemográficos****Parentesco con el/ la paciente**

Nombre del Centro:

**(señalar con una X)**

Género: H (1. Hombre) M (2. Mujer)

Madre:

Edad:

Padre:

Lugar de Nacimiento:

Tía:

Sin estudios:

Tío:

Estudios primarios (EGB, Primaria, Secundaria, etc.):

Abuela:

Estudios medios (BUP, ESO, FP, Bachiller, etc.)

Abuelo:

Estudios Superiores (Universitarios):

Cuidadora:

Estudios Posgrados (Doctorados y Masters):

Cuidador:

Otros (indíquelo):

Otros (indíquelo):

¿Cuánto tiempo lleva acudiendo a este centro?

¿Anteriormente, ha acudido a otro centro de atención infantil temprana?

**Si tiene alguna OBSERVACIÓN y/o SUGERENCIA que realizar, por favor, escríbala a continuación:**



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

## Anexo III: Documentos de la Junta de Andalucía (informe de seguimiento)



## INFORME DE SEGUIMIENTO

De CAIT:  
A Pediatra:  
Centro de AP/Hospital:

**DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  V   
Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**NOMBRE PROFESIONAL DE REFERENCIA:**

FECHA DE INICIO INTERVENCIÓN:

**MOTIVO INFORME:**

INICIO DE INTERVENCIÓN <input type="checkbox"/>		CAMBIO EN LA INTERVENCIÓN <input type="checkbox"/>			
Profesionales	Psicología	Logopedia	Fisioterapia	Otros	Horas totales de intervención
UMAT / MES / NIÑO/A					
UMAT/MES / FAMILIA					
UMAT/MES/ENTORNO					

OTRAS INTERVENCIONES (Especificar si está siendo atendido en otro ámbito)

CAMBIO EN DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/>		CATALOGACIÓN DIAGNÓSTICA (ODAT)			
I	II	III	IV	V	VI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnostico principal (Seleccionar según ODAT): \_\_\_\_\_

**SOLICITUD VALORACIÓN ESPECIALISTA** **ESPECIALISTA:**

OBSERVACIONES:

ALTA 

FECHA: \_\_\_\_\_

**MOTIVOS DE ALTA**

Edad     Alta voluntaria     Fallecimiento     Confirmación de un desarrollo adecuado  
 Cambio de equipo responsable (especificar): \_\_\_\_\_     Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Firma y Fecha: \_\_\_\_\_

En conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por el Usuario quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita. El Usuario podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en cumplimiento de lo establecido en la LOPD.



**SPICUM**  
servicio de publicaciones

## Anexo III: Documentos de la Junta de Andalucía (Ficha individual de usuario)



## FICHA INDIVIDUAL DE USUARIOS

**CAIT:****DATOS PERSONALES:**

Apellidos y Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Sexo: M  V 

Nombre de vía:

Número:

Bloque:

Escalera:

Piso:

Puerta:

Municipio:

Provincia:

Cód. Postal:

NSS (Número Seguridad Social):

Teléfono:

Móvil:

e-mail:

Persona cuidadora principal:

**DERIVADO POR PEDIATRA:****CENTRO DE AP/HOSPITAL:**

<b>MOTIVOS DE DERIVACIÓN</b> (Subrayar el término adecuado: retraso o trastorno)	<b>PEDIATRA</b>	<b>CAIT</b>
<input type="checkbox"/> Retraso o <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno sensorial (visual y/o auditivo) que incide en el desarrollo psicomotor <input type="checkbox"/> cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso o <input type="checkbox"/> Trastorno psicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso o <input type="checkbox"/> Trastorno en el desarrollo cognitivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retraso o <input type="checkbox"/> Trastorno en el desarrollo del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno en la comunicación y/o relación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Señales de alerta, de trastornos en el desarrollo, mantenidas en el tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factores biológicos y/o sociales de riesgo que influyen en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FACTORES DE RIESGO CLÍNICO**

Pre – perinatales ( especificar):

Patología asociada (especificar):

En conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por el Usuario quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita. El Usuario podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en cumplimiento de lo establecido en la LOPD.

**CATALOGACIÓN DIAGNÓSTICA “ODAT” (Especificar Código por ejes)**

I	II	III	IV	V	VI																														
<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 50px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					

Diagnóstico principal: (seleccionar el más relevante según ODAT): \_\_\_\_\_

VALORACIÓN INICIAL: (pruebas del desarrollo realizadas, entrevista familiar, observaciones...)

PLAN DE INTERVENCIÓN     SI                       NO

Fecha de derivación de Pediatría:

Fecha de entrevista inicial CAIT:

Fecha de Inicio de Intervención:

**OBSERVACIONES:**

**INTERVENCIÓN TERAPEUTICA:**

Profesionales	Psicología	Logopedia	Fisioterapia	Otros	Horas totales de intervención
UMAT / MES / NIÑO/A					
UMAT/MES / FAMILIA					
UMAT/MES/ENTORNO					

**OTRAS INTERVENCIONES** (Especificar si está siendo atendido en otro ámbito)

Escolarización:  NO     SI                      Fecha de inicio:

CASE o CEIP :

Modalidad Educativa:    A                       B                       C                       D

Nombre y Apellidos del profesional de referencia:

Firma y Fecha:

En conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por el Usuario quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita. El Usuario podrá ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en cumplimiento de lo establecido en la LOPD

## Anexo IV: Hoja de incidencias

**HOJA DE INCIDENCIAS****NOMBRE DEL CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA (CAIT):**

---


Persona que recoge la incidencia	Fecha de la incidencia	Breve descripción de la incidencia



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



## Anexo V: Credencial para encuestadores

<b>ENCUESTADOR</b>	FOTO
Nombre del alumno	
Estudio sobre evaluación de la calidad percibida en los centros de atención temprana	
	CENTRO: Nombre del CAIT. Población



**SPICUM**  
servicio de publicaciones



