

*Escuchar para Entender*

**La infancia con discapacidad en España.  
Prestación de apoyos terapéuticos y educativos:  
insuficiente cobertura y desigual accesibilidad**

Marta Seiz





*Escuchar para Entender*

**La infancia con discapacidad en España.  
Prestación de apoyos terapéuticos y educativos:  
insuficiente cobertura y desigual accesibilidad**

Marta Seiz

FUNCAS

## **PATRONATO**

ISIDRO FAINÉ CASAS

ANTONIO JESÚS ROMERO MORA

FERNANDO CONLLEDO LANTERO

ANTÓN JOSEBA ARRIOLA BONETA

MANUEL AZUAGA MORENO

JOSÉ MANUEL DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ

CARLOS EGEA KRAUEL

MIGUEL ÁNGEL ESCOTET ÁLVAREZ

AMADO FRANCO LAHOZ

JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN

PEDRO ANTONIO MERINO GARCÍA

ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ

## **DIRECTOR GENERAL**

CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA

Impreso en España

Edita: FUNCAS

Caballero de Gracia, 28, 28013 - Madrid

© FUNCAS

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISBN impreso: 979-13-87770-24-2

ISBN digital: 979-13-87770-25-9

Depósito legal: M-13758-2026

Maquetación: FUNCAS

# Índice

---

|                                                                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| AGRADECIMIENTOS .....                                                                                                                                               | 5   |
| RESUMEN EJECUTIVO .....                                                                                                                                             | 7   |
| PRESENTACIÓN: LA IMPORTANCIA DE CONOCER CÓMO SE APOYA<br>A LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD .....                                                                       | 9   |
| CAPÍTULO 1. NECESIDADES DERIVADAS DE LA DISCAPACIDAD INFANTIL<br>Y ACCESO A RECURSOS PERSONALES DE APOYO .....                                                      | 29  |
| 1.1 ¿Qué dificultades se asocian a la discapacidad en la población infantil? .....                                                                                  | 29  |
| 1.2. Acceso a ayudas técnicas, apoyo personal o supervisión<br>y satisfacción familiar con estos recursos .....                                                     | 33  |
| 1.3. Diferenciales socioeconómicos en la amplitud y gravedad<br>de las dificultades y el acceso satisfactorio a recursos de apoyo .....                             | 35  |
| CAPÍTULO 2. EL ACCESO A LA ATENCIÓN TEMPRANA Y OTRAS INTERVENCIONES<br>TERAPÉUTICAS DENTRO DEL ÁMBITO SOCIOSANITARIO .....                                          | 43  |
| 2.1. El acceso a la atención temprana.....                                                                                                                          | 43  |
| 2.2. El acceso a los apoyos terapéuticos más allá de los 6 años .....                                                                                               | 47  |
| CAPÍTULO 3. LA PRESTACIÓN DE APOYOS EDUCATIVOS A LA INFANCIA<br>CON DISCAPACIDAD EN EL ENTORNO ESCOLAR .....                                                        | 57  |
| 3.1. ¿Cómo está escolarizado el alumnado con discapacidad entre 6 y 15 años<br>en España y de quién depende en la práctica la decisión? .....                       | 57  |
| 3.2. El ajuste de la atención educativa a las necesidades específicas<br>del alumnado y su relación con las desigualdades sociales.....                             | 64  |
| 3.3. Variaciones en la prestación de apoyos por titularidad del centro,<br>modalidad educativa y tipo de dificultades .....                                         | 70  |
| 3.4. Experiencias de discriminación y acoso en el centro educativo .....                                                                                            | 71  |
| CAPÍTULO 4. ....                                                                                                                                                    | 73  |
| 4.1. Impactos documentados de la discapacidad infantil sobre la salud<br>y el bienestar de las personas cuidadoras principales .....                                | 73  |
| 4.2. ¿Qué se conoce sobre el impacto de la discapacidad infantil<br>en la conciliación y la participación laboral? .....                                            | 75  |
| 4.3. La dedicación al cuidado de la infancia con discapacidad en España:<br>intensidad en el ámbito familiar e impacto sobre el bienestar<br>de quienes cuidan..... | 75  |
| 4.4. La participación laboral de las principales personas cuidadoras de niños,<br>niñas y adolescentes con discapacidad o limitaciones equivalentes .....           | 83  |
| CONCLUSIONES .....                                                                                                                                                  | 91  |
| BIBLIOGRAFÍA .....                                                                                                                                                  | 103 |
| ANEXO I.....                                                                                                                                                        | 115 |



## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación forma parte, junto a la monografía previa *Familias que afrontan la discapacidad infantil. El desigual acceso a apoyos terapéuticos y educativos: impacto y experiencias*, del proyecto “Desigualdades sociales en el acceso a apoyos terapéuticos y escolares para menores con discapacidad en España”, patrocinado por Funcas. Deseo transmitir mi agradecimiento a Funcas por su apoyo fundamental para la realización de esta investigación, a la UNED y a su Comité de Ética de la Investigación por su respaldo institucional para llevarla a la práctica, al CSIC como institución en la que he terminado de escribir esta monografía, a las entidades y personas que facilitaron el contacto con familias, al Instituto Nacional de Estadística por la inestimable información sobre la infancia con discapacidad que proporciona la encuesta EDAD- 2020, y a la profesora Elisa Chuliá por sus generosas y siempre constructivas aportaciones. A quienes por encima de todo se deben los resultados del proyecto, sin embargo, es a las familias que lo han inspirado en sus esfuerzos diarios, pocas veces comprendidos, apoyados y facilitados por la sociedad en la medida necesaria, y muy especialmente a las que, con su generosidad y a pesar de su escasa disponibilidad de tiempo, han contribuido con su participación en esta investigación. A ellas, y muy especialmente a sus hijas e hijos, que con grandeza, coraje, voluntad y fortaleza avanzan cada día en un contexto con muchas barreras e insuficiente apoyo social, deseo dedicar este trabajo.



## RESUMEN EJECUTIVO

- La discapacidad infantil —que no es un fenómeno minoritario, sino que alcanza en España cifras superiores al 2 %— comporta dificultades de gran calado que requieren intervenciones terapéuticas y educativas extensas y especializadas para garantizar la igualdad de oportunidades en el día a día. Sin embargo, los datos representativos de la encuesta EDAD-2020 indican que una proporción sustantiva de la infancia con discapacidad en España no tiene bien cubiertas sus necesidades terapéuticas, educativas y de desarrollo.
- Pese a un marco normativo que reconoce la necesidad de estos apoyos dentro de un enfoque de derechos humanos, la cobertura de la intervención terapéutica en el ámbito sanitario dista mucho de ser universal, revelándose particularmente escasa a partir de los 6 años. Según la EDAD-2020, aproximadamente un tercio de los/las menores de 6 años susceptibles de necesitarla no reciben ningún tipo de atención temprana, y más de un 40 % de los mayores de esa edad no estarían recibiendo ningún tipo de rehabilitación física o cognitiva o de atención a la salud mental.
- Las intervenciones en el ámbito educativo constituyen la única fuente de apoyo especializado para muchos/as menores con discapacidad a partir de los 6 años. Sin embargo, la provisión de adaptaciones y apoyos en los centros educativos tampoco es generalizada y en muchos casos se percibe como insuficiente. La escolarización en aulas o centros de educación especial (que abarca a aproximadamente un tercio de este alumnado) se asocia con cifras algo más elevadas de satisfacción familiar, lo que pone en cuestión el avance real hacia una inclusión educativa de calidad en centros ordinarios, pese al desarrollo legislativo.
- Las familias con estudios superiores presentan mayor capacidad de detección precoz de dificultades, así como de acceso a la atención temprana y apoyos en los centros educativos. Un bajo nivel de ingresos en el hogar se asocia con una edad más tardía de detección, lo que sugiere barreras económicas a la identificación de dificultades. También implica menor recepción de servicios de rehabilitación física o cognitiva y atención a la salud mental después de los 6 años. Aunque se entrevén esfuerzos por parte del sistema público para atender las necesidades de apoyo educativo del alumnado socioeconómicamente más vulnerable, este es más propenso a la escolarización en centros ordinarios sin apoyos o en centros de educación especial que el residente en hogares con mayor nivel educativo y de ingresos.
- La vulnerabilidad económica en hogares donde residen menores con discapacidad es frecuente y viene asociada a las dificultades para que

la persona cuidadora principal —habitualmente, la madre— concilie las necesidades de cuidado y la asistencia a servicios terapéuticos con la participación en el mercado laboral. La discapacidad infantil no solo tiene un impacto negativo considerable sobre la participación laboral de las personas cuidadoras principales —en su mayoría, madres—, sino también sobre la salud percibida y las posibilidades de autocuidado de estas. Cuando la discapacidad es grave y/o no se reciben apoyos ni adaptaciones en el centro educativo, este último impacto es mayor.

- Es urgente integrar plenamente a la infancia con discapacidad en las políticas familiares, educativas, de conciliación y de lucha contra la pobreza infantil, así como impulsar recogidas regulares de datos representativos, poblacionales o de cohorte a gran escala que contemplen las necesidades y características específicas del colectivo.

## PRESENTACIÓN: LA IMPORTANCIA DE CONOCER CÓMO SE APOYA A LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD

### Estado de la cuestión y objetivos generales del estudio

La atención a los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad es una cuestión que debe adquirir creciente preponderancia en las agendas políticas y sociales sobre infancia y juventud, dada la situación de particular desventaja en la que se encuentran, en diferentes aspectos, estos/as menores y sus familias (véanse, por ejemplo, Stabile y Allin, 2012; Kuper et al., 2014; Balbo et al., 2024). A partir de datos de la EDAD-2020 y del Instituto Nacional de Estadística (INE 2020 y 2024), se estima que en el año 2020 el 3,2 % de la población infantil entre dos y cinco años y el 2,2 % de la comprendida entre los 6 y los 15 años presentaba discapacidad. Como han puesto de manifiesto diferentes estudios, tanto en el ámbito internacional como en el nacional (Tadema y Vlaskamp, 2010; Caicedo, 2014; Sapiets et al., 2021 y 2023; Seiz, 2025), este colectivo presenta necesidades de cuidado intensas y prolongadas en el tiempo, lo que debería suscitar respuestas sociales y políticas que faciliten su cobertura.

Un insuficiente respaldo público es susceptible de generar, por un lado, importantes desigualdades entre las familias que cuentan con mayores recursos personales y económicos para obtener los apoyos que sean precisos y aquellas que no los poseen. Al mismo tiempo, esta circunstancia conlleva un escaso alivio de las cargas económicas y logísticas de las familias, lo que, a su vez, entraña un aumento de la vulnerabilidad financiera, laboral y social de los hogares (Vinck y Van Lancker, 2020; Roddy, 2022; Wondemu et al., 2022; Seiz, 2025).

Por otro lado, las limitaciones de los apoyos institucionales y sociales para la infancia con discapacidad también pueden condicionar tempranamente el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de los/las niños, niñas y jóvenes, así como sus trayectorias de salud y aprendizaje. La importancia de las intervenciones terapéuticas y educativas de calidad —preferentemente aplicadas de forma precoz y mantenidas mientras sean necesarias a lo largo de la infancia y la adolescencia— para mejorar la situación, la evolución y el pronóstico de los y las menores con discapacidad o alteraciones en el desarrollo está sólidamente documentada (Scherzer et al., 2012; Cioni et al., 2016; Park y McKey, 2022; Nelson et al., 2024). Del mismo modo, son bien conocidos los efectos duraderos de las desigualdades y adversidades en la infancia —incluidas las relacionadas con la salud— sobre el curso de vida posterior (Currie y Rossin-Slater, 2015; Pearce et al., 2020). Por todos estos motivos, resulta fundamental garantizar una atención integral y suficiente a las necesidades de menores que ya parten, generalmente desde el nacimiento o la infancia temprana, de situaciones de importante desigualdad con respecto a sus pares sin discapacidad.

A pesar de una creciente conciencia sobre la importancia de la inclusión plena en la sociedad de las personas con discapacidad, así como de las intervenciones que permiten facilitarla desde la infancia, el conocimiento académico sobre cómo se

presta apoyo en España a los menores en esta circunstancia es todavía limitado. En las últimas décadas, la bibliografía sobre la atención terapéutica en el ámbito socio-sanitario y las medidas educativas facilitadoras del aprendizaje y la inclusión social ha experimentado un desarrollo evidente. Con todo, la mayor parte de las investigaciones recientes sobre intervenciones terapéuticas para la infancia con discapacidad en España están centradas en el desarrollo, la gestión y la organización de la atención temprana (véanse, por ejemplo, Escorcia Mora et al., 2021; Casás y Tucatz, 2024) en los beneficios y la eficacia de distintas técnicas e intervenciones (Muriel et al., 2014; Pousa Rodríguez et al., 2015; Herón-Flores et al., 2018; Cárdenas, 2019; Gómez-Cotilla et al., 2024), en abordajes específicos, como los enfoques centrados en la familia (Del Toro y Moreno, 2020; García Grau et al., 2022; Martínez-Tur et al., 2023), o en debates normativos y conceptuales (Canimas, 2015; Puerto y Vázquez, 2024).

Se ha identificado, asimismo, que existen lagunas de conocimiento y datos en cuanto a la evaluación del funcionamiento y del alcance de las intervenciones (Jemes et al., 2019). Un patrón parecido se observa en la literatura académica sobre atención educativa a la infancia con discapacidad, en buena medida focalizada en contribuciones sobre la organización de los servicios de orientación (Tejerina y Aller, 2019; Cortés y Gomez, 2020), la implementación de modelos de educación inclusiva (López-Torrijo, 2014; Booth et al., 2015; Huete García, 2017; Rubio, 2017; Jiménez Lara et al., 2019; Reyes Parra et al., 2020; Toboso et al., 2021), las competencias y recursos con los que debe contar el profesorado (Sebastián-Heredero, 2017; González-Gil et al., 2017; Pérez Gutiérrez et al., 2021; Fernández et al., 2022), y algunos tipos de intervenciones específicas (Martín et al., 2017).

En consecuencia, más allá del muy necesario estudio de las dimensiones mencionadas, sabemos todavía muy poco sobre cómo se materializan en España los apoyos a la infancia con discapacidad en el día a día. Se necesitan investigaciones que aporten conocimiento en detalle sobre la naturaleza, intensidad y calidad de estos apoyos, sobre las fortalezas y limitaciones de los sistemas actuales, y sobre las percepciones familiares respecto a su ajuste a las necesidades cotidianas. Cabe señalar, además, que no parecen existir estudios previos que, de forma comprehensiva y sistemática, así como contemplando diferentes tipos de discapacidad, analicen estas cuestiones a nivel nacional y partiendo de fuentes representativas o poblacionales. Revisando la bibliografía reciente, se han encontrado algunos análisis de percepción familiar de la calidad de la atención temprana o de la inclusión escolar, pero, o bien están restringidos a entornos muy específicos y estudios de caso (López-Torrijo, 2014; Romero-Galisteo et al., 2015; Gómez Hurtado y Moya, 2017; Pascual et al., 2019; Ruiz-Bejarano, 2025), o bien se centran en dimensiones muy concretas, como las prácticas centradas en la familia (Montaño, 2017). Algunos autores, además, han destacado recientemente que existe muy escasa información respecto al perfil de la infancia que hace uso de servicios terapéuticos (Casás y Tucatz, 2024).

Esta investigación pretende, precisamente, contribuir a una mayor cobertura de las lagunas de conocimiento mencionadas, haciendo uso de datos cuantitativos que permitan examinar en detalle las necesidades asociadas a la discapacidad infantil en España, el alcance y las características de los apoyos que se prestan, y las implicaciones de estos aspectos en las desigualdades sociales y el bienestar familiar. Para ello

se parte fundamentalmente de una fuente representativa, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (2020). Esta se complementa, a su vez, con una pequeña encuesta de conveniencia realizada a madres, padres o tutores/as legales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en España y que pretende profundizar sobre algunos aspectos insuficientemente explorados en la EDAD-2020. Asimismo, en este estudio se realiza, a lo largo de todos los capítulos y especialmente en el presente, una aportación en términos de revisión pormenorizada de la bibliografía, la normativa y la implementación de políticas relacionadas con la prestación de apoyos terapéuticos y educativos en España, así como de literatura relevante a nivel internacional, con el fin de situar la cuestión y contribuir a una visión panorámica de los hitos alcanzados y el trabajo que aún queda por hacer.

## Fuentes de datos, objetivos específicos y abordaje empírico

### La encuesta representativa EDAD-2020 del Instituto Nacional de Estadística

Como se ha expuesto en la sección previa, la investigación se fundamenta principalmente en un análisis exhaustivo de los datos sobre necesidades de apoyo, intervención terapéutica, atención educativa y contexto familiar disponibles en la fuente representativa más reciente sobre discapacidad en España: EDAD-2020 (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Esta encuesta, diseñada para poder estimar el número de personas con discapacidad que residen en viviendas familiares principales a nivel nacional y autonómico y con una muestra de aproximadamente 67.500 viviendas, se realizó mediante un proceso de recogida de información multicanal (cuestionarios web, entrevistas telefónicas y cuestionarios en papel enviados mediante correo ordinario) entre el mes de agosto de 2020 y el mes de octubre de 2021.

En lo que respecta a la población infantil, la encuesta ha contado con dos fuentes de información diferenciadas: el cuestionario individual de discapacidades dirigido a personas de 6 y más años —a efectos de las variables de interés en este estudio, se utiliza una muestra que se extiende hasta los 15 años con 317 observaciones— y el cuestionario de limitaciones equiparables relativo a menores de 6 años (para los objetivos del estudio, se utiliza la información correspondiente a niñas y niños entre dos y cinco años, con una muestra de 190 casos). Ambos cuestionarios recogen información sobre características sociodemográficas (sexo, edad) del niño, niña o adolescente, sobre la persona informante y su relación con el/la menor, sobre el tipo y número de dificultades asociadas a su discapacidad o limitaciones que presenta y su etiología, sobre los cuidados que recibe y sobre el impacto que estos han tenido en la salud, el descanso y la participación laboral de la persona que ejerce como cuidadora principal.

El cuestionario de limitaciones realizado a menores de 6 años recoge también información sobre la recepción de atención temprana y sobre si se ha diagnosticado al/a la menor alguna alteración o enfermedad de duración esperada superior a un año y por la que necesite cuidados o atenciones especiales. El cuestionario individual de discapacidades realizado a mayores de 6 años ha permitido, a su vez, conocer la gravedad

de la discapacidad; la disponibilidad de recursos de apoyo personal, supervisión o ayudas técnicas; la recepción de servicios de rehabilitación física o cognitiva y de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica; la disponibilidad de adaptaciones y apoyos en los centros educativos y las distintas modalidades de escolarización; y la percepción de las personas informantes sobre estos recursos. En el análisis se utiliza, asimismo, información sociodemográfica y económica familiar recogida mediante el cuestionario individual de discapacidades y el cuestionario de hogares.

Es importante explicar que el concepto de discapacidad utilizado en la EDAD-2020 parte —con algunas diferencias de matiz— de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF). En concreto, se basa en la existencia de limitaciones *importantes* (definidas en los cuestionarios como dificultades totales, grandes o moderadas) para llevar a cabo una serie de actividades habituales de la vida diaria. Estas limitaciones, según se establece en el documento de metodología de la encuesta, deben haber durado o previsiblemente extender su duración más de un año, así como tener su origen en enfermedad/es o problemas/s de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

Este estudio se ha realizado a partir de los ficheros de microdatos disponibles para su descarga a través de la página web de la EDAD-2020<sup>1</sup> —convenientemente ponderados para alcanzar representatividad a nivel nacional y autonómico—, utilizando las muestras de menores entre 6 y 15 años con discapacidad ( $n=317$ ; 106.300 individuos tras ponderar) y de niños y niñas con edades comprendidas entre los dos y los cinco años con limitaciones equivalentes ( $n=190$ ; 65.900 individuos tras ponderar). Este uso supone en sí una aportación novedosa a la investigación existente, ya que los datos de esta encuesta apenas han sido explotados en profundidad y de forma amplia para analizar cuestiones relativas a la discapacidad infantil en España.

A continuación, se presentan en el cuadro 1 las características sociodemográficas y socioeconómicas principales de la población infantil con discapacidad o limitaciones equiparables en las actividades de la vida diaria incluida en la EDAD-2020. Como se puede observar, existe una distribución equilibrada en grupos de edad, si bien no tanto a nivel de sexo: la discapacidad infantil, según la EDAD-2020, sería más frecuente en varones (65,9 % de los casos). La mayor parte de las personas informantes son progenitores de los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad en cuestión; en particular, madres. El nivel educativo más común, tanto en lo que se refiere a la persona informante como al nivel máximo completado en el hogar, son los estudios de secundaria, bachillerato o formación profesional, seguidos por los universitarios y, en tercer lugar, por los estudios de primaria (finalizados o no). Es preciso destacar que, en general, se trata de familias en situaciones económicas vulnerables: casi el 62 % de los y las menores incluidos/as en el análisis vive en un hogar que ingresa menos de 2.000 euros netos mensuales.

<sup>1</sup> Tanto los ficheros de microdatos como los cuestionarios y la información metodológica pueden descargarse en el siguiente enlace: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175#\\_tabs-1254736195313](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175#_tabs-1254736195313)

## Cuadro 1

**Distribución de las características demográficas y socioeconómicas básicas de la población infantil con discapacidad o limitaciones equiparables incluida en la EDAD-2020**  
En porcentaje

|                                                                            |                                                              |      |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------|
| Sexo del/de la menor                                                       | Femenino                                                     | 34,1 |
|                                                                            | Masculino                                                    | 65,9 |
| Edad del/de la menor                                                       | De 2 a 5 años                                                | 38,3 |
|                                                                            | De 6 a 12 años                                               | 38,5 |
|                                                                            | >12 años                                                     | 23,2 |
| Sexo de la persona informante                                              | Femenino                                                     | 63,7 |
|                                                                            | Masculino                                                    | 35,4 |
|                                                                            | No disponible                                                | 0,9  |
| Relación de la persona informante con el menor o la menor con discapacidad | Progenitor/a                                                 | 89,4 |
|                                                                            | Otra relación                                                | 10,6 |
| Máximo nivel de estudios completado por la persona informante              | Estudios universitarios                                      | 22,6 |
|                                                                            | Estudios de secundaria, bachillerato o formación profesional | 61,2 |
|                                                                            | Estudios primarios o menos                                   | 14,4 |
|                                                                            | No disponible                                                | 1,8  |
| Máximo nivel de estudios completado en el hogar                            | Estudios universitarios                                      | 34,9 |
|                                                                            | Estudios de secundaria, bachillerato o formación profesional | 58,4 |
|                                                                            | Estudios primarios o menos                                   | 6,7  |
|                                                                            | No disponible                                                | —    |
| Ingresos mensuales netos del hogar                                         | < 2.000 euros                                                | 61,9 |
|                                                                            | 2.000-3.800 euros                                            | 21,1 |
|                                                                            | >= 3.900 euros                                               | 5,3  |
|                                                                            | No disponibles                                               | 11,7 |

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

## Encuesta de conveniencia para indagar sobre aspectos no explorados

Si bien la EDAD-2020 proporciona una información extraordinariamente valiosa sobre la infancia con discapacidad en España debido a su carácter representativo a nivel nacional, así como a la información detallada que ofrece respecto al tipo de dificultades experimentadas por los menores y la situación de las personas cuidadoras principales, los aspectos relativos al objeto central de este estudio —la prestación de apoyos terapéuticos y educativos— se tratan de forma relativamente general. La EDAD recoge información sobre si se reciben distintos tipos de intervención terapéutica —atención temprana, rehabilitación física o cognitiva, atención psicoterapéutica, psiquiátrica o psicológica—, así como sobre si se han realizado adaptaciones en las instalaciones del centro educativo y sobre si los niños y las niñas han dispuesto de adaptaciones curriculares y de apoyos orientados a la inclusión. Asimismo, permite conocer la titularidad de los servicios o centros que prestan dichos apoyos, la modalidad de escolarización y las vías que han conducido a esta, y la percepción familiar sobre la suficiencia o insuficiencia de algunos de los recursos prestados. Sin embargo, no se profundiza en aspectos importantes de la prestación de apoyos terapéuticos, tales como la facilidad y edad de acceso a ellos, el número y tipo de intervenciones que se reciben, su intensidad, la satisfacción familiar con su calidad, sus resultados,

sus horarios y su localización. Del mismo modo, en lo que respecta a la atención educativa, no se dispone de datos sobre la facilidad de acceso, el tipo de apoyos que se reciben, con qué intensidad y en qué ámbitos del entorno escolar, las preferencias de las familias sobre el tipo de modalidad educativa o el tipo de jornada, y su satisfacción con la calidad de los apoyos y con diferentes dimensiones de su prestación. Con el fin de poder obtener conocimiento sobre estas cuestiones, aunque sea a título meramente ilustrativo que pueda guiar futuros esfuerzos de producción de datos, se ha complementado la información proporcionada por la encuesta EDAD-2020 con una pequeña encuesta de conveniencia propia sobre discapacidad infantil y apoyos, denominada DISINFAP-25.

Esta encuesta complementaria, realizada entre los meses de julio y septiembre de 2025, comprende una muestra de 20 informantes —progenitores o tutores/as legales de menores con discapacidad— de distintas comunidades autónomas (Comunidad de Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Castilla y León, Galicia y Extremadura). La encuesta contó con la aprobación del Comité de Ética de la UNED y se administró por vía telemática<sup>2</sup>, previo consentimiento informado de los dos progenitores, a través de un cuestionario anónimo y con un código de acceso único para cada informante. Las personas participantes fueron reclutadas a través de redes sociales y mediante la distribución de un material informativo sobre la encuesta por parte de entidades dedicadas a la atención a menores con discapacidad y sus familias<sup>3</sup>.

Si bien la voluntad inicial fue realizar una encuesta complementaria de mayor entidad, con una muestra sustantiva y con cierta representatividad en variables clave, esta ambición no pudo materializarse. Las barreras que condujeron a ello fueron fundamentalmente dos: por un lado, las grandes dificultades de acceso a una población de por sí minoritaria y, tal y como las propias familias declaran, con muy escasa disponibilidad de tiempo<sup>4</sup>, y la necesidad de contar —por recogerse información especialmente sensible relacionada con la salud de menores— con el consentimiento informado explícito, por escrito y firmado de ambos progenitores de forma previa a la cumplimentación del cuestionario. Ambos factores, además de convertir en poco viable la opción de encuesta mediante los habituales paneles telemáticos ofrecidos por empresas, se tradujeron en elevadas tasas de atrición respecto a las muestras de interés en la participación iniciales.

Con todo, los resultados obtenidos a partir de la pequeña muestra reclutada, aunque en modo alguno pueden utilizarse para extraer conclusiones aplicables a nivel

<sup>2</sup> Para ello se ha utilizado la versión profesional del *software* de gestión de encuestas LimeSurvey, que permite garantizar el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea, así como salvaguardar la confidencialidad proporcionando un enlace único y anónimo a la encuesta a cada persona participante.

<sup>3</sup> En el material informativo se facilitaba una dirección de contacto para el envío de expresiones de interés en participar. No se detallan aquí las entidades colaboradoras por motivos de confidencialidad y anonimato, al contarse con una muestra pequeña de individuos participantes.

<sup>4</sup> Los fuertes constreñimientos en cuanto a disponibilidad de tiempo que caracterizan a estas familias están reflejados en un estudio previo; véase Seiz (2025). También trascienden de forma clara en el capítulo 4 de este estudio.

poblacional, resultan útiles para transmitir una variedad de dimensiones no exploradas en la fuente representativa de referencia, la EDAD-2020, pero sí destacadas por las familias participantes, aportando así información potencialmente relevante para el diseño de futuros análisis. Entre estas dimensiones se encuentran, como se ha apuntado, las experiencias relativas al acceso a intervenciones terapéuticas y apoyos educativos y la variedad de estos últimos en cuanto a tipos, intensidad, alcance y calidad percibida; otras reflejan las diferencias que pueden existir respecto a la facilidad de acceso a derechos claves para la recepción de recursos —el diagnóstico y los reconocimientos de discapacidad, dependencia y necesidad de apoyo educativo—, así como respecto a la calidad de vida familiar y el apoyo institucional y social recibido. Parte de los resultados obtenidos mediante la encuesta DISINFAP-25, cuyo cuestionario completo se encuentra en el Anexo I, pueden, además, ser contrastados, confirmados o contextualizados a partir de la evidencia representativa que proporciona la EDAD-2020.

En el cuadro 2 se presentan las características demográficas y socioeconómicas básicas de las personas que respondieron a la DISINFAP-25 y de los/las menores a su cargo. Al igual que en la EDAD-2020, la mayoría de las personas informantes son mujeres (80 %, en todos los casos progenitoras) y los/las menores que tienen a cargo se reparten entre tres franjas de edad (2 a 5 años, 6 a 12 años —siendo esta la más numerosa— y mayores de 12 años). Sin embargo, como es habitual en las encuestas telemáticas no representativas, en la encuesta de conveniencia se aprecia un sesgo hacia un nivel de cualificación elevado (Ortmanns y Scheider, 2016), contando el 80 % de las personas participantes con estudios universitarios. También se hallan sobrerrepresentados —en comparación con la composición poblacional reflejada en

## Cuadro 2

### Distribución de las características demográficas y socioeconómicas de las personas participantes en la encuesta de conveniencia realizada dentro de esta investigación y los/las menores a su cargo

En porcentaje

|                                                                            |                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|
| Edad del/de la menor                                                       | De 2 a 5 años                                                | 25  |
|                                                                            | De 6 a 12 años                                               | 50  |
|                                                                            | >12 años                                                     | 25  |
| Sexo de la persona informante                                              | Femenino                                                     | 80  |
|                                                                            | Masculino                                                    | 20  |
| Relación de la persona informante con el menor o la menor con discapacidad | Progenitor/a                                                 | 100 |
| Máximo nivel de estudios completado por la persona informante              | Estudios universitarios                                      | 80  |
|                                                                            | Estudios de secundaria, bachillerato o formación profesional | 20  |
|                                                                            | Estudios primarios o menos                                   | —   |
| Ingresos mensuales netos del hogar                                         | 2.000-2.999 euros                                            | 40  |
|                                                                            | 2.000-3.999 euros                                            | 20  |
|                                                                            | 4.000-4.999 euros                                            | 20  |
|                                                                            | >5.000 euros                                                 | 20  |

Fuente: Encuesta de conveniencia propia realizada en el marco de esta investigación entre los meses de julio y diciembre de 2025.

la EDAD-2020— los hogares con ingresos medios y altos (de hecho, en la encuesta de conveniencia DISINFAP-25 no han participado los hogares con rentas muy bajas; es decir, ingresos netos mensuales menores de 2.000 euros).

### Descripción de los objetivos específicos y la estrategia empírica

Los objetivos específicos de la presente investigación a nivel empírico son cuatro, reflejados en su estructura por capítulos, y se describen brevemente a continuación junto a los procedimientos de análisis utilizados.

En primer lugar, se ha buscado ofrecer, como punto de partida que guíe la reflexión sobre la intensidad y las formas de apoyo que precisan los y las menores con discapacidad una panorámica representativa a partir de la encuesta EDAD-2020 sobre la entidad y la magnitud de sus necesidades. Para ello, se han analizado la naturaleza y el alcance de las dificultades experimentadas por los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad, o limitaciones equiparables, en distintos grupos de edad —a partir del tipo de dificultades presentadas y el número de áreas en las que se presenta dificultad—, la gravedad de la discapacidad (en función de si las dificultades son totales o grandes en oposición a moderadas), el estado de salud asociado, los requerimientos de ayudas técnicas, supervisión y apoyos, y la medida en la que estos recursos, si se cuenta con ellos, satisfacen las necesidades presentadas. Esta información se complementa con la procedente de la encuesta de conveniencia DISINFAP-25 sobre experiencias relativas al acceso a un diagnóstico y a los reconocimientos de discapacidad y dependencia, que muchas veces resultan fundamentales para garantizar la prestación de apoyos terapéuticos y educativos.

En segundo lugar, se examina la información disponible en la EDAD-2020 sobre el uso de servicios sociosanitarios de intervención terapéutica —en concreto, de atención temprana, de rehabilitación física o cognitiva, y de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica— con el fin de conocer qué proporción de menores con discapacidad o limitaciones funcionales equivalentes los recibe. Se analiza también si estos servicios se prestan desde el ámbito público o privado, así como el coste que afrontan las familias en relación con estas intervenciones y la necesidad de financiar otros recursos como ayudas técnicas, adaptaciones, asistencia personal o tratamientos médicos. A partir de los datos que ha arrojado la DISINFAP-25 se profundiza sobre aspectos más específicos no recogidos en la EDAD-2020, como el momento en el que se empiezan a recibir distintos tipos de intervención terapéutica, la facilidad o dificultad de acceso que pueden encontrar las familias, el abanico de terapias que se reciben, su posible intensidad en términos de horas y las diferentes dimensiones con las que las familias pueden estar más o menos satisfechas.

En tercer lugar, se pone el foco en la recepción de apoyos en el ámbito educativo. La EDAD-2020 permite conocer si los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años están escolarizados y en qué modalidad (especial u ordinaria) y tipo de centro (de titularidad pública, concertada o privada). También proporciona información sobre los motivos de escolarización en la modalidad correspondiente, sobre si los/las menores han contado con adaptaciones (de las instalacio-

nes, ordenadores, mobiliario, etc.) en el centro de estudios, sobre si han necesitado y recibido suficientes apoyos, adaptaciones curriculares u otro tipo de recursos orientados a su inclusión educativa, y sobre experiencias de acoso o discriminación. La encuesta de conveniencia DISINFAP-25 realizada en el marco de esta investigación ofrece, además, datos orientativos sobre las edades a las que se obtiene el dictamen de necesidades educativas especiales, sobre diferentes experiencias en el acceso a este dictamen, sobre la variedad de apoyos recibidos y su intensidad, sobre la prestación de apoyos en ámbitos extracurriculares, como los patios, las actividades extraescolares o el comedor, y sobre las distintas dimensiones de la atención educativa con las que las familias pueden experimentar menor o mayor satisfacción (en concreto, la formación de los profesionales educativos, la calidad de los apoyos, la coordinación con las familias y profesionales externos, la cobertura de las necesidades cotidianas de los y las menores, y la modalidad de escolarización).

Por último, a partir de los datos representativos de la EDAD-2020 se analizan la dedicación a los cuidados, el bienestar personal —en términos de salud percibida y posibilidades de autocuidado— y la participación laboral de quienes ejercen de cuidadores principales de niños, niñas o adolescentes con discapacidad. Los dos últimos factores se ponen en relación con el soporte terapéutico y los apoyos educativos recibidos (medidos a través del tipo y grado de apoyo y su correspondencia con las necesidades percibidas). De este modo, se pretende obtener conocimiento acerca del impacto más amplio de la suficiencia o insuficiencia de apoyos terapéuticos y educativos sobre el bienestar de la familia en su conjunto. La encuesta de conveniencia también permite profundizar en algunos aspectos de estas dimensiones, al recoger información sobre la compatibilización de los servicios terapéuticos y el día a día escolar con la participación laboral de los progenitores, así como sobre la satisfacción con la propia calidad de vida y la percepción de apoyo social e institucional.

En el análisis de todos los objetivos se presta especial atención a las desigualdades sociales que podrían atravesar los fenómenos y las dimensiones de interés, ya que —de acuerdo con lo observado en un análisis cualitativo de ámbito geográfico más restringido (Seiz, 2025)— se vislumbran, a nivel nacional y agregado, brechas socioeconómicas y culturales en el acceso a intervenciones terapéuticas y apoyos educativos. Las familias en situación de desventaja económica podrían verse abocadas a procesos de detección, diagnóstico y establecimiento de apoyos más tardíos, ante la imposibilidad de compensar, mediante recursos privados, posibles demoras administrativas o de acceso a los servicios en el sistema público. La evidencia cualitativa recogida en 2024 apunta a que aquellas familias con menor conocimiento de los servicios existentes y de los procedimientos necesarios para beneficiarse de ellos podrían, a su vez, experimentar barreras de acceso a un reconocimiento precoz de derechos y a los apoyos que se derivan de ellos.

Por todo lo anterior, la detección de diferenciales sociales constituye otro objetivo específico fundamental de este estudio, siendo transversal a todos los anteriores. Su importancia en el análisis es central, ya que permite comprender hasta qué punto la desigualdad de oportunidades derivada de la discapacidad infantil y la relacionada con la situación socioeconómica familiar se refuerzan mutuamente o se ven amortiguadas por mecanismos efectivos y accesibles de intervención terapéutica y

apoyo educativo. Las principales variables de estratificación social que se tienen en cuenta son el nivel educativo de la persona cuidadora principal (*estudios universitarios; estudios de bachillerato, formación profesional o secundaria, estudios de primaria o inferiores*), el máximo nivel de estudios alcanzado en el hogar y el nivel de ingresos netos mensuales del mismo (*ingresos bajos —0 a 1.999 euros—, medios —2000 a 3.899 euros—, o altos —3.900 euros o más—*)<sup>5</sup>. Se considera que el nivel educativo podría capturar el grado de conocimiento de las familias sobre un desarrollo infantil alterado, sobre discapacidad, sobre los apoyos existentes, y sobre cómo proceder para movilizarlos. Por su parte, el nivel de ingresos del hogar reflejaría la capacidad económica familiar para afrontar gastos relacionados con la discapacidad infantil.

El análisis llevado a cabo en los capítulos empíricos es fundamentalmente descriptivo, realizándose una caracterización de los fenómenos de interés y su alcance. Cuando se comparan las cifras obtenidas entre grupos —atendiendo, por ejemplo, a diferencias relativas al nivel educativo o económico del hogar, o a las que tienen que ver con la gravedad de la discapacidad o la recepción de diferentes apoyos— se realizan también análisis de regresión (lineal o logística, en función del tipo de variable dependiente) para comprobar si las relaciones encontradas entre distintos fenómenos son estadísticamente significativas. Se ha optado por esta estrategia, en lugar de otras pruebas para la comparación de medias y proporciones, porque permite comprobar si las relaciones observadas se mantienen al considerar otros factores relevantes —introducidos en los modelos como variables de control—, así como también examinar simultáneamente la relevancia de una asociación frente a otra. Los modelos de regresión —cuyos resultados, cuando es pertinente, se presentan e interpretan a lo largo del texto— se estiman con ponderación (utilizando el factor de elevación incluido en la encuesta) y sin ella, para comprobar la consistencia entre los resultados obtenidos a nivel poblacional y aquellos que se derivan solo del análisis de la muestra utilizada. Las cifras ofrecidas a nivel descriptivo siempre están debidamente ponderadas. Siguiendo la convención habitual, se parte generalmente del umbral de un nivel de confianza de al menos un 95 % para considerar que una relación entre dos variables es estadísticamente significativa. No obstante, como las muestras iniciales de las que se parte no son muy grandes (317 individuos en el caso de los menores con discapacidad entre 6 y 15 años, y 190 individuos en el caso de los menores de 6 años, lo que se traduce en submuestras de pequeño tamaño), en ocasiones se tiene en cuenta un nivel de confianza del 90 % ( $p\text{-valor} < 0.1$ ) como indicativo de relaciones posiblemente relevantes.

<sup>5</sup> Se ha optado por esta operacionalización partiendo, por un lado, de las categorías de ingresos por hogar que proporciona el INE en la EDAD-2020 (que cubren franjas de ingresos monetarios mensuales netos de los miembros del hogar y cuya categoría superior es “de 3.900 euros en adelante”) y, por otro, de las cifras de renta anual media que proporciona el Instituto Nacional de Estadística (2025) para lo que podría ser un hogar típicamente representativo de la población de interés —un hogar con dos adultos y uno o más niños dependientes— en los años de realización de la encuesta (2020 y 2021). Dichas cifras se traducen en una renta neta mensual de 3.102 euros en 2020 y 3.120 euros en 2021. En consecuencia, y teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por las franjas de ingresos proporcionadas en la EDAD-2020, parece razonable situar, como opción conservadora, el umbral de ingresos bajos en menos de 2.000 euros netos mensuales, y el umbral de ingresos altos en 3.900 euros netos mensuales o más, ya que no es posible establecer uno superior.

## Los contextos de la prestación de apoyos terapéuticos y educativos a la infancia con discapacidad en España

A continuación, para contextualizar la investigación, se presenta información sobre el marco normativo que guía actualmente la prestación de servicios de intervención terapéutica y apoyos educativos sostenidos con fondos públicos en el territorio nacional, así como las variaciones regulatorias derivadas de la delegación de competencias a las comunidades autónomas.

### El encuadre de los apoyos terapéuticos y educativos a la infancia con discapacidad en los derechos humanos fundamentales

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) establece en su artículo 7, titulado “Niños y niñas con discapacidad”, que “los Estados Partes tomarán todas las medidas necesarias para asegurar que todos los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas”. Dos derechos fundamentales respecto a los objetivos del estudio que nos ocupa son el derecho a la salud y el derecho a la educación. En el artículo 25 (“Salud”) de la Convención se precisan las acciones que deben garantizar los Estados adheridos a la misma para salvaguardar el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud y, entre ellas, se encuentra la intervención terapéutica. Específicamente, se establece —haciendo mención expresa a la infancia— que entre los servicios de salud que los Estados Parte han de proporcionar a las personas con discapacidad se encuentran “la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades”.

El artículo 26 (“Habilitación y rehabilitación”), a su vez, protege el derecho a que los Estados adopten “medidas efectivas y pertinentes [...] para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”. A tal efecto se prevé que “los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación [...], de forma que esos servicios y programas comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de las personas”. Estos derechos a la habilitación y rehabilitación no solo se contemplan referidos al ámbito de la salud, sino también explícitamente a otros como el educativo.

Este marco se amplía, además, con la Observación General número 9 (“Los derechos de los niños con discapacidad”) del Comité de los Derechos del Niño, que insta a los Estados al establecimiento de “sistemas de detección precoz y de intervención temprana como parte de sus servicios de salud [...]” y a proporcionar tratamiento, rehabilitación y “todos los dispositivos necesarios que permitan a los niños con discapacidad llegar a todas sus posibilidades funcionales”, haciéndose hincapié en la facilidad de acceso y el fomento de la gratuidad. En líneas similares, la Observación General número 4 (“El derecho a la educación inclusiva”) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad alienta a los Estados a la adopción —desde

la etapa más temprana posible— de medidas eficaces que proporcionen servicios de habilitación y rehabilitación dentro del sistema educativo, incluyendo “los de atención a la salud, ocupacionales, físicos, sociales, de asesoramiento y de otra índole” (Muñoz Bravo et al., 2024). Existe, por tanto, amplio reconocimiento formal internacional de que las medidas de intervención terapéutica y educativa destinadas a la infancia con discapacidad son instrumentos clave e irrenunciables para salvaguardar derechos fundamentales universales.

### Normativa nacional y autonómica y heterogeneidad en el desarrollo de intervenciones terapéuticas públicas

Como Estado que ha ratificado la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, España la integra desde 2008 en su ordenamiento jurídico. Así, en esta Convención se enmarca el desarrollo de medidas e intervenciones que garanticen los derechos a la salud, a la plena inclusión y participación social, y a la educación en igualdad de condiciones con respecto a sus pares de la infancia con discapacidad. Entre las herramientas que mayor desarrollo regulatorio e institucional ha adquirido en España en las últimas décadas se encuentra la atención temprana (AT), situada en la intersección de la sanidad, la educación y los servicios sociales y sujeta, por ello, a una normativa fragmentada, ya que su regulación tiene lugar fundamentalmente en el ámbito de las comunidades autónomas (Muñoz Bravo et al., 2024).

A nivel estatal, entre la legislación reciente más relevante se encuentra la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), que contempla la adopción de un plan integral para los menores de 3 años en situación de dependencia. A ella se suma el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, que insta al establecimiento de programas de intervención orientados a la adquisición del máximo nivel de desarrollo y autonomía personal y que comiencen tan tempranamente como sea posible. Hay que destacar, asimismo, la Resolución de 23 de abril de 2013 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, que precisa, entre otros aspectos, lo que se entiende por AT y establece la responsabilidad al respecto del ámbito educativo entre los 3 y los 6 años. Por último, debe mencionarse la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, que recoge específicamente el derecho a la AT hasta los 6 años en todo el territorio nacional.

Debido a la transferencia de competencias, las comunidades autónomas tienen, a su vez, diferentes regulaciones relativas a la AT establecidas a través de leyes, decretos, órdenes o regulaciones específicas de los servicios sociales (Bermejo y Alonso, 2023; Muñoz Bravo et al., 2024). Estas normas concretan cómo se materializan los derechos en cada territorio y dan lugar a desarrollos y modelos de gestión muy distintos. Por este motivo, persiste una notable heterogeneidad entre comunidades autónomas en lo referente a la cobertura de los servicios —especialmente, en cuanto a la edad de recepción, normativamente consensuada en los 0 a 6 años, pero diferente en ocasio-

nes en la práctica—, así como respecto al tipo de entidades y ámbitos (sanitario, social o educativo) que los gestionan, a los perfiles de los profesionales que los prestan, a las actuaciones que se incluyen, a los procedimientos de derivación y valoración y a los tiempos de acceso a las intervenciones (Bermejo y Alonso, 2023). Se ha constatado que la falta de uniformidad normativa y, sobre todo, el insuficiente cumplimiento de las regulaciones existentes conlleva respuestas y coberturas desiguales (Muñoz Bravo et al., 2024). Otros autores han destacado, a su vez, la falta de implementación de estándares de calidad —en parte, debida a la ausencia de desarrollos normativos que faciliten su aplicación (Casás y Tucac, 2024)—, y las demoras en las derivaciones, valoraciones e intervenciones resultantes de insuficiente coordinación y unificación de los procedimientos y criterios (Bermejo y Alonso, 2023).

En los últimos años se han dado pasos para consolidar y mejorar la prestación de servicios de AT a menores de 6 años que la necesiten en todo el territorio nacional. En este sentido, cabe destacar la aprobación en 2021 por el Consejo de la Unión Europea de la Recomendación de la Garantía Infantil Europea, que recoge un compromiso con la mejora de la AT en la primera infancia (Casás y Tucac, 2024), así como la publicación, en 2023, del acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que también establece una hoja de ruta para este fin y lo reconoce como un derecho de la población menor de 6 años, previendo la creación de una red de atención gratuita y universalmente accesible (véanse Bermejo y Alonso Ruelas, 2023, y Muñoz Bravo et al., 2024). Recientemente se adoptó, además, el “Consenso Estatal para la Mejora de la atención temprana. Despliegue de la Hoja de Ruta: objetivos, medidas y estándares generales de calidad” (Resolución de 4 de marzo de 2025, de la Secretaría de Estado de Sanidad). El documento establece compromisos para la mejora de la AT, define un marco conceptual común, líneas de acción e indicadores de calidad, promoviendo tiempos de respuesta no superiores a cuarenta y cinco días (a este respecto, véase también Grupo Técnico de Atención Temprana, 2025). Este consenso se acompaña de una dotación económica destinada a que los gobiernos autonómicos mejoren sus sistemas y servicios de atención (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 y 2025).

La atención terapéutica posterior a los 6 años, sin embargo, no está regulada del mismo modo que la AT, pese a los consensos mencionados sobre la necesidad de garantizar las intervenciones terapéuticas necesarias a cualquier edad como parte del derecho a la salud, a la educación y a la participación social (Muñoz Bravo et al., 2024). Es preciso resaltar la importancia, constatada por especialistas pediátricos, de realizar un trabajo de habilitación y rehabilitación a lo largo de la infancia y la adolescencia (Kerbl et al., 2016), en lugar de limitarlo a los primeros años de vida. Se ha observado, asimismo, que el acceso a estos servicios puede repercutir sobre aspectos más amplios de la calidad de vida familiar, como el empleo de los progenitores, su situación financiera y la calidad de su descanso (Rogers y Hogan, 2003).

En España, se prevé que, a partir de los 6 años, los apoyos terapéuticos hasta entonces ofrecidos en el ámbito sociosanitario de la AT se presten en otros entornos, fundamentalmente en el educativo (véase Muñoz et al., 2024 y Grupo Técnico de Atención Temprana, 2025). Tras valoración y dictamen de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica, los niños, las niñas y las/los adolescentes que cursan enseñanzas

obligatorias pueden tener derecho, en función del caso, a apoyo dentro del entorno escolar por parte de especialistas en pedagogía terapéutica, en audición y lenguaje y en fisioterapia. Asimismo, algunos organismos públicos, como los hospitales u otros centros sanitarios (por ejemplo, centros de salud mental), pueden continuar prestando servicios terapéuticos a población infantojuvenil mayor de 6 años en determinadas circunstancias. También existen ayudas económicas, como las que ofrece el Ministerio de Educación para alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo, destinadas a reeducación pedagógica y del lenguaje (Plena Inclusión, 2025). Según la LAPAD, la “prestación económica vinculada al servicio”, asociada al reconocimiento de la dependencia, puede utilizarse para financiar servicios prestados por entidades privadas “cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención” (Boletín Oficial del Estado, 2006a).

No obstante, existe evidencia reciente de que la cobertura de las alternativas mencionadas resulta frecuentemente insuficiente, lo que implica que muchas familias deben realizar un esfuerzo económico importante para costear todos los servicios terapéuticos que los menores precisan (Seiz, 2025). La Federación Española de Asociaciones de Profesionales de la atención temprana (GAT, 2019) ha demandado que la atención terapéutica que actualmente se ofrece a través del sistema público de atención temprana se garantice a todas las personas que la necesiten más allá de los 6 años y durante todo su ciclo vital, ya que la plasticidad del sistema nervioso y los beneficios de la intervención se mantienen a lo largo de la vida. Distintas plataformas de familias han realizado peticiones en la misma línea (Servicio de Información sobre Discapacidad, 2018). La investigación científica sobre neurología y neurodesarrollo respalda rotundamente esta perspectiva (véanse, entre otros, Johnston, 2009; Kolb y Gibb, 2011; Grigorenko, 2017; Byers et al., 2018; Alarcos et al., 2021 y Sargent et al., 2022).

### Normativa nacional y autonómica y garantías institucionales respecto a los apoyos en el ámbito educativo

El artículo 24 (“Educación”) de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad refleja el enfoque de derechos fundamentales anteriormente mencionado aplicado al ámbito educativo, en tanto en cuanto reconoce el derecho de las personas con discapacidad a recibir educación sobre la base de la igualdad de oportunidades, y subraya que “los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles”. Al mismo tiempo, se insta a los Estados firmantes de la Convención a asegurar la no exclusión de las personas con discapacidad del sistema general de educación por esta circunstancia. Se establece también que deberán garantizar la prestación del apoyo necesario para la formación; el acceso a “ajustes razonables en función de las necesidades individuales” y a medidas de apoyo y adaptaciones personalizadas; y la formación de los profesionales (Naciones Unidas, 2006).

En España se ha producido en las últimas décadas una evolución normativa y política que fundamenta cada vez en mayor grado las medidas de atención educativa a la infancia con discapacidad en principios de “normalización, integración e inclusión”. Estos principios han venido a conformar gradualmente la llamada inclusión educativa y se han ido cristalizando a través de diferentes legislaciones. En la década de los

setenta, la escolarización de la infancia con discapacidad se producía mayoritariamente en un sistema paralelo al ordinario conformado por los centros de educación especial. En los años ochenta, diferentes desarrollos legislativos (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, y Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de ordenación de la Educación Especial) supusieron un viraje a este respecto al establecer como opción preferente la escolarización de los niños y de las niñas con discapacidad en el sistema educativo ordinario, siendo considerada su escolarización en unidades o centros especiales una medida excepcional. La Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo, de 3 de octubre de 1990, consolidó esta atención preferente a través del sistema educativo ordinario estableciendo la figura de alumnado con necesidades educativas especiales.

A partir de ese momento, y con el impulso de la reunión de la UNESCO que dio lugar a la *Declaración de Salamanca* en 1994, el desarrollo normativo posterior ha ido regulando la atención al alumnado con necesidades educativas especiales con la inclusión educativa como principio vertebrador. Cabe destacar, en este sentido, el Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales, que regula las condiciones generales de la atención educativa a este colectivo, y el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social, que recoge el derecho a una educación inclusiva, de calidad, gratuita, y en igualdad de condiciones (Huete, 2017).

La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE) consolidó nuevamente como fundamentos de la atención educativa al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo los principios de “normalización” e “inclusión” (Jiménez Lara et al., 2019) y estableció la obligación para las administraciones educativas de asegurar los recursos para que el alumnado en diferentes situaciones de desventaja (incluyendo necesidades educativas especiales) pudiera alcanzar “el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales”. Se identificaban también como competencias y obligaciones propias de las administraciones educativas el establecimiento de procedimientos y recursos necesarios para identificar de forma temprana estas necesidades, la puesta a disposición de profesorado y profesionales cualificados y de los medios y materiales necesarios, la dotación de los recursos necesarios a los centros, y el fomento de la formación del personal. Los centros educativos, por su parte, debían garantizar una organización escolar adecuada y realizar las adaptaciones y diversificaciones curriculares necesarias. El texto de la LOE establecía, asimismo, la obligación de asegurar “la no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo”, e indicaba, de nuevo, que la escolarización del alumnado en centros de educación especial sólo tendría lugar cuando sus necesidades no se pudieran atender a través de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios (Boletín Oficial del Estado, 2006b).

La posterior Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) introdujo algunas herramientas adicionales, como el establecimiento de medidas para adaptar las condiciones de realización de pruebas de evaluación a las necesidades del colectivo o para flexibilizar la enseñanza y evaluación de la lengua extranjera para alumnado con discapacidad. Esta ley hacía referencia, además, a la

equidad “como elemento compensador de las desigualdades personales, culturales, económicas y sociales, con especial atención a las que se deriven de cualquier tipo de discapacidad”.

Finalmente, la Ley Orgánica 3/2020 de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE), expresa un compromiso explícito con la educación inclusiva como principio fundamental, y establece que cuando la diversidad lo requiera, “se adoptarán las medidas organizativas, metodológicas y curriculares pertinentes [...] conforme a los principios de Diseño universal de aprendizaje, garantizando en todo caso los derechos de la infancia y facilitando el acceso a los apoyos que el alumnado requiera”. La ley subraya, asimismo, que en la etapa de educación secundaria obligatoria se tendrán en cuenta las necesidades educativas específicas del alumnado con discapacidad, y se perfilan herramientas y medidas para ello, tales como las adaptaciones curriculares, los agrupamientos flexibles y desdoblamientos de grupos, medidas de apoyo personalizado, flexibilización metodológica y diversificación curricular, o programas de refuerzo, entre otras (Burón, 2021). La LOMLOE prevé también el desarrollo de un plan por parte del Gobierno y las administraciones educativas para que, en el plazo de diez años, los centros ordinarios cuenten con los recursos precisos para una atención óptima al alumnado con discapacidad, respaldados por los centros de educación especial, que además de escolarizar al alumnado con necesidad de atención muy especializada, pasarían a funcionar como centros de referencia y apoyo para las escuelas de educación ordinaria.

A la legislación mencionada se unen otro tipo de regulaciones centradas en aspectos como la evaluación psicopedagógica o los criterios de escolarización y evaluación del alumnado con necesidades educativas especiales, entre otros, así como la normativa autonómica que concreta las condiciones de escolarización en cada comunidad autónoma. En general, las comunidades autónomas establecen el recurso a medidas de apoyo de forma progresiva en centros ordinarios, contemplando las adaptaciones curriculares significativas como medidas extraordinarias, y la escolarización en centros de educación especial como medida excepcional. Con todo, existe cierta heterogeneidad entre distintas comunidades en función de los criterios que sigue cada una a la hora de definir el tipo de apoyos que se van a prestar y su intensidad. Cabe destacar también la autonomía pedagógica de los centros, recogida en legislaciones autonómicas, a la hora de poner en marcha medidas organizativas y adaptaciones específicas (Jiménez Lara et al., 2019).

### Modalidades educativas: el debate público sobre la escolarización del alumnado con discapacidad en un marco de derechos humanos

En el contexto del cambio de paradigma que viene desplegándose desde los años ochenta y que, como se ha explicado, ha procurado gradualmente la integración y sucesiva inclusión del alumnado con discapacidad de forma preferente en centros educativos ordinarios, han emergido en la última década en España movimientos —conformados por familias, plataformas sociales y algunos actores políticos— que debaten sobre la modalidad o las modalidades de escolarización que se consideran más o menos adecuadas para dar respuesta a las necesidades de apoyo educativo

del colectivo. Este debate es fundamentalmente social y político, ya que a nivel normativo, tal y como se describía en la sección previa, las sucesivas legislaciones han ido refrendando lo establecido en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), que establece el derecho a la educación en un sistema inclusivo, sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, con ajustes razonables en función de las necesidades individuales, y medidas de apoyo personalizadas y efectivas (Huete et al., 2019).

En la posterior Observación general número 4 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el derecho a la educación inclusiva, se subraya específicamente la obligación, por parte de los Estados, de velar por que las personas con discapacidad puedan ejercer su derecho a la educación mediante un sistema de educación inclusiva que cubra todos los niveles formativos: educación infantil, primaria, secundaria y superior, formación profesional, enseñanza a lo largo de la vida y actividades extraescolares y sociales. Este sistema debe garantizar, además, la igualdad de oportunidades respecto a otras personas y la ausencia de discriminación.

La educación inclusiva, por tanto, se contempla en esta fuente como derecho humano fundamental de toda persona. Se advierte, asimismo, sobre la segregación —entendida como la impartición de la enseñanza en entornos separados y apartados del alumnado sin discapacidad— como práctica que debe superarse mediante entornos de aprendizaje accesibles, con ajustes razonables, apoyos adecuados, y una respuesta educativa personalizada. En este sentido, el documento explicita que debe evitarse “que las personas con discapacidad queden excluidas del sistema general de educación mediante, entre otras cosas, disposiciones legislativas o reglamentarias que limiten su inclusión debido a su deficiencia o grado de dicha deficiencia, condicionando, por ejemplo, la inclusión al alcance del potencial de la persona o alegando una carga desproporcionada o indebida para eludir la obligación de realizar los ajustes razonables”. También se clarifica que “por educación general se entienden todos los entornos de enseñanza” (Naciones Unidas, 2016).

A pesar de este marco normativo internacional, que sitúa a la educación inclusiva en el ámbito de los derechos humanos, y, en concordancia con él, a la evolución legislativa nacional, no han faltado voces críticas en los últimos años con la implementación práctica del modelo en España. Desde esta base surgen algunos movimientos partidarios de mantener un modelo separado de educación especial, en contraposición con el desarrollo normativo que prevé la transformación de los centros de esta modalidad en centros de recursos dedicados a la atención de alumnado con necesidades muy complejas y al apoyo de las escuelas ordinarias para que alcancen su pleno potencial inclusivo (Ojeda et al., 2019).

Quienes defienden el mantenimiento de los centros de educación especial con sus actuales funciones —fundamentalmente familias o entidades gestoras de este tipo de centros (Díaz Velázquez, 2023)— afirman que la insuficiencia de recursos personales, materiales y de conocimiento no permite una atención lo suficientemente especializada, individualizada, adaptada, intensiva y acogedora dentro del actual sistema

educativo ordinario<sup>6</sup>. Se ha argumentado también que las metodologías pedagógicas colaborativas, en un mismo aula, y fundamentadas en la accesibilidad universal que se han propuesto como base de la implementación de la educación inclusiva, pueden chocar con la necesidad de flexibilidad, personalización y especialización profesional requeridas para atender discapacidades complejas, así como encontrar limitaciones en términos de utilidad cuando existen dificultades cognitivas o de comunicación de muy gran calado (Funes, 2020). Las familias que se muestran partidarias de la escolarización en centros de educación especial tienden a valorar también, en un contexto de limitación de recursos en los centros ordinarios, el acceso más frecuente a profesionales especializados (logopedas, fisioterapeutas, personal de apoyo, etc.) que les proporciona la educación especial (Sandoval et al., 2022). Del mismo modo, hacen frecuentemente hincapié en el deseo de poder elegir el tipo de escolarización y centro que consideren más ajustado a las necesidades de sus hijos (Huete et al., 2019).

Las críticas a la situación actual de la llamada educación inclusiva en España, por otro lado, no solo proceden del movimiento que aboga por el mantenimiento de los centros de educación especial. Algunas voces subrayan que no se han habilitado aún todos los medios necesarios para garantizar la inclusión educativa, tal como esta se conceptualiza en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Observación general número 4 del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el derecho a la educación inclusiva. En este sentido, se ha señalado la persistencia —tras un periodo inicial de disminución de su peso relativo— de modalidades de educación especial paralelas a la red de educación ordinaria que, contrariamente a lo expresado en sucesivas reformas educativas, hasta la fecha no han quedado reservadas a casos de necesidades excepcionalmente complejas, sino que en determinados años habrían incluso experimentado un cierto crecimiento (Núñez, 2019). En esta línea, se ha hecho también alusión a la imposibilidad de acceder desde la educación especial a los mismos aprendizajes a los que accede el alumnado escolarizado en educación ordinaria, así como a la pérdida de oportunidades educativas derivadas de la convivencia cotidiana de niños y de niñas con y sin discapacidad (Rey, 2023).

En otros casos se menciona la necesidad aún no cubierta de que el alumnado con discapacidad reciba una respuesta especializada y continua a lo largo de toda su trayectoria educativa, en cualquier centro, así como en entornos educativos inclusivos más allá de las aulas, como, por ejemplo, el comedor, los patios o los transportes (Huete, 2017). Se ha advertido también de que las medidas actuales de atención a la diversidad en centros ordinarios están fundamentalmente orientadas a promover que el alumnado se adapte al sistema para alcanzar el currículo general —destinando a quienes no lo consiguen a espacios diferenciados (aulas específicas, centros de educación especial, educación combinada)—, más que a facilitar la adaptación del sistema de educación ordinaria a las necesidades de cada individuo. También es frecuente la alusión a la insuficiencia de recursos y ajustes que garanticen una participación real y un aprendizaje óptimo, así como a la necesidad de una mejor formación inicial y permanente del profesorado y de mayor concienciación de este sobre las barreras a la

<sup>6</sup> Véanse, por ejemplo, los testimonios, discursos y argumentos recogidos en Huete et al. (2019), Rogero-García et al. (2022) y Bescós (2020).

inclusión educativa y social (Domingo, 2021). En líneas similares, algunos autores han resaltado que el carácter paliativo o compensador de las medidas educativas se ha primado sobre la necesidad de transformar el currículum y los entornos de forma que puedan ser accesibles a todo el alumnado (Sandoval, Simón y Echeita, 2012).

### Heterogeneidad territorial y discrecionalidad de los centros en la atención en el ámbito escolar

En resumen, pese al creciente compromiso con la inclusión educativa evidenciado en el desarrollo de las sucesivas legislaciones y al reconocimiento formalmente consolidado del derecho de la infancia con discapacidad a acceder al sistema educativo en condiciones de equidad y no discriminación a lo largo de todas sus etapas, investigaciones recientes han puesto de manifiesto que existe mucho margen de mejora en la materialización efectiva de estos objetivos. La evidencia de desajustes entre los ideales normativos y los derechos protegidos por ley, por un lado, y la capacidad de las respuestas educativas para ajustarse a las necesidades específicas del alumnado, por otro, es incontestable (Echeita, 2017). Se ha señalado, además, que las normativas autonómicas relativas a las ratios de estudiantes por profesional y las adaptaciones que deben realizarse son poco específicas (Jiménez, 2019).

Otros autores apuntan que una serie de factores conducen a desarrollos de herramientas y procedimientos de apoyo muy desiguales, así como a la dependencia de la formación y la sensibilidad de los profesionales. Entre estos factores se incluyen la heterogeneidad regulatoria territorial, la falta de concreción sobre las medidas y los apoyos que han de garantizarse, la insuficiente especificidad de protocolos de detección de necesidades de apoyo y de requisitos mínimos, y las carencias de conocimiento sobre algunas discapacidades. Al mismo tiempo, indican que, al centrar las medidas de apoyo en aspectos organizativos y curriculares, se presta insuficiente atención a aspectos como la autodeterminación, la calidad de vida y el desempeño en diversas áreas y contextos. Se reivindica, además, la necesidad de contar con herramientas y procedimientos con validez y fiabilidad, basados en modelos y conocimientos científicos avalados, y de garantizar a las familias una participación en los procesos de inclusión que vaya más allá del papel de receptoras de información (véanse Verdugo et al., 2018, y Echeita, 2017).

En líneas similares, estudios recientes de carácter cualitativo realizados a familiares de niños y de niñas con discapacidad revelan una percepción de insuficiencia de apoyos —especialmente personalizados—, carencias en la formación de los profesionales, falta de recursos de tipo sanitario que puedan precisarse durante la jornada escolar en centros ordinarios, desconocimiento sobre discapacidad y, en ocasiones, escasa empatía y comprensión hacia los y las menores y sus familias. Las discapacidades múltiples, las más complejas, las menos visibles, las menos conocidas o las asociadas a necesidades de atención sanitaria se asocian a una percepción más desfavorable sobre la atención recibida en centros educativos ordinarios. No es infrecuente el recurso a profesionales privados fuera del horario escolar para compensar dificultades en la escuela o limitaciones de la atención educativa. Por parte de profesionales también se han transmitido carencias relacionadas con el personal especializado y de apoyo, las ratios de alumnado por profesional, la insuficiente dotación de recursos técnicos, profesionales y

materiales, la formación especializada sobre discapacidad, el tiempo de atención individualizada que, frente a otras obligaciones, puede dedicarse a cada alumno/a, y la configuración del currículo, las metodologías de enseñanza y las evaluaciones<sup>7</sup>.

En la práctica, por lo tanto, parece existir un amplio margen de discrecionalidad en la aplicación práctica de la inclusión educativa recogida en la legislación y cristalizada como derecho. Sin embargo, más allá del análisis académico de las medidas puestas en marcha o de los discursos de diversos agentes de la comunidad educativa —incluidas las familias—, se dispone de muy escaso conocimiento sustantivo y cuantificable sobre cómo se está materializando la prestación de apoyos, sobre los recursos a los que acceden los menores con distintos tipos de discapacidad en España y las circunstancias que rodean a este acceso, y sobre las posibles desigualdades sociales al respecto. Como se ha puesto de manifiesto en secciones previas, la presente investigación pretende, precisamente, realizar esta aportación.

---

<sup>7</sup> Entre los estudios cualitativos que ponen de relieve estas cuestiones, véanse Jiménez Lara *et al.* (2019), Seiz (2025) y Vidal Esteve (2025).

## CAPÍTULO 1.

### NECESIDADES DERIVADAS DE LA DISCAPACIDAD INFANTIL Y ACCESO A RECURSOS PERSONALES DE APOYO

De acuerdo con lo expuesto en la sección introductoria, este capítulo pretende ofrecer una panorámica del tipo y de la intensidad de apoyos que precisa la infancia con discapacidad en España en lo que respecta a su autonomía y desarrollo personal. Para este fin resulta fundamental, en primer lugar, identificar y caracterizar la naturaleza y magnitud de las necesidades cotidianas. Estos aspectos no solo tienen un impacto potencialmente muy importante sobre el bienestar de las personas cuidadoras principales —que suelen ser, casi invariablemente, las madres (Bourke-Taylor et al., 2010)—, sino que deben guiar el acceso a diferentes tipos de recursos de apoyo especializado y la adaptación de los entornos para optimizar simultáneamente la participación social, el desarrollo, el aprendizaje y la salud de los menores, así como garantizar la sostenibilidad de los cuidados (véanse, por ejemplo, McConnell et al., 2016; Hebbeler y Spiker, 2016).

#### 1.1. ¿Qué dificultades se asocian a la discapacidad en la población infantil?

##### Tipos de dificultades experimentadas y edad de inicio

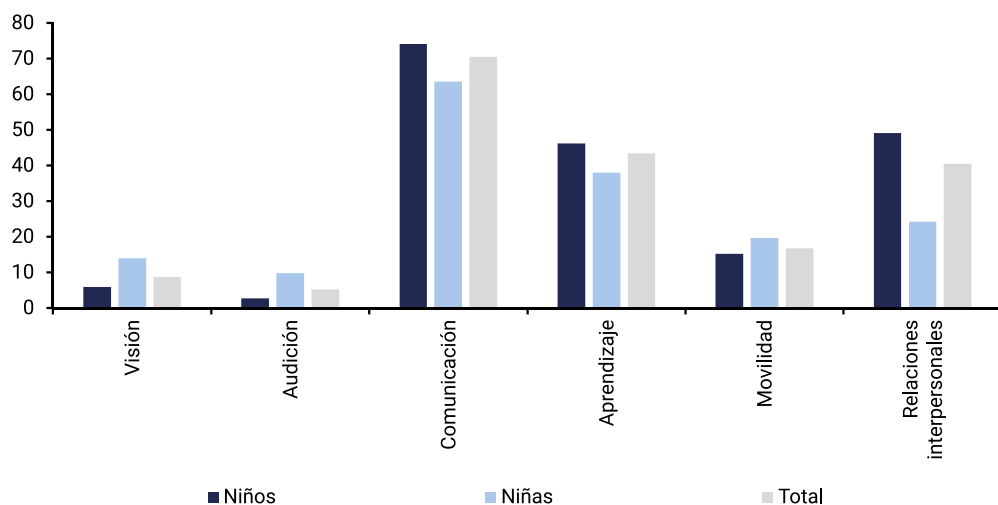
Según la EDAD realizada a hogares en 2020 —la fuente de datos representativa más reciente de la que se dispone a nivel nacional y, como se ha explicado, la base de esta investigación— 106.300 menores con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años en España presentaban, en el momento de la recogida de datos, algún tipo de discapacidad. Al mismo tiempo, 65.900 menores entre los 2 y los 5 años tenían algún tipo de limitación equiparable en las actividades cotidianas (INE, 2020 y 2024).

Como se puede apreciar en el gráfico 1, las limitaciones más habituales en la población de menores entre 2 y 5 años con alguna dificultad funcional equiparable a la discapacidad son las de comunicación (el 70,4 % de quienes se encontraban en esta franja de edad las presentaba), seguidas por las de aprendizaje (43,3 %) y las relacionadas con la interacción y las relaciones personales (40,5 %), siendo más minoritarias las relativas a la movilidad (16,7 %) y, sobre todo, la visión (8,6 %) y la audición (5,2 %). Aproximadamente la mitad de los niños y de las niñas en este grupo (50,7 %) presentaba dificultades en más de un área.

El gráfico 2 evidencia una distribución semejante en muchos aspectos entre la población con discapacidad de 6 a 15 años, si bien las dificultades de aprendizaje, movilidad y relaciones interpersonales adquieren preponderancia, al tiempo que se registran otras relacionadas con el autocuidado y la vida doméstica. En este grupo de edad, las dificultades más frecuentes son las de aprendizaje (55,9 %), seguidas por las de comunicación (49,8 %), las de relación interpersonal (36,1 %), las de autocuidado (29,4 %) y las de movilidad (22,8 %), teniendo una menor representación las relacionadas con la vida doméstica (13,8 %), las de visión (9,7 %) y las de audición (5 %). La mayor parte de los niños, las niñas y las/los adolescentes en este grupo de edad (55,9 %) mos-

Gráfico 1

Porcentaje de niños y de niñas entre 2 y 5 años con limitaciones funcionales equiparables a discapacidad que presentaban dificultades en cada una de las áreas de desempeño

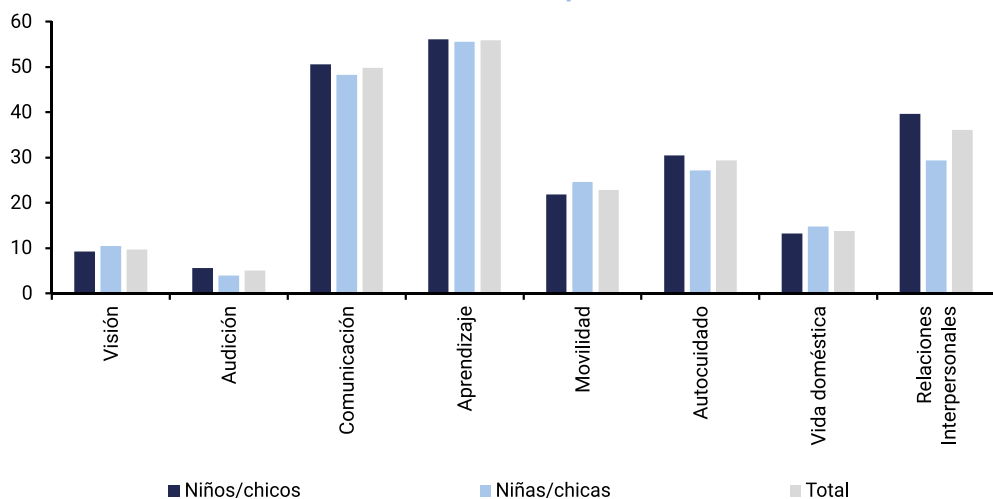


Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

traba dificultades en más de un área (en dos: 22,4 %; en tres: 13,2 %; en cuatro: 11 %; en cinco o más áreas: 9,2 %). La edad promedio de inicio de dificultades importantes se sitúa en torno a los 3 años, siendo más temprana en el caso de las dificultades de comunicación (2,5 años), autocuidado (2,1 años) y, sobre todo, movilidad (1,3 años).

Gráfico 2

Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 15 años con discapacidad con dificultades en cada una de las áreas de desempeño



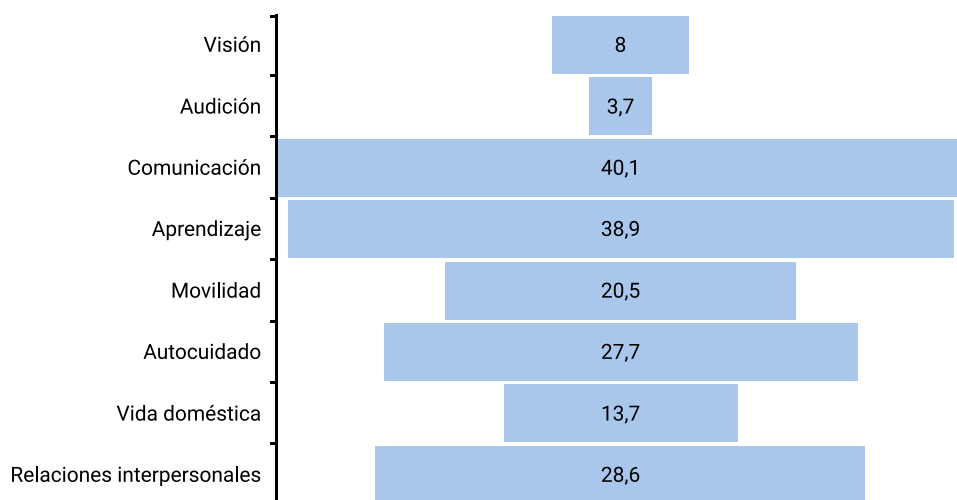
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

## Entidad y alcance de las dificultades

En lo que respecta a la entidad de la discapacidad, el 81 % de la población de entre 6 y 15 años<sup>8</sup> analizada presenta dificultades “graves” (entendidas como no poder realizar ciertas actividades sin apoyo personal, ayuda técnica o supervisión o realizarlas con gran dificultad, en contraposición a las dificultades “moderadas”) en al menos una de las áreas de desempeño. El 38 % de los menores con discapacidad en ese mismo rango de edad muestra dificultades graves en un área; el 15,5 % en dos, el 11,1 % en tres y el 16,5 % en cuatro o más. El gráfico 3 recoge los porcentajes de la población de 6 a 15 años con dificultades de carácter grave en cada una de las distintas áreas de desempeño analizadas<sup>9</sup>. La mayor frecuencia de dificultades graves se observa en las áreas de comunicación (40,1 %), aprendizaje (38,9 %), relaciones interpersonales (28,6 %) y autocuidado (27,7 %), todas ellas fundamentales para la participación social y la autonomía personal. Puede afirmarse, por tanto, que estamos ante una población que va a requerir apoyos cotidianos sustantivos para poder realizar en igualdad de condiciones actividades que llevan a cabo habitualmente sus pares sin discapacidad. Este hallazgo tiene importantes implicaciones en términos de intervención terapéutica y educativa, ya que pone de manifiesto que un elevado porcentaje de los/as niños/as y adolescentes con discapacidad va a necesitar recursos de apoyo extensos y/o relativamente intensivos.

### Gráfico 3

**Porcentaje de la población de 6 a 15 años con discapacidad que afronta dificultades de carácter grave (imposibilidad de realizar la tarea o gran dificultad para realizarla sin apoyo personal, ayuda técnica o supervisión) en diferentes áreas de desempeño**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

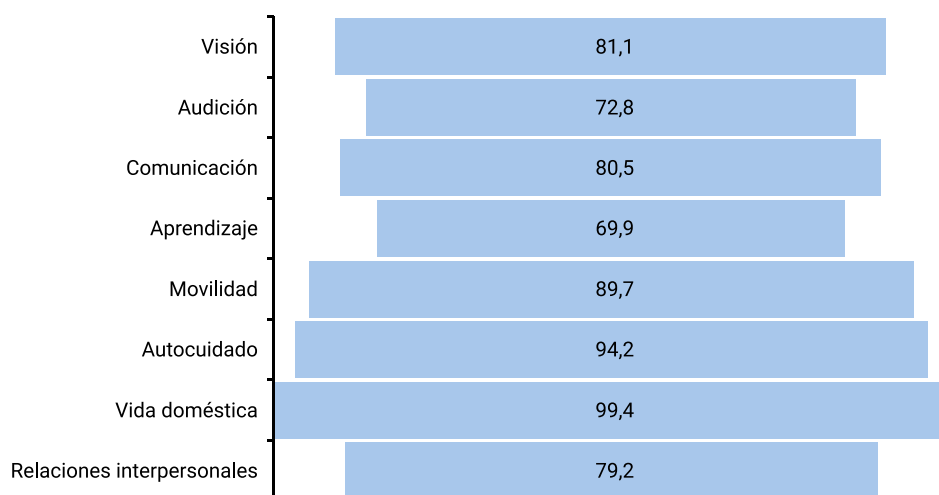
<sup>8</sup> La encuesta no ofrece datos sobre gravedad de las dificultades en el caso de los menores con limitaciones en las actividades de la vida cotidiana entre 2 y 5 años.

<sup>9</sup> En el cálculo se parte de toda la población con discapacidad en la franja de edad considerada; no solo de los/las menores que presentan discapacidad en el área de desempeño en cuestión.

El gráfico 4, que refleja el porcentaje de menores con dificultades graves en un área concreta, ofrece otra perspectiva del fenómeno que apunta en la misma dirección. Más del 90 % de los/las menores con discapacidad entre 6 y 15 años que presentan dificultades relativas a la vida doméstica y el autocuidado las presentan en un grado grave. Las cifras son también muy elevadas en lo que respecta a la movilidad (el 89,7 % de quienes presentan algún tipo de dificultad precisan apoyo personal, ayudas técnicas o supervisión para realizar ciertas acciones, o las realizan con gran dificultad), la visión (82,1 %) y la comunicación (80,5 %). Los porcentajes de gravedad más bajos, que aun así también son muy sustanciales, los encontramos respecto a las relaciones interpersonales (72,9 %), la audición (72,8 %) y el aprendizaje (69,6 %). Estos hallazgos permiten concluir que en la población de menores con discapacidad la necesidad de algún tipo de apoyo intensivo (o varios) es generalizada, por lo que sus necesidades difícilmente van a poder cubrirse con recursos esporádicos, no especializados o que no procuren el suficiente grado de soporte.

**Gráfico 4**

**Porcentaje de la población de 6 a 15 años con discapacidad y dificultades en un área de desempeño determinada en grado grave (imposibilidad de realizar la tarea o gran dificultad para realizarla sin apoyo personal, ayuda técnica o supervisión)**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

Aunque la mayor parte de la infancia con discapacidad entre los 6 y los 15 años, según la EDAD-20, goza de buena (52,9 %) o muy buena salud (26,8 %), una quinta parte de niños, niñas y adolescentes (20,4 %) presenta complicaciones de salud añadidas a sus necesidades de apoyo y atención. En el 15,2 % de los casos, la persona informante califica el estado de salud del/de la menor como “regular”, en un 2,7 % de los casos como “malo” y en un 2,4 %, como “muy malo”.

Esta última circunstancia debe tenerse muy en cuenta, ya que evidencia la importancia y necesidad, en determinados casos, de intervenciones y apoyos terapéuticos que no solo optimicen las posibilidades de participación social, la autonomía personal, el

desarrollo cognitivo y socioemocional y el aprendizaje, sino que también puedan promover la mejora de condiciones de salud específicas y del estado físico en general. Como ejemplos pueden citarse intervenciones de carácter terapéutico, habilitador y rehabilitador —por ejemplo, impartidas por profesionales de la fisioterapia, la logopedia o la terapia ocupacional— que, en ocasiones, deben coordinarse con equipos de pediatría, sin por ello dejar de mantener un enfoque centrado en la familia, en el entorno social más amplio y en las necesidades individuales de la menor (véanse, por ejemplo, Allard et al., 2014; Di Rezze et al., 2014 y Morris et al., 2018).

En lo que respecta al ámbito escolar, las complicaciones de salud, en ocasiones asociadas a la discapacidad, deben tomarse también en consideración en el diseño de entornos inclusivos. Estos entornos deben posibilitar la atención cotidiana no solo a aspectos estrictamente socioeducativos o curriculares, sino también a necesidades más complejas que en ocasiones son de índole sanitaria y, en consecuencia, requieren conocimiento especializado y garantías de supervisión o intervención, y que no siempre se llegan a atender suficientemente en las escuelas (Consuegra y Bennasar, 2019; Gómez Silva et al., 2020, y Nieto, 2021). En este contexto, cabe mencionar la importancia de regular y asegurar la disponibilidad permanente de personal sanitario —profesionales de enfermería— que pueda asistir al alumnado en sus necesidades relacionadas con la salud también en centros educativos ordinarios que escolaricen a niños y niñas en estas circunstancias, y no solo en centros de educación especial, como venía siendo lo más habitual en España (Terán et al., 2018). En la misma línea, es fundamental garantizar que en los comedores escolares de los centros educativos ordinarios también puedan atenderse correctamente —en cuanto a disponibilidad de profesionales de apoyo cualificados y de alimentación adaptada— las necesidades muy específicas que algunos/as menores con discapacidad presentan, independientemente de si a nivel cognitivo y curricular experimentan mayores o menores dificultades. Entre estas necesidades, cabe mencionar, por ejemplo, las disfunciones orofaciales, los trastornos de la masticación y la deglución, la selectividad alimentaria, la falta de apetito, la insuficiente autonomía, las dificultades relacionadas con un bajo tono muscular, las de tipo sensorial y la necesidad de dietas, texturas o utensilios especiales (véase Moncalvillo et al., 2009; Kabasakal et al., 2020, y Klein et al., 2023). La investigación también ha puesto de manifiesto la importancia de eliminar trabas a la colaboración estrecha entre los centros educativos con profesionales del ámbito sanitario y/o asistencial, así como con el entorno de los menores en su conjunto (Moliner et al., 2013).

## 1.2. Acceso a ayudas técnicas, apoyo personal o supervisión y satisfacción familiar con estos recursos

La mayor parte (79,1 %) de los menores con discapacidad entre 6 y 15 años<sup>10</sup> cuentan, según la EDAD-2020, con algún tipo de ayuda técnica, apoyo personal o supervisión para llevar a cabo actividades cotidianas en áreas en las que experimentan dificultades. Como se puede observar en el cuadro 3, las tasas más elevadas de uso de *algún* recurso de ayuda técnica, apoyo personal o supervisión se registraron en las áreas

<sup>10</sup> La encuesta no proporciona datos sobre ayuda técnica, apoyo personal o supervisión relativa a los menores con limitaciones funcionales y edades comprendidas entre los dos y los cinco años.

de la movilidad y el autocuidado, en las que se alcanza el 100 %, seguidas por las de aprendizaje (97,8 %), comunicación (95,7 %), vida doméstica (94,2 %), audición (84,1 %) y —a considerable distancia— visión (65,5 %). Es decir, con la notoria excepción de la discapacidad visual y auditiva, parece ser relativamente inusual que un niño, niña o adolescente con discapacidad se encuentre sin ningún recurso de apoyo al menos en algún aspecto en el que tenga dificultad.

No obstante, los datos de la EDAD-2020 sobre satisfacción con los recursos recibidos y sobre la necesidad percibida de los mismos evidencian un escenario más complejo, con lagunas de cierta entidad en la cobertura de las necesidades reales. En algunas áreas de desempeño fundamentales para la vida diaria —concretamente, la movilidad, el aprendizaje y la comunicación—, la satisfacción familiar con los recursos de apoyo<sup>11</sup> que reciben los/las menores es baja, inferior al 50 % (cuadro 3). Los porcentajes son más elevados en el caso de las dificultades relacionadas con el autocuidado, la vida doméstica, la visión y la audición, pero persisten, con todo, cifras de insatisfacción relativamente altas también en estos casos (40,7 %, 36,1 %, 26,3 %, 15,8 %, respectivamente). El 100 % de los familiares de menores que no contaban con ningún apoyo al aprendizaje y para la vida doméstica, además, consideraba que sería preciso este apoyo. En cuanto a las familias de quienes *no* recibían recursos de apoyo para dificultades de visión y comunicación, la mayoría (66,5 % y 69,6 %, respectivamente) también percibía estos recursos como necesarios.

### Cuadro 3

**Recepción por parte de menores con discapacidad entre 6 y 15 años de ayudas técnicas, apoyos personales y/o supervisión en diferentes áreas de funcionamiento en la vida diaria; satisfacción con los recursos que se reciben; y percepción de necesidad cuando no se reciben**

En porcentaje

|                            | Porcentaje de menores con dificultades en el área que reciben recursos de apoyo | Porcentaje de satisfacción cuando se reciben recursos de apoyo | Porcentaje de quienes no reciben recursos de apoyo que los considera necesarios |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Visión                     | 65,5                                                                            | 73,7                                                           | 66,5                                                                            |
| Audición                   | 84,1                                                                            | 84,2                                                           | Datos no disponibles*                                                           |
| Comunicación               | 95,7                                                                            | 48,7                                                           | 69,6                                                                            |
| Aprendizaje                | 97,8                                                                            | 46,1                                                           | 100                                                                             |
| Movilidad                  | 100                                                                             | 45,4                                                           | -                                                                               |
| Autocuidado                | 100                                                                             | 59,3                                                           | .                                                                               |
| Vida doméstica             | 94,2                                                                            | 63,9                                                           | 100                                                                             |
| Relaciones interpersonales | Datos no disponibles                                                            | Datos no disponibles                                           | Datos no disponibles                                                            |

Nota: \* Solo se cuenta con una observación con valor válido de respuesta respecto a la necesidad percibida de dicho apoyo en la base de datos.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

<sup>11</sup> Estos recursos se refieren en todo momento a apoyo personal, ayudas técnicas o supervisión. La EDAD-2020 no especifica en qué contextos se reciben ni quién los proporciona.

Estas cifras, y especialmente las últimas, ponen de manifiesto la existencia de carencias graves en la atención y el soporte que reciben algunos/as menores, dada la indiscutible importancia de las funciones mencionadas para la autonomía personal, la participación social y comunitaria y el bienestar. No puede obviarse tampoco que, como se ha señalado y se evidencia en el cuadro 3, en algunas áreas absolutamente esenciales para la calidad de vida de la persona —la visión y la audición— un porcentaje muy sustantivo de niños, niñas y adolescentes no estaba recibiendo recursos de apoyo, a pesar de experimentar dificultades, llegando a alcanzar estas proporciones el 34,5 % y el 15,9 %, respectivamente.

Desafortunadamente, la EDAD-2020 no especifica en qué contextos se prestan o utilizan las ayudas técnicas y/o apoyos personales o de supervisión ni quién los proporciona, por lo que resulta imposible conocer si corresponden mayoritariamente al entorno familiar, doméstico o social, o si se tienen en cuenta también recursos utilizados en los ámbitos terapéutico y educativo. Los datos sobre apoyos al aprendizaje y necesidades no cubiertas en este ámbito podrían sugerir que también se están considerando apoyos prestados en el entorno educativo.

### 1.3. Diferenciales socioeconómicos en la amplitud y gravedad de las dificultades y el acceso satisfactorio a recursos de apoyo

Para comprender si existen diferenciales socioeconómicos en la amplitud y la gravedad de las dificultades declaradas, así como en el acceso a recursos de apoyo y en la satisfacción familiar al respecto, se han examinado, a partir de la EDAD-2020, algunos indicadores sintéticos de estas dimensiones, estratificando los resultados por nivel educativo (el máximo alcanzado por algún miembro del hogar mayor de 16 años) y posición económica del hogar (ingresos mensuales netos del hogar, de acuerdo con la operacionalización en categorías descrita en el capítulo previo).

Se pone el foco en estas dos dimensiones por los siguientes motivos. Por un lado, un menor nivel educativo podría asociarse con mayores dificultades para conseguir un diagnóstico y recursos de apoyo tempranos y suficientes, debido a un menor conocimiento sobre la detección de dificultades y el funcionamiento del sistema administrativo que da acceso a los recursos. Por otro, existe evidencia de que un mayor nivel económico familiar, especialmente en contextos de demoras o limitaciones en la atención sostenida con fondos públicos, puede abrir la puerta a una detección y un abordaje más precoces de las alteraciones en el desarrollo mediante la posibilidad de acceder a servicios y recursos privados (Seiz, 2025).

Los resultados de este análisis —centrado en niños, niñas y adolescentes con edades comprendidas entre 6 y 15 años, al no proporcionar la EDAD-2020 datos que permitan ampliarlo a menores de 6 años— se resumen en el cuadro 4. Se han realizado, asimismo, sucesivos modelos de regresión —cuyos resultados, cuando son relevantes, se presentan a lo largo del texto— para comprobar si las diferencias encontradas en función del nivel educativo o la posición económica son o no significativas desde un punto de vista estadístico.

En la mayor parte de los hogares analizados en esta sección (61,2 %) el nivel educativo máximo alcanzado se corresponde con estudios de nivel medio, seguidos por un 33,3 % de hogares en los que algún miembro cuenta con estudios universitarios. Los hogares con estudios de nivel primario o inferiores solo constituyen el 5,5 % de aquellos en los que reside algún niño o alguna niña entre 6 y 15 años con discapacidad. En lo referente al nivel económico, hay que subrayar que el 70,6 % de los hogares en los que viven estos/as menores declaró (en 2020) ingresos mensuales netos inferiores a 2.000 euros; esta baja capacidad económica en términos relativos obedece posiblemente a la entrada en el presupuesto familiar de un solo salario o la necesidad de reducción de la participación laboral de algún progenitor o de ambos (Seiz, 2025). El 24,1 % de los hogares incluidos en esta parte del análisis manifestó contar con ingresos mensuales comprendidos entre los 2.000 y los 3.899 euros, y solo el 5,3 %, con 3.900 euros o más al mes. Estas cifras, en sí mismas, sitúan a los menores con discapacidad y sus familias en un escenario de particular vulnerabilidad, teniendo en cuenta que la renta mensual neta media de los hogares con dos adultos y uno o más menores dependientes —que puede tomarse como el tipo de hogar más frecuente entre la población de interés— se situaba en los años de realización de la EDAD-2020, ligeramente por encima de los 3.000 euros (Instituto Nacional de Estadística, 2025). Este resultado es consistente con los encontrados en otros países comparables (por ejemplo, Blackburn et al., 2010).

### Extensión y gravedad de la discapacidad infantil en distintos estratos sociales

El primer hallazgo llamativo respecto al alcance de la discapacidad infantil en distintos estratos sociales es que los menores entre 6 y 15 años residentes en hogares en los que algún miembro tiene estudios universitarios presentan en mayor proporción dificultades en más de dos áreas de desempeño (el 43,1 % de estos niños y niñas se encuentran en dicha situación, frente al 29,1 % de quienes residen en hogares con estudios de nivel medio como máximo, y el 23,5 % de quienes viven en hogares en los que solo se han completado estudios primarios). Las diferencias por nivel de ingresos, por el contrario, resultan mínimas (en familias con ingresos inferiores a 2.000 euros, el porcentaje correspondiente es 33,2 %, casi equivalente al 33,8 % de las familias con ingresos iguales o superiores a 3.900 euros y muy próximos al 30,5 % de las familias en la franja de ingresos intermedia).

Mediante un análisis de regresión logística —introduciendo los estudios universitarios como variable potencialmente asociada con la experiencia de dificultades en más de dos áreas, de acuerdo con el hallazgo destacado en el anterior párrafo, y el tramo más alto de ingresos como variable de control— se ha comprobado si las diferencias constatadas son estadísticamente significativas. El análisis confirma que los estudios superiores se asocian con una probabilidad significativamente más elevada de que el o la menor presente dificultad en más de dos áreas (*odds ratio* de 2,3; nivel de confianza del 95 %)<sup>12</sup>, independientemente del nivel de ingresos del hogar.

<sup>12</sup> Esta relación se observa tanto si el modelo de regresión se pondera o no. El *odds ratio* indicado se refiere al modelo ponderado, pero el del modelo sin ponderar es prácticamente igual (2,4).

Una tendencia parecida se observa respecto a la presencia de al menos algún tipo de dificultad grave. Los menores residentes en hogares en los que algún miembro ha alcanzado estudios universitarios presentan el mayor porcentaje agregado de dificultades graves –entendidas como la incapacidad de realizar ciertas actividades sin apoyo personal, ayuda técnica o supervisión, o gran dificultad para ello–, ascendiendo la cifra al 86,4 %. Las proporciones correspondientes a los hogares con un nivel de estudios intermedio o primario son sensiblemente inferiores, aunque también muy elevadas (79,5 % y 68,7 %, respectivamente). En este caso, sin embargo, sí se observan, además, diferencias por nivel de ingresos, ascendiendo la cifra de dificultades graves al 95 % en el caso de las familias con ingresos iguales o superiores a 3.900 euros, al 78,1 % en el caso de familias con ingresos inferiores a 2.000 euros, y al 87,1 % en hogares con ingresos en la franja intermedia. Los análisis de regresión solo confirman una asociación estadísticamente significativa entre ingresos del hogar inferiores a 2.000 euros netos mensuales y una menor probabilidad de declarar que el/la menor con discapacidad presenta dificultades graves (*odds ratio* de 0,5; con un nivel de confianza del 90 % en la regresión ponderada y del 95 % en la regresión sin ponderar), no siendo la asociación con el nivel de estudios suficientemente relevante.

Cuando se combinan los dos indicadores y se analiza el hecho de presentar dificultades graves en más de dos áreas de desarrollo aparece, de nuevo, una mayor ocurrencia del fenómeno entre menores residentes en hogares con estudios universitarios (34,2 %, frente al 24,6 % correspondiente a hogares con estudios medios y el 22,2 % de los hogares con estudios primarios). Las diferencias por nivel de ingresos son en este caso de menor magnitud (la cifra asciende a 26,3 % en el caso de hogares con ingresos bajos, a 24,9 % en el caso de hogares con ingresos medios, y a 29,6 % en hogares con ingresos altos). El análisis de regresión confirma que la educación superior sí se asocia a una mayor probabilidad de presentar dificultades graves en más de dos áreas de funcionamiento (con un *odds ratio* en torno a 2 independientemente de si se pondera o no el modelo y un nivel de confianza del 95 %).

Los hallazgos mencionados resultan algo llamativos a la luz de investigaciones de otros países occidentales que encuentran asociaciones entre un nivel socioeconómico bajo y un mayor alcance de la discapacidad infantil, contrariamente a lo aquí descrito (véanse, por ejemplo, Parsons y Platt, 2013; Spencer et al., 2015). Una posibilidad, plausible en el caso de España por la creciente tendencia a la postergación de la maternidad y la paternidad, especialmente entre la población con mayor nivel educativo es que los resultados puedan atribuirse, al menos en parte, a diferencias en los patrones reproductivos entre distintos estratos sociales (véanse Bueno y García, 2021; Requena, 2022). La reproducción a edades relativamente avanzadas –por encima de los 35 y sobre todo de los 40 años– puede conllevar mayor riesgo de determinadas alteraciones en la descendencia (véanse Idring et al., 2014; Wu, 2017; Brandt et al., 2019; Veldkamp et al., 2021; Zhang et al., 2022). Asimismo, implica mayor probabilidad de complicaciones gestacionales, perinatales y del parto, las cuales también se asocian con dificultades en el desarrollo (véanse Heras, 2011; Cavazos et al., 2015; Correa-de-Araujo y Yoon, 2021; Seiz, 2026). Algunos riesgos se incrementan, adicionalmente, cuando la gestación tiene lugar a partir de técnicas de reproducción médicamente asistida (Seiz et al., 2023), que en la sociedad española están más extendidas entre personas con mayor nivel educativo y recursos económicos (Borisova, 2023; Goisis et al., 2024).

Por otra parte, cabría también plantearse si los resultados obtenidos para España con la encuesta EDAD-2020, que sugieren una correspondencia entre un mayor nivel educativo familiar y una mayor extensión y envergadura de las dificultades reportadas, podrían tener que ver con mayores conocimientos y concienciación familiar a la hora de identificar dichas dificultades, o incluso de encontrar y gestionar vías para una identificación profesional más precisa. Aunque la EDAD-2020 no proporciona información específica al respecto, la encuesta DISINFAP-2025 realizada como complemento sí ofrece algunos datos que podrían apuntar en esa dirección: la detección familiar de las primeras dificultades —en contraposición a la realizada por profesionales— aparece como más frecuente (56 %) entre los progenitores con estudios universitarios que entre quienes no los tienen (25 %). Asimismo, los progenitores con estudios universitarios tildan en menor proporción de “poco sencillo o nada sencillo” el acceso al diagnóstico y al reconocimiento del grado de discapacidad (50 % y 37,5 %, respectivamente, frente al 75 % en ambos accesos entre quienes no han alcanzado ese nivel educativo)<sup>13</sup>.

Es importante señalar, en el contexto descrito, que la edad de inicio de las dificultades importantes —que sí se recoge en la EDAD-2020<sup>14</sup>— también se encuentra socialmente estratificada. En el caso de los/las menores residentes en hogares en los que se habían completado estudios universitarios, se sitúa, en promedio, en los 2,8 años, frente a los 3,2 años en los hogares con un nivel de estudios intermedios y el 3,9 correspondiente a los hogares con un nivel educativo máximo de estudios primarios. También se observan algunas diferencias por nivel de ingresos, particularmente al comparar la cifra correspondiente a las familias con ingresos netos mensuales inferiores a 2.000 euros (3,3 años) con las de los hogares con ingresos medios (2,6 años) y altos (2,8 años)<sup>15</sup>. Al realizar el análisis de regresión<sup>16</sup> se confirma —aunque con un nivel de confianza del 90 % y no del 95 %, que puede ser admisible dado el tamaño muestral— que los estudios universitarios familiares se asocian con una edad de inicio de las dificultades significativamente más baja (coeficiente de -0,7), al tiempo que un nivel de ingresos del hogar inferior a 2.000 euros netos mensuales se asocia con una mayor edad de inicio (coeficiente de 0,7). Estos resultados, si bien hay que interpretarlos con cautela, podrían, por un lado, corroborar una mayor capacidad de identificación de dificultades en familias con estudios universitarios y, por otro, indicar un acceso más tardío a los recursos de detección en familias con baja capacidad económica.

Por el contrario, no se constatan diferencias estadísticamente significativas respecto al estado de salud de los/las menores. Tampoco se observan gradientes socioeconómicos evidentes relativos a la recepción de al menos algún recurso de apoyo o

<sup>13</sup> Con todo, no debe obviarse que las cifras procedentes de la encuesta de conveniencia son extremadamente tentativas debido al reducido tamaño muestral.

<sup>14</sup> Estas edades de inicio se calculan a partir de la muestra de menores con discapacidad entre 6 y 15 años, ya que no se reportan en relación con los niños y las niñas menores de 6 años.

<sup>15</sup> Las cifras de detección de las primeras dificultades de la encuesta de conveniencia son coherentes con los datos representativos de la EDAD-2020, situándose en el 85 % de los casos por debajo de los 3 años. Solo en algunos casos de informantes que no han completado estudios universitarios se sitúan por encima de este umbral.

<sup>16</sup> En este caso, se ha realizado un análisis de regresión lineal, debido a la naturaleza continua de la variable dependiente.

el número de áreas en las que se han recibido tales recursos, aunque a nivel estrictamente descriptivo se dan cifras algo mayores a este último respecto en familias con estudios universitarios y, sobre todo, con ingresos altos. No se encuentra, sin embargo, que las diferencias sean estadísticamente significativas al realizar un análisis de regresión. Tampoco se halla ningún gradiente educativo ni económico claro en lo referente a la brecha entre el número de áreas de dificultad identificadas y el número de ámbitos en los que se ha recibido apoyo, así como respecto a la recepción de apoyo en la totalidad de áreas en las que el/la menor experimenta dificultad.

### Variaciones por nivel educativo e ingresos en la satisfacción con los recursos de apoyo

Por último, se han analizado posibles divergencias basadas en el nivel educativo y la posición económica familiar respecto a la satisfacción experimentada con los recursos de apoyo recibidos. Partiendo de las familias en las que sí se ha contado con ayudas técnicas, apoyo personal o supervisión para los/las menores con discapacidad, se ha construido un índice cuyos valores abarcan del 0 (ninguna satisfacción con los recursos recibidos) al 1 (total satisfacción con los recursos recibidos). Para ello, se ha tenido en cuenta el número de áreas de funcionamiento cotidiano en las que el/la menor ha recibido recursos de apoyo y si la familia expresa satisfacción (valor 1) o ausencia de ella (valor 0) con los recursos recibidos en cada una de las áreas. La división del total obtenido al sumar las cifras de satisfacción de todas las áreas contempladas entre el número de áreas en las que se ha recibido apoyo da lugar a un valor en el índice mencionado. A continuación, se ha calculado el valor medio para cada uno de los niveles educativos y de ingresos considerados en el análisis<sup>17</sup> y las cifras resultantes se han comparado entre sí.

Como muestra el cuadro 4, las familias con estudios universitarios están menos satisfechas con los recursos recibidos que aquellas en las que solo se habían completado estudios de nivel intermedio o inferiores; relación que se confirma como estadísticamente significativa en un análisis de regresión lineal (coeficiente de -0,1 con un nivel de confianza del 95 % en el modelo ponderado, teniéndose en cuenta el nivel de ingresos del hogar y la gravedad de la discapacidad; en el modelo sin ponderar el nivel de confianza es del 90 %). Este resultado podría, quizá, derivarse de mayor exigencia respecto a los recursos de apoyo por parte de las familias con estudios superiores.

Es interesante constatar, por otro lado, que un nivel de ingresos del hogar relativamente elevado (3.900 euros netos mensuales o más) se asocia con mayor satisfacción con los recursos recibidos (coeficiente de 0,28 y nivel de confianza del 90 % en el modelo ponderado), posiblemente por una mayor capacidad de ajustarse a las necesidades percibidas mediante el acceso a servicios privados o de costear una mayor variedad de apoyos técnicos.

<sup>17</sup> Como se ha explicado en el capítulo previo, los niveles educativos considerados son los siguientes: estudios universitarios, estudios de secundaria, bachillerato o formación profesional, y estudios primarios o inferiores. Al mismo tiempo, se consideran tres niveles de ingresos (netos mensuales) del hogar: inferiores a 2.000 euros, entre 2.000 y 3.899 euros, e iguales o superiores a los 3.900 euros.

## Cuadro 4

**Análisis de la amplitud y la gravedad de las dificultades declaradas, el acceso a recursos de apoyo y la satisfacción con ellos en función del nivel educativo máximo alcanzado en el hogar y la posición económica de la familia**

En porcentaje

|                                                                                      | Nivel educativo máximo alcanzado en el hogar |                         |                         | Ingresos netos mensuales del hogar |                   |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------|---------------|
|                                                                                      | Estudios de primaria                         | Estudios de nivel medio | Estudios universitarios | 0-1.999 euros                      | 2.000-3.899 euros | >=3.900 euros |
| Dificultad en más de dos áreas                                                       | 23,5                                         | 29,1                    | 43,1                    | 33,2                               | 30,5              | 33,8          |
| Dificultad grave en al menos un área                                                 | 68,7                                         | 79,5                    | 86,4                    | 78,1                               | 87,1              | 95            |
| Dificultad grave en más de dos áreas                                                 | 22,2                                         | 24,6                    | 34,3                    | 26,3                               | 24,9              | 29,6          |
| Estado de salud regular, malo o muy malo                                             | 27,5                                         | 19,1                    | 21,5                    | 18,6                               | 21,9              | 20            |
| Acceso a ayudas técnicas, apoyo personal o supervisión                               | 73,9                                         | 80                      | 78,4                    | 76,2                               | 85,2              | 66,4          |
| Número promedio de áreas en las que se recibe apoyo (si se recibe)                   | 1,95                                         | 1,92                    | 2,1                     | 1,95                               | 1,86              | 2,46          |
| Brecha entre el número de áreas en las que se necesita y recibe apoyo                | 0,4                                          | 0,3                     | 0,4                     | 0,3                                | 0,3               | 0,3           |
| Apoyo en todas las áreas de dificultad                                               | 71,7                                         | 77,3                    | 65                      | 70,4                               | 74,1              | 65,9          |
| Satisfacción familiar media con los recursos de apoyo recibidos (en índice de 0 a 1) | 0,6                                          | 0,4                     | 0,3                     | 0,4                                | 0,3               | 0,6           |

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

En resumen, los análisis realizados en este capítulo ponen de manifiesto que la población infantil con discapacidad en España es un colectivo notablemente vulnerable, ya que experimenta de forma mayoritaria dificultades cotidianas en diversas áreas claves para el desarrollo, el aprendizaje y la participación social. Sus necesidades son, por lo general, de entidad considerable. Como se ha constatado, según la EDAD-2020, más del 80 % experimentan dificultades importantes —aquí clasificadas como de carácter grave, y entendidas en el cuestionario como no poder realizar determinadas actividades sin recursos de apoyo o hacerlo con mucha dificultad— en al menos un ámbito. La cifra es aún mayor en áreas de funcionamiento esenciales para desenvolverse en el día a día, como la movilidad, la visión y la comunicación. Más del 20 %, además, tiene problemas de salud. Estas características implican que los/las menores con discapacidad precisarán, en su mayoría, recursos de apoyo de cierta intensidad en su vida cotidiana, así como en los entornos en los que llevan a cabo sus actividades.

El escenario descrito contrasta con la insuficiencia de recursos públicos destinados a sus necesidades reflejada en un informe del Observatorio Estatal de la Discapacidad

(2023), en el que se señalan carencias como la implementación escasa y heterogénea de la AT en el territorio nacional, la ausencia de una política integral de educación inclusiva que garantice los servicios de apoyo que los menores con discapacidad requieran, o la protección insuficiente en términos de inversión y recursos personales y materiales. La EDAD-2020 también ha revelado una insuficiencia de recursos de apoyo en forma de ayudas técnicas, supervisión y asistencia personal en el día a día. Más del 20 % de los/las menores con discapacidad no contaban en el momento de la encuesta con ningún recurso de este tipo, a pesar de que en la mayoría de estos casos la familia consideraba que dichos recursos eran necesarios y de que su falta afectaba a áreas de funcionamiento tan fundamentales como la visión o la audición. Del mismo modo, entre las familias de niños y niñas que sí recibían estos recursos en alguna medida, se observa que una proporción sustantiva no estaba satisfecha con ellos, especialmente en las áreas de aprendizaje, movilidad y comunicación.

En determinadas dimensiones se han detectado, además, algunos diferenciales de carácter socioeconómico. Las dificultades más sustantivas y en un mayor número de áreas parecen declararse con más frecuencia entre familias con mayor nivel educativo, lo que quizá podría atribuirse —al menos parcialmente, sin por ello excluir otras causas— a una mayor detección e identificación de algunas necesidades. En la misma dirección apunta la menor edad de inicio de las dificultades en este grupo de familias. Por otra parte, es importante resaltar que en los hogares situados en el tramo inferior de ingresos —menos de 2.000 euros netos mensuales— la edad de inicio de las dificultades es significativamente mayor, incluso teniendo en cuenta el nivel educativo y la gravedad de la discapacidad. Esto podría ser indicativo de barreras económicas a la detección precoz, dado que se conoce por estudios previos que el acceso al diagnóstico a través del sistema sostenido con fondos públicos es, en muchas ocasiones, el resultado de un proceso complejo y dilatado en el tiempo<sup>18</sup>. Así lo sugiere también la encuesta de conveniencia realizada en esta investigación, en la que solo el 20 % de las personas informantes afirman que conseguir el diagnóstico había sido “muy sencillo” o “bastante sencillo”.

Entre las familias en las que al menos algún adulto cuenta con estudios universitarios se observa, además, menor satisfacción con los apoyos recibidos, posiblemente por un mayor grado de exigencia o de conciencia de las necesidades. En promedio, en familias con ingresos altos los menores reciben apoyo en más áreas, lo que podría deberse tanto al mayor número de dificultades detectadas como al acceso a servicios y productos de apoyo financiados por la propia familia. El próximo capítulo permitirá profundizar en la recepción de otro tipo de recursos más allá de los productos técnicos, la supervisión y el apoyo personal, ofreciendo información sobre la facilidad de acceso a la AT y a otros servicios de atención terapéutica en el ámbito sociosanitario.

---

<sup>18</sup> Como se pone de manifiesto en Seiz (2025); véase también López et al. (2015).



## CAPÍTULO 2.

### EL ACCESO A LA ATENCIÓN TEMPRANA Y OTRAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS DENTRO DEL ÁMBITO SOCIO SANITARIO

Como se ha expuesto en el capítulo introductorio, tanto la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) como el Comité de los Derechos del Niño y el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recogen el derecho de los/las menores con alteraciones en el desarrollo conducentes a discapacidad o limitaciones equivalentes a acceder a los apoyos, servicios, productos e intervenciones terapéuticas que precisen para maximizar su potencial evolutivo. Estos recursos se consideran indispensables para que el colectivo pueda ver plenamente garantizados sus derechos a la salud, a la educación y a la igualdad de oportunidades, así como su inclusión y participación social. La bibliografía científica reconoce, además, los beneficios de la intervención terapéutica —preferentemente de inicio precoz, multidisciplinar, y en colaboración con la familia y otros profesionales— no solo para el desarrollo de los/las menores, sino también para la calidad de vida familiar en su conjunto (véanse, por ejemplo, Rogers y Hogan, 2003; Kerbl et al., 2016; Trabacca et al., 2016; Kaufman et al., 2017; Styczen et al., 2024 y Parrish et al., 2025).

En lo que respecta a la recepción de servicios de intervención terapéutica en España, la investigación sobre infancia con discapacidad se ha centrado fundamentalmente en el desarrollo de la AT (Jemás et al., 2019; Bermejo et al., 2023; Casás y Tucac, 2024; Muñoz Bravo et al., 2024). (Una investigación reciente ha documentado, además, a nivel cualitativo y en el ámbito geográfico de la Comunidad Autónoma de Madrid, las vivencias de las familias con menores con discapacidad en torno al acceso a los apoyos terapéuticos (Seiz, 2025). En este contexto, puede afirmarse que existe todavía un conocimiento muy limitado a nivel nacional y representativo de la población sobre diferenciales sociales en el acceso a esta atención, así como acerca de la recepción de servicios terapéuticos más allá de los 6 años. Tampoco existe evidencia sistemática de los diversos costes que representan para las familias, de la medida en la que se recurre a entidades públicas y privadas y del disfrute de prestaciones económicas que pudieran facilitar el acceso a determinados recursos. Este capítulo tiene como objetivo, precisamente, profundizar en estas dimensiones.

#### 2.1. El acceso a la atención temprana

##### Relación del acceso a la atención temprana con las limitaciones funcionales experimentadas

La EDAD-2020 hace posible el análisis de los patrones de acceso a los apoyos terapéuticos más tempranos que puede recibir la infancia con discapacidad fuera del ámbito educativo: los prestados habitualmente dentro del ámbito sociosanitario bajo el nombre de “atención temprana” (AT). En primer lugar, cabe destacar que el 69 % de los niños y de las niñas de edades comprendidas entre los dos y los cinco años con

limitaciones sustanciales en las actividades cotidianas participaban, en el momento de la encuesta, en algún programa de AT o recibían algún servicio de estimulación, logopedia, motricidad, psicoterapia o rehabilitación. Esta fuente de datos no permite conocer, sin embargo, si se trataba de programas y servicios prestados por entidades públicas o por entidades privadas, ni la naturaleza, intensidad o variedad de las terapias recibidas.

La encuesta de conveniencia DISINFAP-25 refleja un abanico ligeramente más amplio de tipos de terapias recibidas por menores de 6 años; algunos/as niños/as en esa franja de edad reciben, además de las intervenciones arriba mencionadas, también terapia ocupacional y terapia de alimentación. En torno a seis de cada diez de quienes sí reciben estos servicios (57 %) habían accedido a ellos antes de los 3 años. La intensidad terapéutica promedio asciende a tres horas de intervención a la semana, situándose el rango entre cero y cinco horas. Todos/as los menores en la franja de edad mencionada que reciben terapia en la DISINFAP-25 han accedido en alguna medida a AT pública, aunque debido al muy reducido tamaño muestral y al carácter no representativo de esta fuente de datos, no pueden extraerse conclusiones que vayan más allá de lo estrictamente descriptivo. Cabe señalar, con todo, que, en la muestra completa de esta encuesta de conveniencia, un 30 % de los/las menores (de cualquier edad) no han accedido nunca a AT financiada con fondos públicos, cifra prácticamente similar a la tasa de no acceso a AT —independientemente de la fuente de financiación de los servicios— de la población menor de 6 años observada en la EDAD-2020.

El hallazgo —basado en los datos de la EDAD-2020 y, por tanto, aplicable al conjunto de la población infantil de interés— de que aproximadamente un tercio de los/las menores de 6 años con limitaciones equivalentes a discapacidad no acceden a la AT inevitablemente suscita preguntas sobre las razones subyacentes y sobre las características de este grupo. Es posible que la ausencia de intervención terapéutica tenga que ver con dificultades de acceso a servicios sostenidos con fondos públicos y con la imposibilidad por parte de las familias de costear servicios privados. No obstante, también cabe la posibilidad de que la AT, incluida la prestada o financiada por entidades públicas, se dirija o alcance fundamentalmente a los niños y a las niñas que presentan dificultades de mayor calado.

La EDAD-2020 sugiere que la extensión de las dificultades experimentadas por los/las menores —en términos de número de áreas de dificultad— sí podría ser uno de los factores condicionantes del acceso a la AT. Como se puede observar en el cuadro 5, los mayores porcentajes de recepción de estas intervenciones terapéuticas corresponden, según la EDAD-2020, a niños y a niñas con dificultad en tres áreas de desempeño o más (el 100 % de quienes presentan dificultad en seis áreas en el momento de la encuesta reciben estos servicios, frente al 47,7 % de quienes presentan dificultad en un área y el 61,4 % de quienes la presentan en dos áreas). Para los menores de 6 años no se dispone de datos sobre la gravedad de las dificultades que permitan conocer si esta variable también determina o condiciona el acceso.

## Cuadro 5

### Porcentaje de niños y niñas entre 2 y 5 años que recibe servicios de atención temprana en función del número de áreas de desempeño en las que experimentan dificultades equiparables a discapacidad

|                          | Dificultades en un área | Dificultades en dos áreas | Dificultades en tres áreas | Dificultades en cuatro áreas | Dificultades en cinco áreas | Dificultades en seis áreas |
|--------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| Recibe atención temprana | 47,7                    | 61,4                      | 94,6                       | 86                           | 72,6                        | 100                        |

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

### Correlatos socioeconómicos del acceso a la atención temprana

Más allá de la entidad de las dificultades experimentadas por los/las menores, cabe preguntarse hasta qué punto el acceso a la AT en España se ve condicionado por el nivel educativo y la posición económica familiar. Existe evidencia reciente de carácter cualitativo según la cual las familias con mayores medios económicos contarían con una ventaja a la hora de facilitar intervenciones terapéuticas precoces y con suficiente cobertura. Asimismo, las familias con un nivel educativo elevado tendrían mayor facilidad para orientarse en el sistema de solicitud de apoyos y gestionar su recepción (Seiz, 2025). La EDAD-2020 posibilita el contraste de estos hallazgos con datos representativos a nivel nacional.

Según esta fuente de datos, las cifras de recepción de las intervenciones terapéuticas conocidas como AT son más elevadas entre niños y niñas residentes en familias en las que algún miembro ha completado estudios universitarios (80,1 %, frente al 61,1 % correspondiente a familias con estudios de nivel intermedio y al 69,7 % de las familias con estudios primarios). Un análisis de regresión confirma la significatividad estadística de estas diferencias (*odds ratio* de 2,4 para la variable de estudios universitarios, teniendo en cuenta el nivel de ingresos del hogar y el número de áreas de desempeño en las que el/la menor presenta dificultad, con un nivel de confianza del 95 % si se pondera la regresión).

Por el contrario, las diferencias existentes por nivel de ingresos del hogar son algo más sutiles y no resultan estadísticamente significativas al tener en cuenta el nivel educativo familiar: si bien la cobertura en hogares con ingresos iguales o superiores a 3.900 euros netos mensuales alcanza un 77,5 %, la correspondiente a hogares con ingresos inferiores a esa cifra se sitúa 10 puntos porcentuales por debajo (en un 67,7 %, en los hogares con ingresos entre 2.000 y 3.899 euros, y en un 68 % en los hogares con ingresos inferiores a 2.000 euros).

Un factor de potencial importancia, al menos en determinados casos, para el acceso ágil a la intervención terapéutica en la primera infancia es la detección precoz de dificultades y el acceso a un diagnóstico. A este respecto, ya se ha constatado en el capítulo previo que un nivel educativo elevado podría favorecer una mayor identificación de limitaciones en la consecución de los hitos del desarrollo y, por ende, en el funcio-

namiento cotidiano de los menores. El análisis de la muestra de menores de 6 años en la EDAD-2020 parece, en un primer momento, corroborar esta impresión también a nivel descriptivo entre la población de edad más temprana. El 25,7 % de los niños y de las niñas entre 2 y 5 años residentes en hogares en los que se han completado estudios universitarios presentan dificultades en tres áreas de desempeño o más, frente al 21,5 % de quienes residen en hogares con estudios de nivel medio, y frente al 15,2 % de quienes residen en hogares con solo estudios primarios o inferiores. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas en un análisis de regresión y teniendo en cuenta el nivel de ingresos del hogar.

Cabe señalar, por otro lado, que el 39 % de los niños y las niñas que presentan limitaciones tempranas equiparables a discapacidad en el momento de la encuesta no habían recibido ningún diagnóstico de “deficiencia o enfermedad cuya duración esperada sea superior a un año, por la que necesite cuidados o atenciones especiales”, tal y como se expresa en el cuestionario de limitaciones de la EDAD-2020. Este hecho —que no excluye que se hayan podido obtener apoyos terapéuticos a partir de un reconocimiento de otras dificultades conducentes a discapacidad<sup>19</sup>— sugiere la existencia de barreras de acceso no solo a la recepción precoz de servicios terapéuticos, sino también a un diagnóstico formal que la facilite.

Con todo, al examinar si existen factores socioeconómicos susceptibles de condicionar de forma significativa si se cuenta o no con un diagnóstico como el mencionado, no se aprecia que las familias con mayor nivel educativo hayan accedido con más facilidad a este diagnóstico, pese a lo que cabría suponer en vista de su mayor acceso a la AT o de la menor edad de inicio y el mayor alcance de las dificultades que se recogen en el capítulo previo. Más bien al contrario, los/las menores en familias que han alcanzado como máximo estudios primarios presentan la mayor tasa de diagnóstico de deficiencias o enfermedades con duración esperada superior a un año —81,4 %—, frente al 68,3 % de quienes viven en hogares con estudios universitarios y el 53,2 % de quienes residen en hogares con estudios de nivel medio.

Estos datos descriptivos deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño de las submuestras. Además, cabe la posibilidad de que las diferencias encontradas se expliquen por otros factores no observables subyacentes, más que por el nivel de cualificación y los conocimientos adquiridos en el núcleo familiar. Determinados tipos de discapacidad —por ejemplo, los que afecten de forma muy evidente al desarrollo cognitivo y sean de carácter genético y hereditario (véase, por ejemplo, Lichtenstein et al., 2022)— podrían asociarse tanto a un diagnóstico más claro, específico, temprano o permanente de los menores, por entrañar retrasos en el desarrollo muy visibles, como a un nivel educativo bajo por parte de los progenitores, si estos también hubieran experimentado dificultades de aprendizaje a lo largo de su vida. Al mismo tiempo, se ha documentado que las familias en situaciones de vulnerabilidad social —entre las que se incluyen aquellas en los estratos educativos más bajos— se enfrentan a mayores riesgos de salud durante la gestación, el parto y el periodo perinatal,

<sup>19</sup> No es infrecuente, de hecho, que algunas alteraciones del desarrollo se clasifiquen en los primeros años de la infancia como retrasos madurativos, sin perjuicio de que los menores con este juicio clínico puedan acceder también a atención temprana (Casado et al., 2022).

presentando por ello mayor potencial de complicaciones obstétricas y neonatales que afectan al desarrollo fetal e infantil y a la probabilidad de desarrollar una discapacidad —por ejemplo, prematuridad, bajo peso al nacer, tamaño pequeño para la edad gestacional, ciertas patologías de salud materna y determinadas complicaciones en el momento del nacimiento— (véanse, por ejemplo, Kern-Goldberger et al., 2022; Bello-Álvarez et al., 2025; Geddes-Barton et al., 2025, y Seiz, 2026). No obstante, los modelos de regresión no arrojan diferencias estadísticamente significativas ni por nivel educativo ni por nivel de ingresos en cuanto a la tasa de diagnóstico temprano de dificultades o enfermedades de duración esperada superior a un año.

En vista de los resultados obtenidos, por tanto, no parece que el mayor acceso a la AT por parte de quienes viven en familias con estudios universitarios se derive directamente de un mayor acceso a diagnósticos o de mayores medios económicos. Más bien, se plantea la posibilidad de que estas familias tengan mayor percepción y conciencia de las dificultades, como se ha sugerido en el capítulo previo, así como mayores conocimientos, recursos socioculturales e incluso tiempo para poder orientarse en el sistema de acceso a servicios de AT, resolver trámites burocráticos y agilizar la recepción de recursos. Un estudio cualitativo previo sobre la cuestión ofrece evidencia que apoya esta interpretación (Seiz, 2025).

## 2.2. El acceso a los apoyos terapéuticos más allá de los 6 años

### Limitaciones en el acceso a servicios de rehabilitación y/o de atención a la salud mental

En lo que se refiere a mayores de 6 años, la EDAD-2020 ofrece información sobre la recepción en los últimos doce meses de servicios sanitarios<sup>20</sup> de rehabilitación física o cognitiva y de atención psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica, pudiendo estos servicios ser prestados por la sanidad pública, por sociedades médicas, en consultas privadas o por otro tipo de actores o entidades.

El primer hallazgo llamativo en este sentido es que, según la EDAD-2020, solo el 23 % de los menores con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años y dificultades constitutivas de discapacidad han recibido en el último año servicios sanitarios de rehabilitación física o cognitiva. En el caso de la atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica, la cifra es algo mayor, alcanzando el 47,2 %. En conjunto, si se agregan para cada individuo los datos correspondientes a ambos tipos de servicios, se observa que el 57,2 % de los/las menores en esta franja de edad ha recibido al menos uno de estos servicios. Se trata de una cifra visiblemente menor (en

<sup>20</sup> En la EDAD-2020, cuando se pregunta por servicios de rehabilitación física o cognitiva y de atención por parte de psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, se hace alusión a servicios sanitarios (que, a su vez, pueden ser prestados por la sanidad pública, sociedades médicas, consultas privadas u “otros”). Es posible que dentro de estos se engloben los proporcionados en gabinetes o centros de atención infantil, algunos de los cuales están total o parcialmente sostenidos con fondos públicos, pero no se explicita si es el caso. Por tanto, no puede descartarse la exclusión de algún tipo de servicio de la conceptualización mencionada y recogida en el cuestionario. En consecuencia, las cifras aquí proporcionadas podrían subestimar la proporción de menores que recibe servicios de apoyo terapéutico fuera del ámbito escolar.

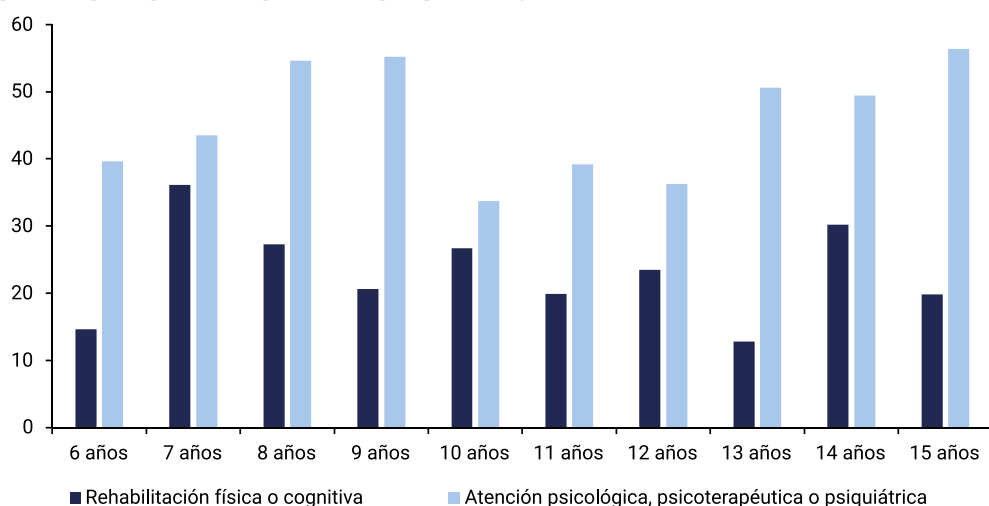
12 puntos porcentuales) que la correspondiente a la recepción de servicios de AT en el caso de menores de 6 años con limitaciones equiparables a discapacidad. Esto implica —salvo que los mayores de 6 años estuvieran recibiendo otro tipo de servicios no registrados en la encuesta— una ausencia de apoyo terapéutico para una proporción muy sustantiva de niños, niñas y adolescentes con dificultades significativas en su desarrollo y vida cotidiana.

Una posible explicación de la menor tasa de recepción de servicios sanitarios terapéuticos en este grupo de edad, en comparación con la de AT, podría ser la disminución de determinadas necesidades con el tiempo. Sin embargo, el análisis de la proporción de niños, niñas y adolescentes mayores de 6 años que reciben estos servicios a lo largo de la distribución etaria analizada pone en duda que este sea el caso.

Como se puede apreciar en el gráfico 5, los porcentajes de recepción de intervenciones no tienden a disminuir con el paso de los años ni muestran una relación evidente con la edad, lo que lleva a suponer que las razones que motivan la ausencia de apoyos terapéuticos en una proporción no despreciable de la población de 6 a 15 años hay que buscarlas en otras variables. A cualquier edad es más frecuente la recepción de servicios de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica que la de servicios de rehabilitación física o cognitiva. Los bajos porcentajes de recepción de servicios de rehabilitación resultan llamativos también cuando se analizan atendiendo al tipo de discapacidad que presenta la persona.

**Gráfico 5**

**Porcentaje de menores entre 6 y 15 años con discapacidad que reciben distintos tipos de atención terapéutica, por edad (rehabilitación física o cognitiva y atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica)**



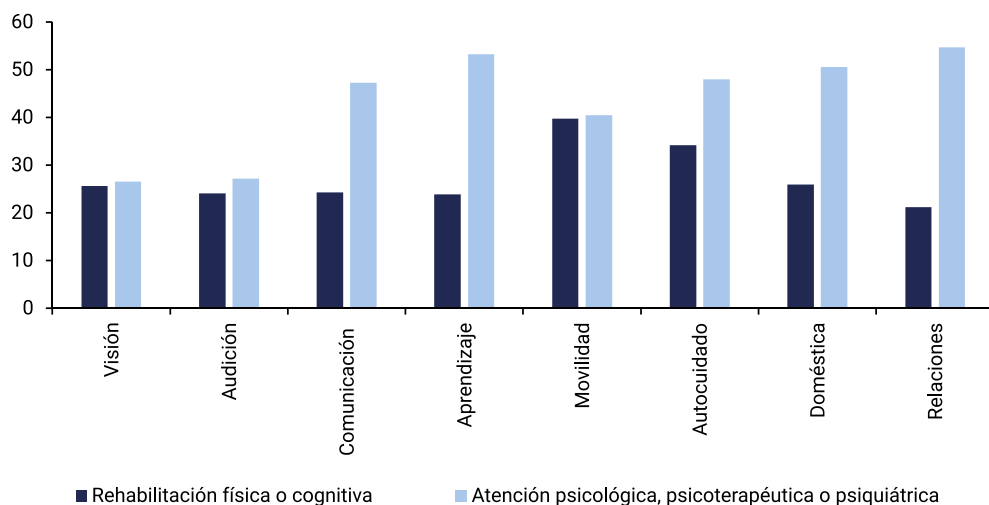
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

Como pone de manifiesto el gráfico 6, los servicios de rehabilitación física o cognitiva se reciben en mayor medida cuando hay dificultades de movilidad, autocuidado, vida doméstica, visión o audición, pero aun en estos casos se trata de porcentajes relativamente bajos. La proporción más elevada, que corresponde a niños y niñas con dificultades de movilidad, asciende a un 39,7 %, lo que significa que un 60,3 % de los mayores de 6 años con este tipo de discapacidad no estarían recibiendo servicios de rehabilitación física, al menos dentro del sistema sanitario. En lo que respecta a la atención psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica, su recepción es más común entre los menores con dificultades en los ámbitos de las relaciones (54,7 % la reciben), la vida doméstica (53,2 %) y el aprendizaje (50,6 %). De nuevo, llama la atención que, incluso ante tales dificultades, quedan fuera de estos servicios proporciones cercanas a la mitad de los/las menores con las dificultades mencionadas.

La EDAD-2020 no permite indagar directamente sobre los motivos por los que no se están recibiendo diferentes apoyos terapéuticos en el ámbito sanitario, ya que en el caso de los/las menores con discapacidad, esta variable cuenta con muy escasas observaciones en las que se aleguen las razones por las que se pregunta. Indirectamente, se puede examinar si una menor recepción de intervenciones terapéuticas de esta índole se asocia a una menor gravedad o alcance de las dificultades, a un nivel familiar educativo y económico más bajo, o a una escasa disponibilidad de servicios públicos asequibles a cualquier hogar.

**Gráfico 6**

**Porcentaje de menores con discapacidad entre 6 y 15 años con dificultades en un área concreta que recibe distintos tipos de atención terapéutica (rehabilitación física o cognitiva y atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica)**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

## Titularidad de los servicios y barreras económicas a su recepción

Según la EDAD-2020, el 56.9 % de los niños, las niñas y las/los adolescentes que reciben servicios de rehabilitación física o cognitiva lo hacen a través de la sanidad pública. La cifra es superior en el caso de la atención proporcionada por psicólogos, psicoterapeutas o psiquiatras, ascendiendo las intervenciones realizadas por entidades de titularidad pública al 62,6 %. Estas cifras, no obstante, revelan que incluso en el caso de quienes sí reciben estos apoyos —y que constituyen, en conjunto, poco más de la mitad de la población de interés— la cobertura pública dista mucho de ser universal. Este último hallazgo es coherente con los obtenidos a partir de la encuesta de conveniencia DISINFAP-25, según la cual un 70 % de los y las menores incluidos/as en la muestra recibe o ha recibido en algún momento de sus vidas atención terapéutica prestada por entidades privadas y concertadas y financiada por la familia (la cifra es aún más elevada si se tienen en cuenta las terapias prestadas desde el ámbito privado o concertado y financiadas total o parcialmente por alguna asociación, entidad o beca).

¿Quizá los servicios públicos estén destinándose a los casos más graves o con dificultades en más áreas? Los datos de la EDAD-2020 revelan que, en efecto, los servicios terapéuticos prestados en el ámbito sanitario por entidades de titularidad pública atienden fundamentalmente al segmento más afectado de la población infantil con discapacidad. El 86,1 % de los/las menores que reciben servicios públicos de rehabilitación física o cognitiva presentan discapacidad grave, ascendiendo la proporción al 81 % en el caso de los servicios de atención psicoterapéutica, psicológica o psiquiátrica. Además, cerca del 40 % presentan dificultades en tres áreas de desempeño o más.

Sin embargo, a pesar del aparente esfuerzo institucional en priorizar en la prestación de servicios públicos fundamentalmente a quienes presentan necesidades muy sustantivas de atención, la EDAD-2020 pone de manifiesto que una proporción muy importante de la población infantil y juvenil en esta circunstancia —más de la mitad— continúa quedando fuera de cualquier intervención terapéutica más allá de la proporcionada en los centros educativos, incluyendo las prestadas por entidades de carácter privado. El 57,5 % de los niños, las niñas y las/los adolescentes entre 6 y 15 años con discapacidad grave y el 57,2 % de quienes afrontan dificultades en tres o más áreas de desempeño se encontraban en el momento de realización de la encuesta (2020) en esta situación.

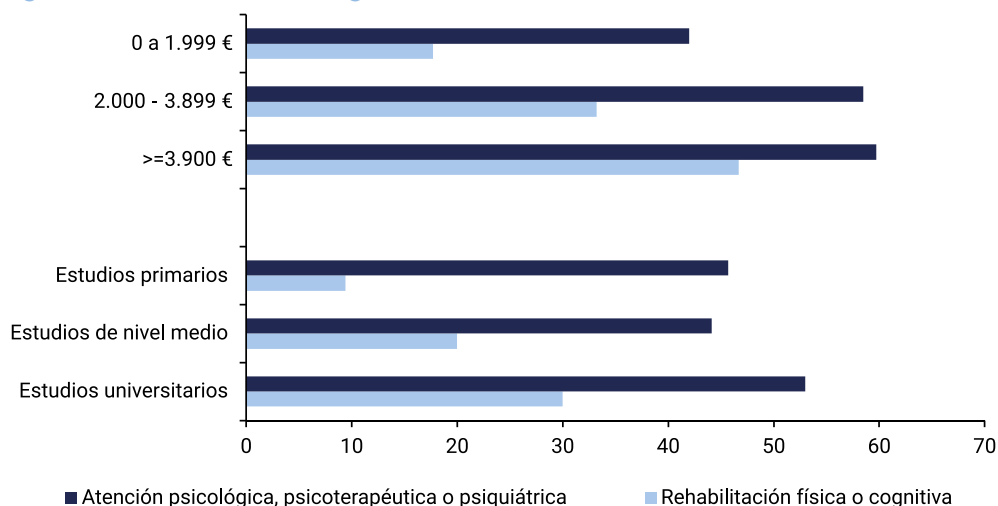
El gráfico 7 arroja luz sobre probables barreras socioeconómicas al acceso a las intervenciones terapéuticas, ya que se observa tanto un gradiente educativo como diferencias por nivel económico del hogar en la recepción de estos apoyos. Entre los menores residentes en hogares con nivel educativo máximo de estudios primarios, las tasas de recepción de servicios de rehabilitación física y cognitiva observadas a partir de la EDAD-2020 son extremadamente bajas: tan solo un 9,4 % de los niños, las niñas y los adolescentes en dichos hogares tenía acceso a este tipo de intervención terapéutica a través de servicios sanitarios. Entre los/las menores en cuyos hogares se habían completado estudios de nivel medio (secundaria obligatoria, bachillerato o formación profesional), la cifra alcanzaba el 20 %. En el caso de los hogares en los que

algún miembro había finalizado estudios universitarios, la proporción era todavía baja, pero notablemente superior a las anteriores (30 %). No obstante, las diferencias por nivel educativo no resultan estadísticamente significativas cuando se tiene en cuenta el nivel de ingresos. En cuanto a la atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica, las diferencias entre los estratos educativos intermedio y bajo son mínimas (en el primer caso, el 44,1 % de los niños, las niñas y las/los adolescentes reciben estos servicios, frente a un 45,7 % en el segundo grupo), pero en los hogares con estudios universitarios la proporción es visiblemente superior (el 53 % de los/las menores reciben esta atención). De nuevo, no obstante, las diferencias no muestran significatividad estadística una vez se tiene en cuenta la capacidad económica del hogar.

En lo que respecta a las diferencias por nivel de ingresos familiar, sí se observa en la EDAD-2020 una brecha evidente respecto al acceso a servicios de rehabilitación física y cognitiva. En los hogares con ingresos inferiores a 2.000 euros netos mensuales, solo el 17,7 % de los menores con discapacidad recibe estos servicios, mientras que en hogares con ingresos de al menos 3.900 euros netos mensuales la cifra asciende al 47 % (en hogares con ingresos comprendidos entre los dos grupos, la proporción correspondiente es del 33,2 %). Por lo tanto, se evidencia un diferencial económico claro en el acceso a servicios de rehabilitación. Un análisis de regresión logística confirma que residir en un hogar en el tramo más bajo de ingresos (por debajo de 2.000 euros netos al mes) se asocia con una probabilidad significativamente menor (*odds ratio* de 0,4 con un nivel de confianza del 99 %) de recibir este tipo de apoyo terapéutico. Este hallazgo, robusto independientemente de si se pondera o no el modelo de regresión y de si se incluyen o no en él la gravedad de la discapacidad y el número

### Gráfico 7

**Porcentaje de menores con discapacidad entre 6 y 15 años que recibe servicios sanitarios de atención terapéutica (rehabilitación física o cognitiva y atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica), por nivel educativo máximo y nivel de ingresos alcanzados en el hogar**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

de áreas de afectación como variables de control, resulta poco sorprendente a la luz de las limitaciones de cobertura pública anteriormente descritas.

En lo referente a la recepción de atención psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica, no se observan grandes diferencias entre los/las menores que residen en hogares con ingresos altos y medios según la categorización utilizada, pero sí entre estos dos grupos y el de ingresos bajos (inferiores a 2.000 euros netos mensuales). En este último caso, solo el 42 % de los niños, las niñas y las/los adolescentes reciben este tipo de atención, frente a los porcentajes próximos al 60 % correspondientes a los tramos de ingresos superiores. Mediante un análisis de regresión logística se ha confirmado que estas diferencias son estadísticamente significativas: es menos probable que los menores con discapacidad residentes en hogares situados en el tramo más bajo de ingresos reciban atención terapéutica en el ámbito de la salud mental que quienes residen en hogares con rentas superiores (*odds ratio* de 0,50 con un nivel de confianza del 95 %, teniendo en cuenta el nivel educativo máximo alcanzado en el hogar). Este resultado es robusto, de nuevo, independientemente de si se pondera o no el modelo de regresión y de si se tiene en cuenta la gravedad de la discapacidad y el número de áreas en las que el/la menor presenta dificultades.

Se puede concluir, en resumen, que las familias con menores ingresos encuentran barreras evidentes al acceso a la atención terapéutica posterior a los 6 años prestada fuera del ámbito educativo. Este resultado respalda sólidamente el argumento sobre las limitaciones en la cobertura pública de estos servicios, presentadas en el capítulo introductorio y corroboradas en este de forma empírica.

El hecho de que la tasa de recepción de servicios de rehabilitación física y/o cognitiva resulte en todos los casos más baja que la correspondiente a la atención psicoterapéutica, psiquiátrica o psicológica puede guardar relación con una mayor facilidad de acceso a servicios públicos de salud mental infanto-juvenil. De hecho, la EDAD-2020 sugiere que este es el caso: el 56,7 % de la minoría que recibe servicios de rehabilitación física o cognitiva entre los 6 y los 15 años lo hace a través de recursos de titularidad pública, frente al 63 % de quienes reciben servicios de atención psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica. Este hecho podría derivarse de la existencia de diferentes planes estratégicos de salud mental (incluida la infantil y juvenil) en las comunidades autónomas, aunque se haya observado variabilidad en su implementación (López et al., 2019).

En este contexto, para comprender mejor la relación entre la oferta de servicios públicos y los patrones de acceso a la intervención terapéutica cumplidos los 6 años, es relevante analizar si los porcentajes de uso de servicios públicos también varían por nivel educativo o de ingresos del hogar. En este sentido, según los datos de la EDAD-2020, en hogares con un nivel educativo bajo —en los que como máximo se han completado estudios de nivel primario— los niños, las niñas y las/los adolescentes que reciben apoyo de rehabilitación lo hacen exclusivamente por la vía de los servicios públicos (100 % de las observaciones de este grupo). En el caso de las familias con un nivel educativo medio, la proporción que recibe servicios de titularidad pública es menor, pero también mayoritaria (64 %). Por el contrario, en el caso de las familias en las que algún miembro tiene estudios universitarios, una proporción importante (54,1 %)

no recurre a servicios públicos. En el caso de los servicios de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica, las diferencias no son tan evidentes, pero también se observa que las familias con estudios universitarios recurren en menor medida que las demás a servicios públicos (solo el 52,9 % lo hace, frente al 68,5 % de las familias con estudios medios y el 66,9 % de las familias con estudios primarios o inferiores).

Con respecto a los ingresos del hogar, se observan tendencias similares. En los hogares con bajos ingresos (menos de 2.000 euros netos mensuales), la recepción de servicios terapéuticos tendría lugar de forma mayoritaria a través de la sanidad pública (el 70,7 % de los servicios de rehabilitación física o cognitiva recibidos dentro de este grupo se prestan por esta vía; el porcentaje equivalente en el caso de los servicios de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica asciende al 76,5 %). Los hogares con ingresos medios (2.000-3.899 euros netos mensuales) ocupan una posición intermedia (en el 42,4 % de los casos, los servicios de rehabilitación física o cognitiva recibidos se prestan dentro de la sanidad pública, siendo la cifra algo menor en el caso de los servicios de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica, el 38,1 %). En las familias con ingresos netos mensuales iguales o superiores a 3.900 euros, solo el 41,9 % de los servicios de rehabilitación física y cognitiva y el 35 % de los servicios de atención psicológica, terapéutica o psiquiátrica se reciben por la vía pública.

Los análisis de regresión logística realizados para averiguar si las diferencias son estadísticamente significativas y si se basan mayormente en el nivel educativo o en el nivel de ingresos del hogar confirman que los hogares con ingresos bajos tienen una probabilidad más alta de uso de servicios de rehabilitación física o cognitiva de titularidad pública (*odds ratio* en torno a 3, con un nivel de confianza del 95 % en el caso de la regresión sin ponderar, y del 90 % en el caso de la regresión ponderada, aunque ambos resultados deben tomarse con cautela por el reducido tamaño muestral). Este hallazgo es aún más evidente respecto a la recepción de servicios de atención a la salud mental (*odds ratio* de 6 en la regresión ponderada, y 5 en la regresión sin ponderar, con un nivel de confianza del 99,9 % en ambos casos). La relación es robusta y se observa independientemente que se tome o no en consideración la gravedad de la discapacidad y el número de áreas de dificultad.

Estas cifras indican la marcada dependencia de los servicios públicos para la recepción de apoyos terapéuticos destinados a la infancia con discapacidad en los estratos socioeconómicos más vulnerables. Podrían, asimismo, reflejar limitaciones al acceso a estos servicios por parte de menores que viven en familias con un nivel de recursos económicos medio o alto —en caso de que se favorezca el acceso a menores en hogares de rentas bajas—, o bien condiciones de los servicios privados que los conviertan en más atractivos para quienes tienen capacidad económica para afrontar su coste (por ejemplo, mayor agilidad en la recepción o mayor variedad de horarios, como pusieron de manifiesto las madres de niños y niñas con discapacidad en un reciente estudio cualitativo (Seiz, 2025)).

En conjunto, los diferenciales presentados muestran que, en buena medida, el acceso a los recursos de intervención terapéutica para la infancia con discapacidad en España más allá de los 6 años —y muy especialmente en lo relativo a la rehabilitación física y cognitiva— depende de las características socioeconómicas de la familia. La

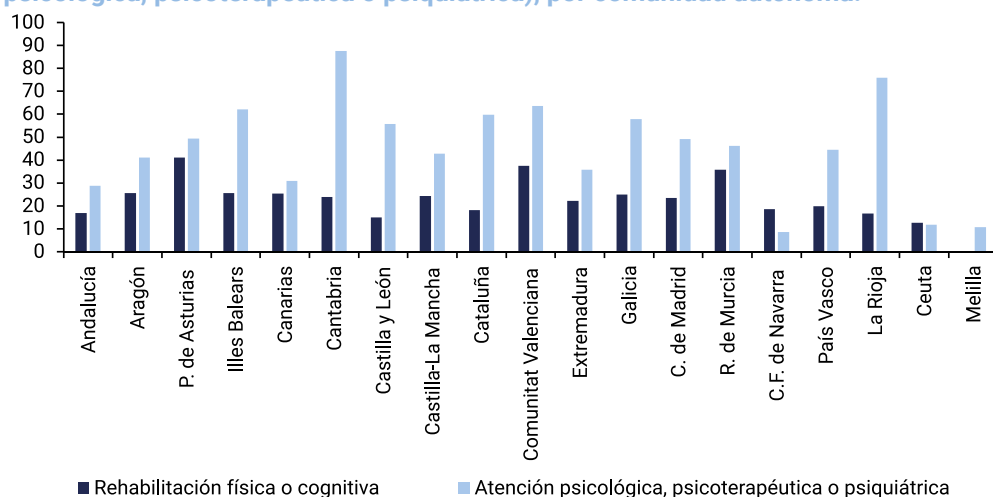
provisión de recursos públicos resulta esencial para las familias en situaciones de mayor desventaja social —e incluso para muchas con ingresos y un nivel educativo medio—, pero se revela claramente insuficiente, a tenor de los datos analizados, para dar cobertura a las necesidades de la población, incluso de los segmentos con necesidades más importantes. Al mismo tiempo, es preciso subrayar que una proporción muy importante de los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad, independientemente de su nivel socioeconómico, no están accediendo a ningún tipo de servicio de intervención terapéutica en el ámbito sanitario, siendo posiblemente la atención prestada en el ámbito educativo la única o principal fuente de apoyo especializado en muchos casos. Esto pone de manifiesto la necesidad de garantizar una atención correcta y suficiente en el entorno escolar.

### Distribución territorial de la recepción de intervenciones terapéuticas después de los 6 años

A este respecto, por último, cabe preguntarse por posibles desigualdades territoriales en la recepción de intervenciones terapéuticas por parte de los menores, dado que la provisión de estas es competencia de las comunidades autónomas. El gráfico 8 muestra que, en la mayor parte del territorio nacional, los porcentajes de recepción de servicios de rehabilitación física o cognitiva son reducidos. Más allá del caso de Melilla, en el que no consta dicha recepción, se sitúan entre el 12,6 % (Ceuta) y el 41,2 % (Principado de Asturias), localizándose la mayoría entre el 20 % y el 26 %. En el caso de la atención psicológica, psicoterapéutica y psiquiátrica, las cifras son algo más elevadas, como ya se ha constatado a nivel agregado, situándose la mayor parte entre el 40 % y el 60 %. Con todo, en algunas comunidades los valores son notablemente bajos

**Gráfico 8**

**Porcentaje de menores con discapacidad entre 6 y 15 años que recibe servicios sanitarios de atención terapéutica (rehabilitación física o cognitiva y atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica), por comunidad autónoma.**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

(8,6 % en Navarra; 10,7 % en Melilla, 11,8 % en Ceuta), y solo en dos casos —Cantabria, con un 87,6 %, y La Rioja, con un 75,9 %— se acercan a una cobertura sustancial. En resumen, se observa una situación relativamente homogénea en cuanto a marcadas limitaciones de cobertura terapéutica no escolar para mayores de 6 años a lo largo del territorio nacional, si bien con diferencias territoriales no desdeñables.

Finalmente, es preciso subrayar que los apoyos terapéuticos a la discapacidad no solo se limitan a las intervenciones profesionales directas, sino que en muchos casos se requieren también ayudas técnicas, otro tipo de adaptaciones, asistencia personal, tratamientos médicos o medicación, entre otros. La EDAD-2020 recoge información sobre el importe total de gastos asociados a la discapacidad en los últimos doce meses y los conceptos a los que se dedica. En promedio, dicho coste asciende a 2.304 euros para aquellas familias de las que se dispone información<sup>21</sup>, situándose el rango entre 0 y 35.000 euros anuales. El 43 % de las familias presenta gastos superiores a 1.000 euros por año. Esto supone un coste añadido sustantivo respecto a los gastos habituales de la crianza de menores que no presentan discapacidad, y evidencia la importancia de que las instituciones públicas ofrezcan suficiente respaldo a las necesidades de los niños, las niñas y los adolescentes que sí la presentan.

Al estratificar el gasto por nivel económico familiar, se observa que, aunque las familias con ingresos altos (3.900 euros mensuales o más) dedican, en promedio, una mayor cuantía anual a los gastos relacionados con la discapacidad infantil (6.228 euros), los gastos de las familias con ingresos medios y bajos continúan siendo muy sustanciales (2.354 y 2.033 euros anuales en promedio, respectivamente). En lo que respecta al tipo de gasto catalogado como principal, lo más habitual (32,4 % de los casos) es que corresponda al concepto “tratamientos médicos”. Este se distingue en el cuestionario del concepto “medicamentos”, por lo que cabe imaginar que corresponda a servicios de intervención terapéutica costeados directamente por la familia. Les siguen en importancia los medicamentos (15,5 %), los gastos asociados a la escolarización (15,2 %) y las ayudas técnicas (13,2 %).

Solo el 48,9 % de las familias habían recibido en los doce meses previos a la realización de la encuesta EDAD-2020 alguna prestación económica relacionada con la discapacidad infantil. Un hallazgo llamativo es que la proporción resulta considerablemente mayor entre las familias con ingresos altos (76,3 %) que entre las familias con ingresos medios (64 %) y, sobre todo, bajos (37,5 %). Una brecha parecida se aprecia en función del nivel de estudios máximo alcanzado en el hogar (solo el 33,8 % de los hogares con estudios de nivel primario habría recibido esta prestación, frente al 42,6 % de los hogares con un nivel de estudios medio y el 62,9 % de los hogares con estudios universitarios). Un análisis de regresión confirma que el vivir en un hogar en el que se han completado estudios superiores se asocia con una probabilidad significativamente más alta, desde el punto de vista estadístico (*odds ratio* de 2, con un nivel de confianza del 95 % en la regresión ponderada y del 99,9 % en el modelo sin ponderar), de recibir una prestación económica relacionada con la discapacidad, independientemente de su gravedad y del nivel de ingresos familiar. Estos resultados indican que la

<sup>21</sup> Hay una proporción sustantiva de valores perdidos en esta variable (31 %).

mayoría de las familias vulnerables no accede a las prestaciones económicas disponibles para afrontar o compensar, al menos parcialmente, el coste de servicios, intervenciones y productos de apoyo terapéutico, posiblemente por falta de conocimiento, dificultades burocráticas, costes administrativos y mecanismos similares a los que operan en el *non-take-up* de otras prestaciones básicas, como el ingreso mínimo vital (IMV) en hogares en situaciones de desventaja (Puyuelo-Estrada y Gentile, 2025). Esta es una cuestión con implicaciones muy profundas para el bienestar infantil y familiar en hogares con menores con discapacidad que también requiere atención urgente por parte de los poderes públicos.

Para cerrar el capítulo, se aportan algunos datos sobre satisfacción con las intervenciones terapéuticas de orden sanitario. Aunque la EDAD-2020 no proporciona información sobre este aspecto, la encuesta de conveniencia DISINFAP-25 sí permite hacerse una idea de los aspectos que valoran las familias, con las reservas que imponen el muy reducido tamaño muestral y un cierto sesgo hacia familias de estatus económico relativamente elevado. En torno a dos terceras partes de las personas participantes en la DISINFAP-25 (68 %) manifiestan estar muy o bastante satisfechas con la calidad de las terapias y los profesionales. Los resultados de las terapias también reciben una valoración claramente positiva: el 63 % de las personas encuestadas declaran estar muy o bastante satisfechas al respecto. Sigue a esta valoración la de la intensidad de las terapias, que aparece en tercer lugar con un 58 %. Las familias son, en cambio, más críticas respecto de la distancia a la que se encuentran los centros de terapia, que recibe una valoración bastante o muy positiva en menos de la mitad de los casos (47 %), y en lo referente a sus horarios (solo el 42 % muestra bastante satisfacción o mucha satisfacción al respecto). Con todo, el aspecto peor valorado es el relativo a las facilidades para compatibilizar la atención terapéutica del o de la menor con el empleo de los progenitores: solo una de cada seis personas encuestadas (16 %) manifiesta mucha o bastante satisfacción al respecto. Estos resultados son muy coherentes con los reflejados en un estudio previo de carácter cualitativo y alcance geográfico más limitado (Seiz, 2025).

## CAPÍTULO 3.

### LA PRESTACIÓN DE APOYOS EDUCATIVOS A LA INFANCIA CON DISCAPACIDAD EN EL ENTORNO ESCOLAR

La escuela debería constituir un pilar fundamental en la atención a la infancia con discapacidad, no solo por su función esencial como garante del derecho a la educación, sino también por el importante papel que desempeña respecto a la provisión de intervenciones profesionales especializadas que maximicen las oportunidades para un desarrollo lo más favorable posible. Debe recordarse que, como se recoge en el capítulo introductorio, la atención temprana (AT) sostenida por fondos públicos en España se presta como máximo hasta los 6 años en la mayor parte del territorio nacional, y en múltiples comunidades autónomas pasa a prestarse exclusivamente como atención especializada en el ámbito educativo con el inicio de la escolarización (Muñoz Bravo et al., 2024). En este contexto —y en vista de las limitaciones descritas en el alcance de los servicios terapéuticos en el ámbito sanitario a partir de los 6 años, así como del nivel educativo comparativamente bajo de gran parte de la población con discapacidad (Malo et al., 2024)—, resulta necesario analizar en profundidad el alcance de la actual atención educativa a la infancia con discapacidad, así como sus fortalezas y necesidades de mejora.

La EDAD-2020 ofrece la posibilidad de ir más allá de las fuentes estadísticas existentes sobre educación en distintas modalidades —las series anuales sobre escolarización de alumnado con necesidades educativas especiales del Ministerio de Educación, Formación Profesional y Deportes— al proporcionar datos representativos sobre el alumnado que presenta específicamente alguna discapacidad, aportando información adicional sobre diversas dimensiones de la atención recibida. En primer lugar, la EDAD-2020 permite analizar cómo se distribuye el alumnado con distintos tipos de dificultad derivada de la discapacidad —y no solo necesidades educativas especiales— entre las modalidades de escolarización existentes y los centros de distinta titularidad en el conjunto del territorio nacional y en distintas comunidades autónomas. En segundo lugar, la encuesta aporta evidencia sobre los factores que subyacen a la escolarización en una u otra opción educativa y el margen real de las familias al respecto. En tercer lugar, proporciona valiosa información sobre la provisión de adaptaciones y apoyos en relación con las necesidades de los menores. Asimismo, ofrece claves sobre situaciones de discriminación o acoso, que también están estrechamente ligadas a la calidad de la atención educativa y el grado de inclusión alcanzado en las escuelas. Por último, la EDAD-2020 permite explorar, como en capítulos anteriores, si existen diferenciales socioeconómicos que atraviesen todas estas dimensiones.

#### 3.1. ¿Cómo está escolarizado el alumnado con discapacidad entre 6 y 15 años en España y de quién depende en la práctica la decisión?

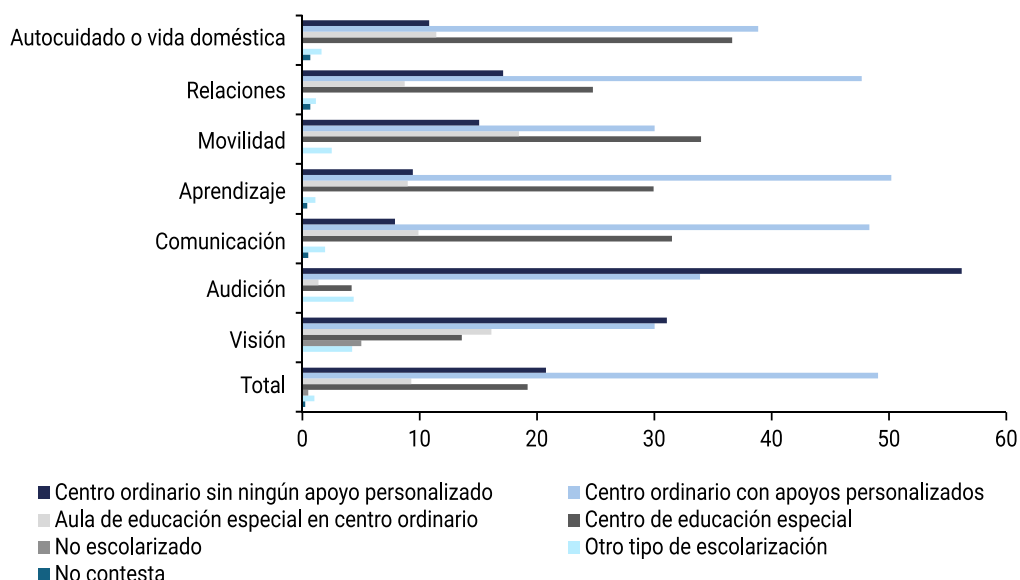
En la EDAD-2020 se recogen cinco tipos o modalidades de escolarización: en un centro de educación especial, en un aula de educación especial en un centro ordinario, en un centro ordinario recibiendo apoyos personalizados, en un centro ordinario sin ningún tipo personalizado de apoyo y otro tipo de escolarización. También aporta información sobre la ausencia de escolarización y de respuesta.

El gráfico 9 ilustra la situación de escolarización del alumnado con discapacidad entre 6 y 15 años, según la EDAD-2020, tanto en términos generales como por cada tipo de dificultades experimentadas. Como se puede observar, la escolarización en la modalidad ordinaria es mayoritaria. En el momento de la recogida de datos, el 49,1 % de este alumnado estaba escolarizado en un centro ordinario recibiendo apoyos personalizados, y un 20,8 % estaba escolarizado en un centro ordinario sin ningún tipo de apoyo personalizado. El 19,2 % estaba escolarizado en un centro de educación especial, y el 9,3 % en un aula de educación especial en centros ordinarios. Muy pocos niños, niñas y adolescentes entre 6 y 15 años con discapacidad recibían otro tipo de escolarización (1 %) o no estaban escolarizados/as (0,5 %).

El alumnado con dificultades de audición es el único que de forma mayoritaria (56,2 %) estaba escolarizado en centros ordinarios sin ningún tipo de apoyo personalizado cuando se realizó la encuesta. Con todo, se observan también porcentajes significativos de falta de apoyo personalizado a individuos con dificultades de visión (31,1 %), relacionales (17,1 %), de movilidad (15 %) o incluso de autonomía (medida como autocuidado o vida doméstica) (10,8 %), siendo más bajos los relativos a alumnado con dificultades de aprendizaje (9,4 %) y comunicación (7,9 %). En el caso del alumnado con dificultades de aprendizaje, de relación o comunicación, la opción más frecuente, próxima al 50 % de los casos (50,2 %; 47,7 % y un 48,3 %, respectivamente), es la escolarización en centros ordinarios con apoyos personalizados. Hay dificultades que concentran los mayores porcentajes de escolarización en centros de educación especial o aulas de educación especial en centros ordinarios: las de autocuidado/vida domés-

**Gráfico 9**

**Porcentaje de menores con discapacidad entre 6 y 15 años escolarizado en distintas modalidades educativas, en conjunto y por tipo de dificultades experimentadas**



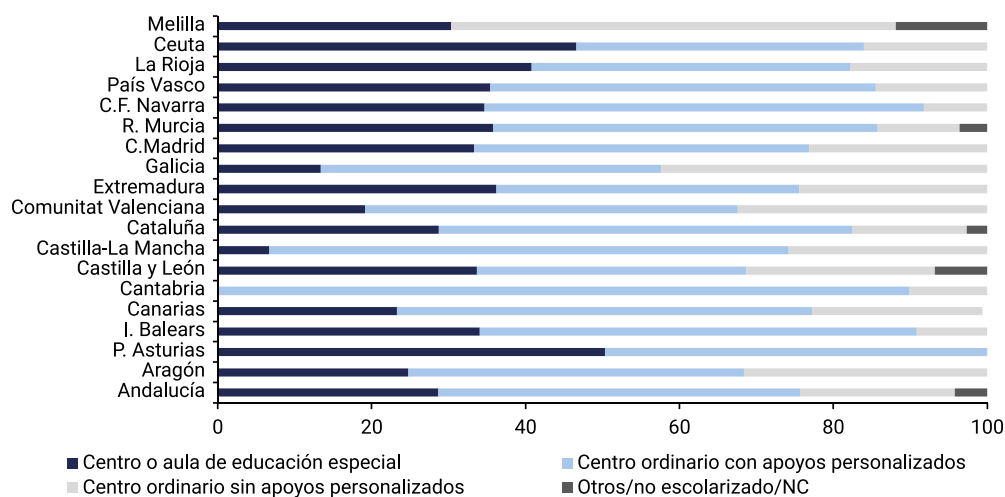
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

tica —es decir, relativas a la autonomía— (36,6 % y el 11,4 %), las de movilidad (34 % y un 18,5 %) y, en menor medida, las de comunicación (31,5 % y un 9,9 %) y visión (13,6 % y el 16,1 %). Cabe destacar que un 5 % del alumnado entre 6 y 15 años con discapacidad y dificultades de visión no estaba escolarizado cuando se realizó la encuesta.

La distribución del alumnado entre distintos tipos de modalidades/centros educativos no solo varía en función de las dificultades presentadas, sino también, y de forma notable, de la comunidad autónoma de residencia. Las cifras reflejadas en el gráfico 10 evidencian que, en la mayoría de las comunidades o ciudades autónomas, entre un cuarto y algo más de un tercio del alumnado con discapacidad estaba escolarizado, en el momento de la encuesta, en centros educativos o aulas de educación especial. No obstante, se observa que en algunas comunidades el porcentaje era sensiblemente mayor, situándose en torno al 50 % (concretamente, en Asturias, con un 50,3 % y en Ceuta, con un 46,6 %), mientras que en otras esta modalidad de escolarización directamente no se daba (Cantabria) o estaba presente en una proporción muy baja (Castilla-La Mancha, con un 6,7 %).

**Gráfico 10**

**Porcentaje de menores con discapacidad entre 6 y 15 años escolarizado en distintas modalidades educativas por comunidades y ciudades autónomas**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

La escolarización en centros ordinarios con algún tipo de apoyo personalizado aparece en la EDAD-2020 como la más habitual, dando cobertura en la mayoría de las comunidades autónomas a aproximadamente la mitad del alumnado (los porcentajes tienden a situarse ligeramente por encima del 40 % y algo por debajo del 60 %). Solo Cantabria y Castilla-La Mancha alcanzaban porcentajes superiores (89,9 % y un 67,5 %). La variabilidad territorial en lo referente a porcentajes de escolarización en distintas modalidades educativas puede explicar que no se encuentren tendencias claras por edad de los menores al analizar los datos a nivel nacional.

Como pone de manifiesto el cuadro 6, cuando se analiza si la escolarización en distintos tipos de modalidad guarda alguna relación con el estatus socioeconómico familiar, no se observan gradientes educativos reseñables en lo que respecta a la escolarización en educación especial, pero sí una menor prevalencia de la atención educativa en esta modalidad entre menores residentes en hogares con ingresos altos (solo el 12 % estaba escolarizado en centros o aulas de educación especial cuando se realizó la EDAD-2020, mientras que la cifra equivalente entre menores residentes en hogares con ingresos medios o bajos superaba el 26 %). Estas diferencias, no obstante, no parecen ser estadísticamente significativas cuando se lleva a cabo un análisis de regresión logística que tiene en cuenta el nivel educativo familiar, la gravedad de la discapacidad y el número de áreas de dificultad.

A nivel descriptivo, también se observa un cierto gradiente educativo en la escolarización en centros ordinarios con apoyos. Esta modalidad atiende más frecuentemente a niños, niñas y adolescentes residentes en familias en las que se han completado estudios universitarios (52,6 %). Las cifras correspondientes a menores residentes en familias en las que únicamente se han completado estudios de nivel medio o estudios de nivel primario son el 47,8 % y el 41 %, respectivamente. Sin embargo, la relación entre vivir en un hogar en el que se han completado estudios universitarios y una mayor probabilidad de estar escolarizado en un centro ordinario con apoyos tampoco es estadísticamente significativa cuando se tienen en cuenta la gravedad de la discapacidad, el número de áreas en las que se presenta dificultad y el nivel de ingresos del hogar. En este último sentido, se observa una prevalencia visiblemente mayor de escolarización en esta modalidad entre menores con discapacidad residentes en hogares con ingresos netos mensuales iguales o superiores a 3.900 euros. El análisis de regresión confirma que la relación entre ambas variables es estadísticamente significativa (*odds ratio* de 2,5), pero solo con un nivel de confianza del 90 %, que debe considerarse, dado el tamaño muestral, y cuando no se pondera el modelo. Una posible explicación a esta relación es que los progenitores con un nivel de ingresos relativamente elevado, al tener mayor capacidad económica y, por tanto, mayor acceso a la escuela concertada y privada, puedan encontrar más fácilmente un centro ordinario con apoyos que se ajuste suficientemente a las necesidades del/de la menor. Otra posibilidad plausible es que la capacidad familiar de costear una mayor prestación de servicios terapéuticos fuera del centro educativo conlleve una reducción de la necesidad de apoyos de mayor intensidad durante la jornada escolar.

Es importante señalar que el porcentaje de escolarización en centros ordinarios sin apoyos que se desprende de la EDAD-2020 —que es sustancial (33,3 %) entre menores residentes en familias en las que solo se han alcanzado estudios primarios— resulta menor cuanto mayor es el nivel de estudios de la familia, descendiendo al 21,6 % entre menores residentes en familias con estudios de nivel medio y al 17,2 % cuando en el hogar se han completado estudios universitarios. Por el contrario, no se constata ningún tipo de gradiente relacionado con el nivel de ingresos del hogar. El análisis de regresión revela que el hecho de contar con estudios universitarios en el hogar se asocia con una menor propensión a la escolarización en un centro ordinario sin ningún tipo de apoyo, aunque la relación solo se observa con un nivel de confianza del 90 % en el modelo ponderado y desaparece cuando se ajusta el modelo para tener en cuenta la gravedad de la discapacidad y el número de áreas de dificultad. Con todo, en vista de

los hallazgos a nivel descriptivo, no es descartable que las familias con estudios universitarios tengan una capacidad algo mayor para identificar necesidades de soporte, orientarse en el sistema de prestación de apoyos, reivindicar los derechos del o de la menor y conseguir los recursos necesarios en el sistema educativo. Esto se alinearía con los hallazgos presentados en capítulos anteriores (en concreto, el mayor acceso a la AT cuando en la familia se han completado estudios superiores), que apuntaban a una mayor capacidad de detección de necesidades y de obtención de recursos de apoyo y terapéuticos.

La EDAD-2020 permite conocer las razones conducentes a la escolarización en una u otra modalidad educativa. El motivo mayoritario (52,8 %) es la decisión familiar, seguido por la indicación de profesionales o especialistas (24,7 %). En un 8,4 % de los casos se ha escolarizado en una modalidad determinada por decisión de la Administración. En un 6,4 % de casos no existían otras opciones factibles distintas a la modalidad en cuestión, correspondiendo la proporción restante a otros motivos o ausencia de respuesta.

Una cuestión interesante, en vista de que casi la mitad de las familias no parecen tomar directamente la decisión sobre la modalidad de escolarización, es hasta qué punto existen variaciones en la capacidad de decisión relacionadas con el origen socioeconómico familiar. De los datos de la EDAD-2020 se desprende que las familias con estudios universitarios eligen la modalidad educativa más a menudo (59,9 % de los casos) que aquellas en las que solo se han completado estudios primarios (41,9 %) o las que cuentan con un nivel formativo intermedio (50 %). En cambio, en familias en el estrato educativo más bajo, se elige por indicación profesional o de especialistas (31,8 %) o por decisión de la Administración (12,5 %) en mayor medida que en familias con estudios de nivel intermedio (26,9 % y un 9,2 %, respectivamente) y, sobre todo, que en familias en las que se han completado estudios superiores (19,6 % y un 6 %, respectivamente). No es posible discernir si estas diferencias obedecen a una mayor percepción de competencia propia para adoptar decisiones en el caso de las familias con un nivel de estudios más elevado o a una mayor intervención por parte de profesionales externos en el caso de las familias socioeconómicamente más vulnerables. Con todo, al hacer análisis de regresión logística, solo se revela como estadísticamente significativa la relación entre un nivel de estudios bajo (estudios primarios) y una mayor probabilidad de que la decisión sobre la modalidad educativa la haya tomado la Administración (*odds ratio* de 4,3 con un nivel de confianza del 95 %, aunque la significatividad estadística solo se hace patente cuando no se pondera el modelo, que tiene en cuenta la gravedad de la discapacidad y el número de áreas en las que se experimenta dificultad como variables de control).

Al estratificar por nivel de ingresos, se encuentra asimismo a nivel descriptivo que las familias con ingresos iguales o superiores a 3.900 euros deciden en mayor proporción por sí mismas sobre la modalidad de escolarización (67,8 %, frente al 54,1 % de las familias con ingresos inferiores a 2.000 euros y el 49,6 % de las familias con ingresos situados en el tramo intermedio). Por el contrario, entre las familias con un nivel de ingresos situado en el tramo más elevado, el porcentaje de casos en los que la Administración determina la modalidad de escolarización es más reducido (5,2 %)

que entre las familias con ingresos de nivel bajo o medio (8,8 % y un 10,1 %, respectivamente). Estas diferencias, no obstante, no resultan estadísticamente significativas cuando se realizan modelos de regresión logística. Tampoco se observan brechas importantes en función del máximo nivel educativo familiar o del nivel de ingresos del hogar en cuanto a la escolarización guiada por las indicaciones de profesionales o especialistas.

El 70,8 % de los/las menores y adolescentes con discapacidad con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años asistía, cuando se realizó la EDAD-2020, a centros educativos de titularidad pública. El 23,5 % asistía a centros concertados, y el 5,7 %, a centros privados. Como se puede apreciar en el cuadro 6, sin embargo, estos porcentajes también varían en función del nivel educativo máximo alcanzado en el hogar: solo el 59,7 % del alumnado en familias donde se habían completado estudios universitarios asistía a centros públicos, frente al 75,2 % del alumnado residente en familias con estudios de nivel intermedio, y el 87,5 % de quienes residían en hogares en los que, como máximo, se habían completado estudios primarios. Se observa, a nivel descriptivo, una estratificación parecida —y aún más evidente— por nivel de ingresos. Solo el 31,7 % de los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad residentes en hogares con ingresos iguales o superiores a los 3.900 euros netos mensuales estaban escolarizados en centros de titularidad pública, frente al 61,9 % de quienes vivían en hogares con ingresos entre 2.000 y 3.899 euros, y el 78,5 % de quienes lo hacían en hogares que ingresaban menos de 2.000 euros al mes. Tanto un nivel educativo familiar elevado como los ingresos altos se asocian a una probabilidad significativamente menor de escolarización en centros de titularidad pública en comparación con otras categorías educativas y de ingresos (*odds ratios* de 0,5 y 0,3, respectivamente, con un nivel de confianza del 95 %, tanto en el modelo ponderado como en el modelo sin ponderar, e incluyendo la gravedad de la discapacidad como variable de control). Que una proporción ostensible de familias con mayor capacidad económica abandone el sistema educativo público podría responder a carencias del sistema susceptibles de tener impacto, precisamente, en el alumnado socioeconómicamente más desfavorecido y con menores recursos para acceder a apoyos fuera del ámbito escolar. Un modelo de regresión logística en el que se analiza la relación entre encontrarse en el tramo de ingresos familiares más bajo (menos de 2.000 euros netos mensuales) y la asistencia a un centro educativo público confirma que esta es positiva, evidente y estadísticamente significativa (*odds ratio* próximo a 3 con un nivel de confianza del 99,9 %).

Como muestra el cuadro 6, las familias en las que solo se habían completado estudios primarios veían la elección de la modalidad de escolarización más frecuentemente condicionada por la falta de otras opciones factibles que las familias con mayor nivel educativo (esta opción se señala en el 12,4 % de los casos, frente al 5 % y al 8,6 % de las familias con un nivel de estudios intermedio y universitario). La misma pauta se aprecia en función del nivel de ingresos del hogar: en el 6,9 % de los hogares con ingresos inferiores a 2.000 euros mensuales —y en el 6,3 % de los hogares en el tramo intermedio de ingresos— este motivo aparece como condicionante de la modalidad de escolarización. En los hogares situados en el tramo superior de ingresos —3.900 euros mensuales o más— no se observa ningún caso similar.

## Cuadro 6

**Análisis del tipo de escolarización, la titularidad del centro y los motivos por los que se ha optado por la modalidad educativa, en función del nivel educativo máximo alcanzado en el hogar y la posición económica de la familia**

En porcentaje

|                                                                                | Máximo nivel educativo alcanzado en el hogar |                         |                         | Ingresos netos mensuales del hogar |               |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------|-----------|
|                                                                                | Estudios de primaria                         | Estudios de nivel medio | Estudios universitarios | 0-1.999 €                          | 2.000-3.899 € | >=3.900 € |
| Escolarización en centro o aula de educación especial                          | 25,7                                         | 29,6                    | 26,7                    | 26,8                               | 26,1          | 12,6      |
| Escolarización en centro ordinario con apoyos personalizados                   | 41                                           | 47,8                    | 52,6                    | 66                                 | 50,2          | 49,8      |
| Escolarización en centro ordinario sin apoyos personalizados                   | 33,3                                         | 21,6                    | 17,2                    | 22,2                               | 21,5          | 21,4      |
| Escolarización en centro educativo de titularidad pública                      | 87,5                                         | 75,2                    | 59,7                    | 78,5                               | 61,9          | 31,7      |
| Modalidad de escolarización elegida por la familia                             | 41,9                                         | 50                      | 59,9                    | 54,1                               | 49,6          | 67,8      |
| Modalidad de escolarización indicada por profesionales o especialistas         | 31,8                                         | 26,9                    | 19,6                    | 24                                 | 21,8          | 24,3      |
| Modalidad de escolarización determinada por decisión de la administración      | 12,6                                         | 9,2                     | 6                       | 8,8                                | 10,1          | 5,2       |
| Modalidad de escolarización condicionada por falta de otras opciones factibles | 12,4                                         | 5                       | 8,6                     | 6,9                                | 6,3           | 0         |

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

La encuesta de conveniencia DISINFAP-25, por último, permite ampliar la información obtenida en la EDAD-2020 con algunas pinceladas descriptivas sobre aspectos que esta última no recoge, como las relativas a la consecución del dictamen de necesidades educativas especiales, al acceso a los apoyos necesarios y a las preferencias sobre la modalidad de escolarización. La práctica totalidad de los/las menores incluidos en la DISINFAP-25 contaban con el dictamen de necesidades educativas especiales y lo habían obtenido a edades relativamente tempranas: el 90 %, entre los 0 y los 5 años. Un 25 % declaraba que el proceso de obtención de este dictamen resultó muy o bastante sencillo; un 10 %, medianamente sencillo; y un 60 %, poco o nada sencillo (el 5 % restante no había iniciado el proceso). En la muestra analizada se observa

preferencia por la educación que cuente en alguna medida con apoyo especializado: un 35 % considera que el tipo de centro que puede ofrecer una mejor atención a las necesidades del/de la menor a su cargo es la educación en un centro ordinario con apoyos en aula específica, un 30 % se muestra partidario de la educación especial y un 5 % aboga por la educación combinada en modalidad ordinaria y modalidad especial. Otro 30 % considera mejor opción la educación ordinaria con apoyos no prestados en aula específica. Cabe destacar que la distribución de la muestra de conveniencia entre distintas modalidades educativas muestra algunas semejanzas con la de la EDAD-2020: un 28,5 % de los/las menores están escolarizados en educación especial o aula específica (frente al 30 % en el caso de la EDAD-2020). Sin embargo, en la muestra de conveniencia, la falta total de apoyo personalizado es más frecuente (30 % frente al 20,8 % de la encuesta EDAD-2020). El 70 % del alumnado al que se refiere la DISINFAP-25 se encuentra escolarizado en centros de titularidad pública, cifra prácticamente coincidente con la reportada en la EDAD-2020.

### 3.2. El ajuste de la atención educativa a las necesidades específicas del alumnado y su relación con las desigualdades sociales

La EDAD-2020 incluye dos ítems que permiten obtener información específica sobre las limitaciones en la prestación de apoyos y su ajuste a las necesidades reales. El primero recoge si ha sido necesario realizar alguna adaptación en la clase o el centro de estudios del/de la menor (por ejemplo, adaptaciones en las instalaciones, mobiliario, ordenadores, etc.) y contempla como opciones de respuesta que sí se hayan hecho, que no se hayan realizado por no haber sido necesarias o que no se hayan realizado a pesar de la necesidad. Mediante el segundo ítem se pregunta por la provisión en el centro de estudios de apoyos suficientes, de adaptaciones curriculares o de otro tipo de recursos orientados a la inclusión educativa (sin diferenciar entre los distintos tipos). Como opciones de respuesta se contemplan la recepción de suficientes adaptaciones y apoyos; la recepción de apoyos y adaptaciones, pero no en suficiente medida; la falta de recepción de apoyos por no haber sido necesarios; y la falta de recepción de apoyos a pesar de haberse necesitado.

#### Adaptaciones relativas a las aulas, instalaciones, mobiliario y dispositivos

Un primer análisis general de estas cuestiones a partir de la EDAD-2020 revela que, en la mayoría de los casos (60,7 %), el centro educativo no había realizado adaptaciones de las aulas, instalaciones, mobiliario, dispositivos y similares, por no haber sido necesarias. En un 26,8 % de casos sí se habían realizado adaptaciones, y en un 10,7 %, el centro no había llevado a cabo adaptaciones consideradas necesarias. Llama la atención que las cifras son muy semejantes independientemente de si el/la estudiante presenta o no discapacidad grave. El mayor porcentaje de adaptaciones en los centros educativos se observa en el caso de la discapacidad visual (se realizaron adaptaciones en el 46,5 % de los casos), y el menor, en el de la discapacidad auditiva (13,2 %). En el resto de las áreas, el porcentaje de adaptaciones se sitúa entre el 26 %, correspondiente a las dificultades de aprendizaje, y el 32,2 %, correspondiente a las de movilidad.

Como se puede constatar en el cuadro 7, no existen diferencias de gran calado en función de si en la familia se han completado estudios universitarios en comparación con estudios de nivel medio, salvo por el hecho de que un porcentaje visiblemente más elevado de informantes en el segundo grupo declaró que no se habían realizado adaptaciones necesarias en el centro educativo (18,1 % frente al 7,9 % correspondiente a familias con estudios universitarios). En lo que respecta a los hogares en los que no se han completado estudios por encima de los primarios, no se observan casos de falta de adaptaciones consideradas necesarias. Al mismo tiempo, resulta llamativo, dentro de este mismo grupo, el elevado porcentaje de casos (85,2 %) en los que se reconoció que el centro educativo no había realizado adaptaciones por no haber sido necesarias, así como también la proporción comparativamente baja de adaptaciones realizadas (14,8 %, frente al 26,4 % correspondiente a menores residentes en familias con estudios de nivel medio y el casi 30 % correspondiente a menores residentes en familias con estudios superiores). Los datos no ofrecen la posibilidad de indagar sobre las causas de estas diferencias. No obstante, cabe suponer que podrían guardar relación con factores potencialmente subyacentes a otros hallazgos ya comentados, como una menor capacidad de las familias con menor formación para identificar por sí mismas necesidades y reivindicar, conseguir o reclamar adaptaciones.

Un análisis de regresión confirma que la probabilidad de que el centro educativo no haya realizado adaptaciones por no haber sido necesarias es mayor cuando los/las menores con discapacidad residen en hogares sin miembros con estudios por encima de la enseñanza primaria (*odds ratio* de 3,7; nivel de confianza del 95 %, si bien este nivel de significatividad estadística solo se hace patente cuando se pondera la regresión). De nuevo, cabe plantear si esta evidencia radica en una ausencia de necesidad real de tales adaptaciones o en una menor percepción de tal necesidad entre las familias con menor nivel educativo, potencialmente conducente a una mayor conformidad con la falta de adaptaciones en los centros.

No se observan diferencias reseñables respecto a las adaptaciones mencionadas en este apartado en función del nivel de ingresos familiar, salvo por el hecho de que entre los/las menores que residen en familias en la posición económica más favorable (ingresos netos mensuales iguales o superiores a 3.900 euros), resulta menos frecuente la falta de adaptaciones consideradas necesarias que entre quienes residen en hogares con menores recursos económicos (2,4 % frente al 15,4 % correspondiente a menores residentes en familias con ingresos de nivel medio, y el 11,6 % correspondiente a quienes residen en familias con ingresos de nivel bajo). No obstante, esta variable no arroja resultados estadísticamente significativos en modelos de regresión una vez que se han tenido en cuenta el nivel educativo del hogar, la gravedad de la discapacidad y el número de áreas de dificultad.

### Acceso a apoyos educativos, adaptaciones curriculares y otros recursos para la inclusión

Más allá de la adaptación de las instalaciones educativas, la EDAD-2020 indica que el 51,2 % de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad en España recibían, en el momento de su realización, apoyos, adaptaciones curriculares y/u otros

recursos para la inclusión en el centro escolar con motivo de su discapacidad considerados suficientes por sus familias. En el 23,8 % de los casos habrían recibido apoyos, pero no los suficientes. En un 12,3 % de los casos no se habrían recibido apoyos por no haber sido necesarios, y en un 10,9 % no se habrían recibido, pese a haber sido necesarios. La proporción de necesidades de apoyo educativo no cubiertas se elevaría, por tanto, a algo más de un tercio de la población infantil y juvenil con discapacidad.

En el caso de este tipo de apoyos y recursos, sí se observan variaciones en función de la gravedad de la discapacidad infantil, aunque modestas. La cifra de recepción de apoyos considerados suficientes por la familia asciende al 52,2 % de la población en el caso de los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad grave, frente al 47,3 % correspondiente a quienes presentaban dificultades leves o moderadas. Las mayores proporciones de recepción de apoyos considerados suficientes se observan entre menores con discapacidad relativa al manejo doméstico, es decir, de autonomía (73 %), de movilidad (63,1 %) y de autocuidado (62,6 %), situándose las cifras en el caso de las dificultades relacionales, de comunicación o de aprendizaje entre el 50 % y el 60 %. Las menores tasas de recepción de apoyos considerados suficientes se dan entre menores con discapacidad sensorial (49 % en el caso de la discapacidad visual y un 43,9 % en el caso de una discapacidad auditiva). Estos dos tipos de discapacidad concentran también los mayores porcentajes de ausencia absoluta de apoyos y recursos considerados necesarios (6,4 % y un 16,3 %, respectivamente), a notable distancia de las proporciones correspondientes a otras dificultades, situadas entre el 1 % y el 2 %.

La relación de la recepción de apoyos educativos, adaptaciones curriculares y otros recursos para la inclusión con el nivel educativo familiar es compleja. En el momento de realización de la EDAD-2020, la recepción de estos apoyos era mayoritaria entre los/las menores que residían en familias en las que se habían completado estudios superiores. Dentro de este grupo, en el 53 % de los casos se habían recibido apoyos y adaptaciones considerados suficientes y en un 30,3 % se habían recibido apoyos insuficientes. En el 8,1 % de los casos no se había recibido ningún apoyo ni se habían realizado adaptaciones curriculares por no considerarse necesario, y en el 7,9 % no se habían recibido apoyos a pesar de haber sido necesarios. Como se puede apreciar en el cuadro 8, en lo referente a los/las menores residentes en familias con estudios de nivel medio, las cifras de apoyo resultan algo menores y las de falta de apoyo algo mayores respecto a las correspondientes a menores en familias con estudios universitarios. Más relevante es la comparación con los niños, las niñas y los/las adolescentes residentes en familias en las que solo se cuenta con estudios de nivel primario, que en su mayoría (64,2 %), a tenor de los testimonios de las personas informantes, han contado con suficientes apoyos y adaptaciones, al tiempo que un 17 % no ha recibido apoyos por no haberse considerado necesarios. La encuesta no permite dilucidar por qué este colectivo muestra la tasa más alta de recepción de apoyos de magnitud considerada suficiente. Este hallazgo podría deberse no solo a características potencialmente diferentes en cuanto al tipo y el alcance de las necesidades de apoyo, sino también a que se esté priorizando en mayor medida a los/las menores socioeconómicamente más vulnerables. Por otro lado, como ya se ha mencionado ante otros hallazgos en capítulos previos, es posible que existan diferencias de percepción de la

magnitud de las necesidades o de estándares de apoyo educativo entre familias con mayor y menor nivel de formación. Tales diferencias podrían explicar también por qué los/las menores que viven en hogares en los que se han completado estudios universitarios reciben en mayor medida (30 %) apoyos catalogados como insuficientes en comparación con quienes viven en hogares en los que, como máximo, se han finalizado estudios de nivel primario (en este caso, la proporción es del 11 %).

Al estratificar por nivel de ingresos, se observa un patrón semejante. En las familias residentes en hogares con ingresos bajos (menos de 2.000 euros netos mensuales) se declara con más frecuencia un nivel suficiente de cobertura de apoyos que en aquellas con mayor nivel de ingresos, si bien las diferencias son pequeñas y no estadísticamente significativas. Las cifras se sitúan en un 54 % en el primer caso y en un 47 % en el segundo. Más llamativo resulta —como hallazgo en línea con otros mencionados— que la proporción de casos en los que el/la menor ha recibido apoyos considerados insuficientes sea visiblemente mayor entre los hogares con ingresos iguales o superiores a 3.900 euros netos mensuales (48,5 %) que entre aquellos con ingresos inferiores a 2.000 euros (17,5 %). Los hogares con ingresos entre 2.000 y 3.899 euros se sitúan en una posición intermedia (26,5 %). Un análisis de regresión —ajustando por la gravedad de la discapacidad y el número de áreas de dificultad— confirma que en las familias con ingresos elevados se da con mayor probabilidad esta situación (*odds ratio* de 2,6 en la regresión sin ponderar; 2,8 en el modelo ponderado; nivel de confianza del 90 %). A su vez, la probabilidad es menor cuando la familia se sitúa en la franja inferior de ingresos (*odds ratio* de 0,5; nivel de confianza del 95 %). En la misma línea, las personas encuestadas que viven en hogares con ingresos muy bajos son más proclives a declarar que el/la menor con discapacidad no ha necesitado ningún apoyo (15,5 %) que las que viven en hogares con un nivel medio o alto de ingresos (5,6 % y el 5,4 %), diferencia estadísticamente significativa (con un *odds ratio* en torno a 3 y un nivel de confianza del 90 % en el modelo ponderado y del 95 % en el modelo sin ponderar). Estos hallazgos respaldan el argumento del gradiente socioeconómico en las percepciones sobre la necesidad de los apoyos, la adecuación de estos o la intensidad con la que deberían prestarse.

Llama la atención la ausencia de familias en el tramo de ingresos más altos que declaren que el/la menor no ha recibido ningún apoyo a pesar de necesitarlo, mientras que esta situación se da en el 11 % de las familias con muy bajos ingresos y en el 18,7 % de las familias con ingresos intermedios. Es posible que esta variación guarde relación con la mayor facilidad que confiere la capacidad económica para encontrar un centro escolar que provea los apoyos necesarios. Hay que señalar, sin embargo, a la luz de los resultados de los modelos de regresión que tienen en cuenta la gravedad de la discapacidad, el número de áreas de dificultad y el nivel educativo familiar, que los/las menores residentes en hogares con ingresos bajos (menos de 2.000 euros netos mensuales) muestran una probabilidad significativamente menor de no haber recibido apoyos considerados necesarios que quienes se encuentran en los dos tramos de ingresos restantes (*odds ratio* de 0,5; un nivel de confianza del 95 %). Este resultado podría atribuirse, de nuevo, en parte a diferencias en la detección familiar de necesidades y, en parte, a que la provisión de apoyos educativos sí parece estar alcanzando, al menos en alguna medida, a los niños y a las niñas socioeconómicamente más vulnerables.

## Cuadro 7

# **Análisis de la realización de adaptaciones en el centro educativo y la provisión de apoyos escolares a la inclusión, en función del nivel educativo máximo alcanzado en el hogar y la posición económica de la familia**

En porcentaje

|                                                                      | Máximo nivel educativo alcanzado en el hogar |                         |                         | Ingresos netos mensuales del hogar |               |           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------|-----------|
|                                                                      | Estudios de primaria                         | Estudios de nivel medio | Estudios universitarios | Hasta 1.999 €                      | 2,000-3.899 € | >=3.900 € |
| El centro ha realizado adaptaciones                                  | 14,8                                         | 26,4                    | 29,6                    | 27,5                               | 23            | 23,1      |
| El centro no ha realizado adaptaciones porque no han sido necesarias | 85,2                                         | 57,8                    | 62,1                    | 58,7                               | 61,6          | 74,5      |
| No se han realizado adaptaciones, pero hubieran sido necesarias      | 0                                            | 18,1                    | 7,9                     | 11,6                               | 15,4          | 2,4       |
| La persona ha recibido apoyos y adaptaciones suficientes             | 64,2                                         | 49,1                    | 53,1                    | 54,1                               | 48,1          | 47        |
| La persona ha recibido apoyos, pero no los suficientes               | 11                                           | 21,5                    | 30,3                    | 17,5                               | 26,5          | 48        |
| La persona no ha necesitado apoyos                                   | 17                                           | 14,2                    | 8,1                     | 15,5                               | 5,6           | 5,4       |
| La persona ha necesitado apoyos y no los ha recibido                 | 7,8                                          | 12,8                    | 7,9                     | 11                                 | 18,7          | 0         |

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

De nuevo, la encuesta de conveniencia DISINFAP-25, a pesar de sus grandes limitaciones en cuanto a tamaño muestral, ofrece información sobre aspectos de la prestación de los apoyos no incluidos en la EDAD-2020. En concreto, permite conocer qué tipo de apoyos están disponibles para cubrir las necesidades de los/las menores, el rango de horas y los ámbitos educativos en los que estos pueden prestarse, y si las familias muestran satisfacción con diferentes dimensiones. De los resultados se evidencia, en primer lugar, que el abanico de apoyos que pueden recibir los/las menores es amplio. La recepción de apoyos de pedagogía terapéutica (PT) es mayoritaria (70 %). Cuatro de cada diez menores cuyas circunstancias se recogen en esta encuesta reciben apoyo de personal especializado en integración social (40 %); tres de cada diez cuentan con apoyo de un/a auxiliar técnico/a educativo o “profesor/a sombra” (30 %), y uno de cada siete recibe apoyo fisioterapéutico (15 %). Solo un 9 % recibe apoyos por parte de un maestro de audición y lenguaje (AL) o equivalente. Respecto a los ámbitos de prestación de apoyo, algo menos de un tercio obtiene apoyo en un aula específica (30 %), y la mitad en el patio o en actividades complementarias (50 %). En lo que respecta al comedor escolar, también la mitad de las familias participantes en la DISINFAP-2025 declara que el/la menor utiliza el servicio y siempre ha recibido los apoyos necesarios. Sin embargo, un 15 % manifiesta que, aun siendo receptor/a de apoyos, el niño o la niña no siempre recibe los apoyos

que necesita, y otro 15 % reconoce no poder utilizar el servicio por falta de apoyos<sup>22</sup>. Se evidencia, por tanto, que ni los patios y las actividades lúdicas ni el servicio de comedor escolar resultan accesibles a la totalidad del alumnado. Una situación similar se hace patente respecto a los servicios de “madrugadores”, “acogida matinal” o actividades extraescolares que prestan los centros educativos, fundamentales para la conciliación familiar. Aunque el 60 % de las personas participantes en la DISINFAP-25 declara no necesitar este tipo de servicios, un 15 % afirma no haber podido utilizarlos por no haberse proporcionado al/a la menor los apoyos necesarios, mientras que un 5 % explica que los utiliza, pero sin recibir el apoyo necesario. En uno de cada cinco casos se ha podido hacer uso de estos servicios por no precisarse ningún apoyo específico (15 %) o recibirse en cuantía suficiente (5 %).

Respecto a la satisfacción con distintas dimensiones de la atención educativa recibida, se observa cierta heterogeneidad en la muestra de conveniencia de la DISINFAP-2025. En torno a la mitad de las personas encuestadas que proporcionaron respuestas sobre esta cuestión expresan mucha o bastante satisfacción con la calidad de los apoyos recibidos (53 %), pero una cuarta parte se muestra poco o nada satisfecha (26 %). Las mismas cifras se observan respecto al conocimiento y formación del personal especialista. Menor es la satisfacción con el conocimiento y la formación del resto de docentes y personal: alrededor de un tercio de las personas encuestadas se sienten muy o bastante satisfechas (32 %), pero casi la mitad se declara poco o nada satisfechas (47 %). Respecto a la cantidad de apoyo, la proporción correspondiente a quienes reportan mucha o bastante satisfacción representa un tercio (32 %) y es equivalente a la de quienes declaran estar poco satisfechas o no estarlo en absoluto. Por otra parte, aun cuando más de la mitad de las personas encuestadas se muestran muy o bastante satisfechas con la colaboración del centro con la familia (56 %), superan una cuarta parte las que se muestran poco o nada satisfechas (28 %). Más bajas son todavía las cifras de satisfacción cuando se pregunta por la colaboración del centro con profesionales externos: un tercio marca las respuestas “muy” o “bastante satisfecho/a” (32 %), pero casi la mitad opta por “poco” o “nada satisfecho/a” (47,3 %).

Con todo, en términos más generales, solo cuatro de cada diez personas encuestadas en la DISINFAP-25 se muestran muy o bastante satisfechas con la cobertura de las necesidades diarias de los/ las menores con discapacidad (42 %), proporción mayor que la de quienes muestran semejante grado de satisfacción respecto al compromiso del centro educativo con la inclusión (37 %). La mitad declara, además, encontrarse poco o nada satisfecha con la atención de los servicios de orientación educativa. Estos hallazgos son consistentes con los que arroja la EDAD-2020 respecto al sustancial margen de mejora en la atención educativa a los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad, evidenciando el limitado alcance y la insuficiencia de los apoyos efectivamente disponibles.

<sup>22</sup> El resto de las observaciones corresponden a casos de no utilización por otros motivos o de no necesidad de apoyo en comedor.

### 3.3. Variaciones en la prestación de apoyos por titularidad del centro, modalidad educativa y tipo de dificultades

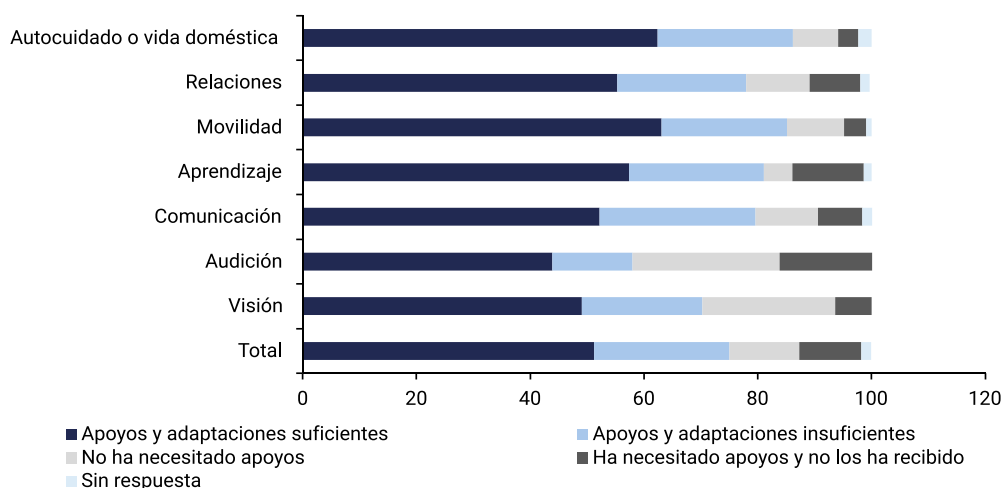
Cabe preguntarse si existen diferencias significativas respecto a la prestación de apoyos, adaptaciones curriculares y/u otros recursos para la inclusión en función de la titularidad de los centros educativos. La encuesta representativa EDAD-2020 no revela grandes diferencias al respecto. En los centros públicos y concertados, el porcentaje de alumnado con discapacidad que recibe apoyos y adaptaciones educativas (curriculares) consideradas suficientes se sitúa en torno al 51 %, porcentaje solo ligeramente menor que el observado en el caso de los centros privados (57 %). En cuanto al alumnado que recibe apoyos considerados insuficientes por sus familias, la cifra es más elevada en los centros concertados (34,4 %) que en los centros públicos (20,6 %) y privados (19,1 %). El porcentaje que declara no haber recibido apoyos por no haberlos necesitado es, por lo general bajo, pero algo superior en los centros privados (19,7 %) que en los centros públicos (13,2 %) y, sobre todo, concertados (8,1 %), evidencia que apunta a una selección positiva del alumnado con dificultades en los centros públicos. En cuanto a la proporción de niños, niñas y adolescentes con discapacidad que no ha recibido ningún apoyo pese a haberlo necesitado, la cifra más elevada se encuentra en los centros públicos (13,1 % frente al 6 % de los centros concertados y el 4,5 % de los centros de titularidad privada). Esta última diferencia, sin embargo, no es estadísticamente significativa en los modelos de regresión cuando se toman en consideración la gravedad de la discapacidad y el número de áreas afectadas.

La percepción de la adecuación de los apoyos a las necesidades de los/las menores varía de forma algo más evidente, al menos a nivel descriptivo, en función de la modalidad educativa. En el caso de las/los menores escolarizados en educación especial, el 66,8 % estaría recibiendo suficientes apoyos y adaptaciones. En el caso de la población escolarizada en centros ordinarios con apoyos específicos, la cifra baja al 53,3 %, y en la modalidad de escolarización en centros ordinarios sin apoyos específicos, al 23,5 %. En cambio, la insuficiencia de apoyos y adaptaciones se declara solo en el 17,5 % de niños, niñas y adolescentes escolarizados/as en educación especial, mientras que la cifra correspondiente a la escolarización en centros ordinarios con apoyos es notablemente superior (31,9 %). Como cabe esperar, es en los centros ordinarios sin apoyos específicos donde se encuentra la mayor proporción de menores que no han recibido apoyo a pesar de haberlo necesitado (27,3 %, frente al 5,9 % de quienes estudian en centros ordinarios con apoyos específicos y al 7,4 % de quienes han accedido a la educación especial). En términos generales, por tanto, la percepción familiar de adecuado ajuste del apoyo a las necesidades educativas es más frecuente cuando el alumnado está escolarizado en centros de educación especial. Este resultado evidencia las carencias que persisten en el sistema educativo español a la hora de implementar la educación inclusiva tal y como se conceptualiza en el marco internacional de derechos de las personas con discapacidad y ha sido recogida en sucesivos desarrollos legislativos nacionales. Por otra parte, es preciso subrayar que la proporción de niños, niñas y adolescentes que, según la EDAD-2020, no recibe apoyos suficientes alcanza un tercio incluso en la modalidad de educación especial (33,2 %), tradicionalmente defendida como una opción que provee apoyo personalizado, intensivo y ajustado a necesidades de gran calado. En el caso de los centros educativos ordinarios, la cifra total asciende al 55 %.

Existen, por último, variaciones en la percepción de suficiencia o insuficiencia de apoyos en función de las áreas de dificultad del/de la menor con discapacidad. Las cifras más elevadas de conformidad con la prestación de apoyos y las adaptaciones recibidas, tal y como muestra el gráfico 11, se dan cuando los niños, las niñas y los/las adolescentes presentan dificultades motoras (63,1 %) y de autonomía/vida doméstica (62,4 %). Por el contrario, las cifras más bajas se encuentran en las áreas de la audición (43,9 %) y la visión (49,1 %), situándose las dificultades de aprendizaje (57,4 %), de relación (55,3 %) y de comunicación (52,2 %) en una posición intermedia. La ausencia de apoyos considerados necesarios se da, de nuevo, en mayor medida entre menores con dificultades de audición (16,3 %). A esta cifra siguen las correspondientes a quienes experimentan dificultades de aprendizaje (12,5 %), relacionales (11,1 %) y de comunicación (7,8 %). En cambio, esta ausencia es más infrecuente en el caso de las dificultades de visión (6,4 %), movilidad (3,9 %) y autonomía (2,3 %). Hasta aquí, los datos indican que, en el entorno escolar, se presta más atención a las dificultades más evidentes e inmediatamente visibles, en comparación con otras que, por su naturaleza, pueden pasar desapercibidas o no percibirse en toda su magnitud y entidad.

**Gráfico 11**

**Porcentaje de menores en distintas situaciones relacionadas con los apoyos educativos, las adaptaciones curriculares u otro tipo de recursos orientados a la inclusión educativa, por tipo de dificultades experimentadas (según percepción de la persona informante)**



Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

### 3.4. Experiencias de discriminación y acoso en el centro educativo

Finalmente, para cerrar este capítulo y por constituir una medida de inclusión educativa y de apoyo a distintos niveles, este apartado enfoca la atención en las experiencias de discriminación en el centro educativo, así como la vivencia de situaciones de acoso o ciberacoso basado en la discapacidad. Las cifras de discriminación, aun-

que no son mayoritarias, resultan considerables. Según la EDAD-2020, el 37,9 % de los niños, las niñas y las/los adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y 15 años se habrían sentido discriminados en su centro escolar por su discapacidad. El 24 % habría experimentado discriminación relacionada con su discapacidad algunas veces, mientras que el 9,6 % la habría experimentado muchas veces, y el 4,3 %, constantemente. En el 92,6 % de los casos de discriminación, esta se atribuye a otros/as alumnos/as, y en un 27,2 % de los casos, al profesorado. En un 12,4 % de los casos sería responsable de la discriminación otro personal del centro educativo, y en un 13,3 %, personas ajenas al centro educativo. La experiencia de acoso o ciberacoso en el centro escolar asciende, según la EDAD-2020, al 19,2 %. Las cifras de discriminación y acoso son particularmente elevadas en la etapa de educación secundaria (40,8 % y un 22,5 %, respectivamente) y muy especialmente en el caso de discapacidades que implican dificultades de relación (49,6 % y el 32,5 %, respectivamente). Dado que los comportamientos mencionados, según la encuesta, tienen lugar dentro de los propios centros educativos, estas cifras ponen de manifiesto las debilidades del sistema de apoyos a la hora de garantizar una inclusión y participación social plena del alumnado con discapacidad y de protegerlo frente a conductas discriminatorias o abusivas.

A modo de conclusión, los hallazgos reflejados en el presente capítulo podrían resumirse en una insuficiencia generalizada de apoyos a la infancia con discapacidad en el ámbito educativo y sus múltiples entornos. Aunque existe cierta heterogeneidad entre comunidades autónomas, entre modalidades educativas y entre tipos de dificultades experimentadas por los/las menores con discapacidad, las cifras que reflejan carencias en el alcance de los apoyos son sustanciales y consistentes entre sí. El análisis de una amplia variedad de indicadores revela que aproximadamente la mitad de ellos/ellas no estaría recibiendo suficiente cobertura de sus necesidades. Este hecho no solo pone de manifiesto el mucho terreno que queda por allanar para aproximarse al ideal de educación inclusiva cristalizado en diferentes desarrollos normativos, sino también para proporcionar una atención educativa suficiente y de calidad a un alumnado muy vulnerable y, en demasiadas ocasiones, escasamente atendido. Dadas las coberturas relativamente bajas de atención terapéutica en el ámbito sociosanitario más allá de los 6 años, el papel otorgado a la escuela en este sentido por las instituciones y normas, y el impacto negativo de la discapacidad sobre los resultados educativos constatado en numerosas investigaciones (Brekke et al., 2023), reforzar los recursos destinados al apoyo educativo de los/las menores con discapacidad en España es no solo necesario, sino urgente. De ello depende la garantía de igualdad de oportunidades que les corresponde por derecho, indispensable para que los objetivos normativos de inclusión y participación social cobren contrastable realidad.

## CAPÍTULO 4

En los capítulos previos se ha examinado en profundidad la situación de la infancia con discapacidad (o limitaciones equiparables) en España, en lo que se refiere a la magnitud y diversidad de sus necesidades cotidianas, así como respecto a la recepción de apoyos en los ámbitos terapéutico y educativo. Los datos analizados han desvelado un escenario complejo, en el que, a pesar de un aparente compromiso normativo, legislativo e institucional con los derechos del colectivo, se observa una brecha muy considerable entre el calado de las necesidades de las/los menores y la disponibilidad de recursos destinados a atenderlas. En este contexto, cabe alzar la mirada hacia el entorno familiar más inmediato, y muy concretamente hacia las personas que ejercen de cuidadoras principales. El objetivo de este capítulo es comprender qué impacto tiene la discapacidad infantil sobre la vida cotidiana de las personas cuidadoras y si dicho impacto guarda alguna relación con el ajuste de los apoyos recibidos a las necesidades experimentadas.

A este respecto, los datos de la EDAD-2020 ofrecen la posibilidad de explorar dos dimensiones: la salud física y mental de las personas cuidadoras (incluyendo aspectos como el tiempo para el autocuidado y el ocio) y su relación con la actividad laboral. Ambas son susceptibles de verse afectadas por el nivel de apoyos recibidos, ya que una sobrecarga de cuidados y responsabilidades en el hogar, sin posibilidad de delegar suficientes tareas o de obtener orientación y apoyos, puede traducirse fácilmente en menor disponibilidad para el empleo y para atender las propias necesidades personales. Resulta, por tanto, pertinente examinar la relación entre estas variables. También es importante, una vez más, prestar atención a potenciales diferenciales de carácter socioeconómico, ya que un mayor nivel educativo o de ingresos se asocia potencialmente con una mejor situación laboral —con condiciones más favorables para la conciliación y mayores costes de oportunidad en caso de abandono del empleo o reducción de su intensidad—, así como con mayor capacidad económica para externalizar cuidados y contratar servicios que limiten la sobrecarga de las personas cuidadoras principales.

### 4.1. Impactos documentados de la discapacidad infantil sobre la salud y el bienestar de las personas cuidadoras principales

Una Investigación reciente, elaborada en Noruega, con datos de registro de alta calidad, ha demostrado que las madres que cuidan de menores con discapacidad tienen peor salud que las de menores sin discapacidad. En particular, se ha identificado entre las primeras una mayor probabilidad de trastornos musculoesqueléticos, depresión, ansiedad y trastornos de sueño (Brekke y Alecu, 2023). En la misma línea y utilizando datos representativos de encuesta, en Italia han detectado tanto en las madres como en los padres que cuidan de menores con discapacidad niveles más bajos de salud general y mental, así como de bienestar y satisfacción con la vida. Según exponen los autores de este estudio, los efectos son más pronunciados en el caso de las mujeres y de personas con un estatus socioeconómico bajo (Balbo y Bolano, 2024).

Con todo, metaanálisis anteriores advertían sobre la dificultad de extraer conclusiones claras sobre la relación entre discapacidad infantil y salud de las personas cuidadoras principales, así como sobre la necesidad de examinar posibles mecanismos causales

(Masefield et al., 2020). Algunos estudios han señalado la importancia de los determinantes sociales de la salud, de las características personales y familiares de quienes desempeñan las tareas de cuidado y de la disponibilidad de apoyos, subrayando la potencial interrelación entre estos factores y la complejidad del impacto de la discapacidad infantil sobre la salud de las/los cuidadores (Marquis et al., 2019). Otros trabajos han puesto de manifiesto que quienes cuidan de menores con discapacidad son más proclives a ciertas enfermedades crónicas, así como a algunos hábitos poco saludables, tales como el tabaquismo o la falta de sueño (Lee et al., 2017). Se ha enfatizado, no obstante, que cuidar de un niño o una niña con discapacidad también puede tener un impacto positivo en la familia, dependiendo de factores como la situación de esta, el tipo y la gravedad de la discapacidad, el nivel educativo de las personas cuidadoras, su estatus socioeconómico, su red de apoyo e incluso su personalidad. La discapacidad también puede llevar a las familias a construir y afianzar relaciones sociales, a experimentar aprendizajes positivos y a encontrar estrategias nuevas para mejorar su calidad de vida (Chambers y Chambers, 2015). En cualquier caso, el cuidado de un niño, una niña o un/a adolescente con discapacidad puede presentar retos muy importantes, desde el esfuerzo físico y mental adicional derivado de la atención a ciertas necesidades, hasta la dificultad para hacer frente a gastos relacionados con esta o para encontrar apoyo profesional adecuado (Smith y Blamires, 2022), pasando por la sobrecarga de cuidado y la disminución de contacto social que esta puede implicar (Vonneilich et al., 2016).

También en España se han llevado a cabo algunos estudios que identifican impactos negativos de la discapacidad infantil sobre la salud y el bienestar de las madres debido a los factores ya mencionados, si bien se basan generalmente en evidencia de carácter cualitativo y están restringidos a ámbitos geográficos concretos (véanse, por ejemplo, Cantero-Garlito et al., 2020 y Seiz, 2025). La salud y el bienestar de las madres —y, en general, de las familias— parecen verse particularmente comprometidos en contextos con escasez de servicios sanitarios y de apoyo, como puedan ser las zonas rurales (Cantero-Garlito et al., 2020) o cuando no hay un fácil acceso a servicios de intervención, especialmente temprana (Bagur et al., 2024), así como a servicios de diagnóstico y soporte (León et al., 2023). Los costes económicos derivados de la discapacidad infantil, la insuficiente protección social, las limitaciones de acceso a servicios sanitarios y terapéuticos y a productos técnicos de apoyo, y la sobrecarga cotidiana de cuidados, también se han señalado como factores que condicionan la salud física y psicológica de las personas cuidadoras<sup>23</sup>. Se ha documentado, además, que el apoyo familiar reduce estos riesgos y favorece la calidad de vida de quienes cuidan y de la familia en su conjunto (Lima et al., 2018).

La falta de estudios sobre esta cuestión basados en datos representativos a nivel nacional confiere especial importancia al análisis de la EDAD-2020, una fuente que permite, asimismo, profundizar en la relación de la salud mental y física de las personas cuidadoras con la suficiencia o insuficiencia de apoyos externos recibidos, así como con sus propios recursos socioeconómicos, posibilitadores de servicios que compensen las carencias del sistema público de apoyo.

<sup>23</sup> Véase Rodríguez et al. (2021), donde se recogen los resultados de un estudio sobre infancia con enfermedades neuromusculares, basado en una encuesta de conveniencia de carácter transversal con una muestra de tamaño reducido.

## 4.2. ¿Qué se conoce sobre el impacto de la discapacidad infantil en la conciliación y la participación laboral?

La segunda cuestión objeto del análisis realizado en este capítulo es la relativa a los efectos de la discapacidad infantil sobre la participación laboral de las personas que asumen el papel principal a la hora de cuidar. De nuevo, encontramos bibliografía reciente de otros países de altos ingresos que identifica un impacto negativo de la discapacidad de niños, niñas y adolescentes sobre la participación en el mercado de trabajo y los ingresos de sus progenitores, muy particularmente, de las madres. Los resultados de estas investigaciones permiten establecer una relación negativa entre la discapacidad infantil y la participación e intensidad laboral de estas, así como los ingresos percibidos. El efecto detectado es mayor en el caso de las discapacidades más graves (Wondemu et al., 2022). Otros estudios muestran dificultades de conciliación particularmente importantes en estas familias y subrayan la importancia de medidas de apoyo, permisos y flexibilidad horaria en los centros de trabajo (Brown y Clark, 2017), así como de un mayor apoyo social y de servicios sanitarios y de cuidado (Ejiri y Matsuzawa, 2019). Y también se pueden encontrar estudios que destacan la heterogeneidad de consecuencias en el empleo de las madres que pueden provocar las situaciones de discapacidad infantil y que varían, según el tipo de discapacidad, la edad del/de la menor y el nivel educativo materno (Wasi et al., 2012).

Por lo que se refiere a España, apenas se encuentran estudios que traten esta cuestión. A pesar de la muy abundante literatura producida en las últimas décadas respecto a la conciliación, en general, y en familias con menores, en particular (véanse, por ejemplo, González y Jurado, 2015; Seiz et al., 2016; Romero-Balsas et al., 2022, y García Faroldi, 2023), la relacionada con la compatibilización del empleo y los cuidados en familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad es prácticamente inexistente. Como excepciones, cabe citar el trabajo de Nieto (2019), sobre las medidas de protección a las familias con personas con discapacidad a nivel estatal y dentro de las empresas; el de Rogero et al. (2025), que analiza desequilibrios de género en los cuidados —y, como consecuencia, en el empleo— entre progenitores de niños y niñas con discapacidad, poniendo el foco en los hombres, y el de Seiz (2025), que mediante un análisis cualitativo en el ámbito de la Comunidad de Madrid halla un impacto negativo de la discapacidad infantil en la participación laboral de las madres. Podemos hablar, en consecuencia, de una ausencia de evidencia a gran escala y basada en fuentes representativas o poblacionales que documenten el impacto de la discapacidad infantil sobre la participación y la intensidad laboral de las personas cuidadoras en España. La EDAD-2020 ofrece la oportunidad de subsanar esta carencia de conocimiento.

## 4.3. La dedicación al cuidado de la infancia con discapacidad en España: intensidad en el ámbito familiar e impacto sobre el bienestar de quienes cuidan

El capítulo 1 ha puesto de manifiesto que las necesidades de la infancia con discapacidad en España son a menudo intensas y complejas, requiriendo apoyo en una variedad de áreas fundamentales para desenvolverse en la vida cotidiana. Posteriormente, se ha analizado la disponibilidad de apoyos de tipo personal y técnico, así como aquellos

proporcionados en el ámbito terapéutico-sociosanitario y el entorno educativo. Queda por comprender qué parte del cuidado recae sobre la familia —en concreto, sobre las personas cuidadoras principales—, así como su relación con el tipo y la gravedad de la discapacidad, el grado de apoyo externo y las posibles implicaciones relacionadas con la disponibilidad de tiempo propio para quien cuida. El objetivo de esta sección es, precisamente, arrojar luz sobre estas cuestiones todavía insuficientemente exploradas.

### Tendencias generales relativas a la intensidad del cuidado y su impacto sobre la salud, el descanso y el ocio

Comprender cómo afectan las necesidades de cuidado derivadas de la discapacidad a la calidad de vida de las personas cuidadoras principales exige, en primer lugar, analizar la dedicación temporal que implican las tareas de cuidado y sobre quién recaen. Según la encuesta EDAD-2020, en el caso de los/las menores con discapacidad con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, la asistencia o los cuidados personales los proveen mayoritariamente las madres (85 % de los casos), a muy considerable distancia de los padres (12,3 %). En el resto de los casos, estos cuidados son prestados por otros familiares (2,3 %) u otras personas (0,9 %). En lo que respecta a menores con limitaciones equiparables a discapacidad entre 2 y 5 años, se evidencia que los progenitores (o tutores legales) son en el 96 % de los casos quienes prestan los cuidados, pero no se especifica cuál de ellos ejerce de cuidador principal. Cabe suponer, en vista de lo que sucede a edades posteriores, que sea la madre.

El cuestionario de cuidadores de la EDAD-2020, realizado a las personas informantes que declaran ejercer como cuidador/a principal de un/a menor con discapacidad entre 6 y 15 años ( $n = 169$ ; correspondiente a 55.384 individuos tras ponderar) o entre 2 y 5 años con limitaciones equivalentes ( $n = 130$ , correspondiente a 45.053 individuos tras ponderar), ofrece valiosa información sobre la vida cotidiana de quienes cuidan y los obstáculos que encuentran. Los datos revelan que las necesidades de cuidado en estos hogares son exigentes en intensidad y conocimiento. La inmensa mayoría de las personas cuidadoras principales —96,9 % en el caso de menores con discapacidad entre 6 y 15 años, y un 95,4 %, en el caso de menores de 6 años con limitaciones equivalentes— prestan cuidados todos los días de la semana y lo hacen, en promedio, durante 13 horas diarias en ambos casos. El 25,2 % de quienes cuidan a niños, niñas o adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años, y el 19,9 % de quienes cuidan a menores de 6 años con limitaciones, perciben especial dificultad en estas tareas por falta de fuerza física. El 30 % de las personas cuidadoras del primer grupo y el 34,1 % de las del segundo declaran experimentar dudas sobre cómo cuidar de la mejor manera. En el primer grupo, el 14,6 % experimenta otras dificultades y el 41,9 % considera que necesitaría una formación más especializada de la que tiene. En el grupo de niños/as de 2 a 5 años con limitaciones, las cifras correspondientes son el 13,6 % y el 44,8 %, respectivamente. En los testimonios de quienes cuidan en los hogares sobre su propia labor también se hace patente, por lo tanto, la necesidad de respaldo institucional y profesional.

La EDAD-2020 revela, asimismo, un impacto notable sobre la salud y las posibilidades de descanso de las personas cuidadoras principales. El 50,2 % de quienes cuidan

de menores con discapacidad entre 6 y 15 años expresa que se ha deteriorado su salud, siendo la cifra algo menor en el caso de quienes cuidan a los/las más pequeños (38 %), posiblemente por una menor exigencia de los cuidados y menor exposición temporal al desgaste que pudieran implicar. Entre las personas cuidadoras de niños, niñas y adolescentes con discapacidad a partir de 6 años, el 41 % declara que se encuentran deprimidos/as, el 29,4 % ha tenido que ponerse en tratamiento y el 16 % ha experimentado otros problemas. Las cifras, de nuevo, son algo menores en el caso de las personas que cuidan a menores de 6 años (31,7 %, el 17,9 % y un 13,2 %).

Cabe destacar los elevados niveles de cansancio expresados, sobre todo, en el grupo que cuida de niños, niñas y adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años. El 69,1 % de estas personas —y el 56 % de las que cuidan de menores entre 2 y 5 años— afirman encontrarse cansadas. Asimismo, se constatan efectos negativos de la intensidad del cuidado sobre las posibilidades de recuperación, ocio y autocuidado propios. Entre las personas cuidadoras de mayores de 6 años con discapacidad residentes en el hogar y que no trabajan fuera de él (y que tampoco son empleadas del hogar), el 77,1 % expresa haber tenido que reducir su tiempo de ocio, el 56,4 % declara no poder irse de vacaciones y el 39,8 % reconoce haber tenido que reducir su tiempo de vacaciones. El 53,7 % alega no disponer de tiempo para frecuentar amistades, y el 63,2 % dice no tenerlo para el autocuidado. Las cifras correspondientes para el grupo de personas cuidadoras de niños y de niñas de menos de 6 años con limitaciones equiparables a discapacidad son bastante semejantes, aunque, una vez más, reflejan un impacto algo menor: el 76 % ha tenido que reducir el tiempo de ocio, el 47,8 % expresa que no puede irse de vacaciones y el 56,2 % ha tenido que reducir el tiempo vacacional. El 48,4 % explica que carece de tiempo para sus amistades y el 59,9 % declara que no dispone de tiempo de autocuidado. Es importante subrayar, por último, que el 64,1 % de las personas cuidadoras del primer grupo y el 74,3 % de las del segundo no consideran que las responsabilidades y labores de cuidado que implica la discapacidad (o limitaciones equiparables) del/de la menor a su cargo estén distribuidas adecuadamente, lo que sugiere que la prestación del cuidado se concentra mayormente en la persona cuidadora principal.

### La intensidad de los cuidados en el hogar y su impacto sobre el bienestar

La EDAD-2020 también permite conocer cómo varían la intensidad del cuidado y sus consecuencias en función de la gravedad y el alcance de la discapacidad, la disponibilidad de apoyos terapéuticos y educativos que sirvan de respaldo a la familia, y la suficiencia percibida respecto a los apoyos educativos (no recoge datos similares relativos a los apoyos terapéuticos). El cuadro 8 resume los resultados obtenidos al respecto, poniendo el foco en la relación de estas dimensiones con tres variables clave: el promedio de horas de cuidado realizadas por la persona cuidadora principal, la constatación de un deterioro de su salud y la falta de tiempo percibida para el autocuidado (en caso de que la persona no esté empleada y se dedique exclusivamente al cuidado).

Las dificultades graves derivadas de la discapacidad se traducen en un mayor número de horas diarias dedicadas al cuidado: en estos casos, la cifra asciende a 13,4, frente a

las 7,6 que se invierten cuando el/la menor presenta dificultades moderadas. Las dificultades de carácter grave correlacionan, asimismo, con la percepción de un mayor deterioro de la salud de la persona cuidadora principal (53,7 % de los casos, frente al 11,5 % en caso de dificultades moderadas). Las dificultades graves también se asocian con menor tiempo para el autocuidado entre las personas cuidadoras principales que no trabajan fuera del hogar (64,1 % frente al 53,7 % correspondiente a las dificultades moderadas). Un análisis de regresión sencillo, sin ajustar por otras variables —que es lo que permite en este caso la reducida magnitud del tamaño muestral— indica que la asociación entre una mayor gravedad de la discapacidad infantil y un mayor número de horas de cuidado es estadísticamente significativa (coeficiente de 5,9 con un nivel de confianza del 99 % si se pondera la regresión; coeficiente de 5,6 con un nivel de confianza del 95 % si no se pondera). Lo mismo sucede con la relación entre una mayor gravedad de la discapacidad y la percepción de deterioro de la salud de la persona cuidadora (*odds ratio* de 8,4 con un nivel de confianza del 99 % si se pondera el modelo; y de 4 con un nivel de confianza del 95 % si no se pondera). La relación entre la gravedad de la discapacidad y las posibilidades de autocuidado referidas por la persona cuidadora, sin embargo, no resulta estadísticamente significativa.

**Cuadro 8**

**Horas diarias de cuidado, percepción de deterioro de la propia salud y tiempo para el autocuidado de la persona cuidadora principal, en función de la gravedad de la discapacidad y el número de áreas en las que el/la menor experimenta dificultad**

| Personas cuidadoras principales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años |                                               |                                                  |                                                            |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   | Cuidado de un/a menor con dificultades graves | Cuidado de un/a menor con dificultades moderadas | Cuidado de un/a menor con dificultades en más de dos áreas | Cuidado de un/a menor con dificultades en menos de tres áreas |
| Promedio de horas diarias de cuidado                                                              | 13,4                                          | 7,6                                              | 15                                                         | 11,3                                                          |
| Percepción de deterioro de la propia salud (%)                                                    | 53,7                                          | 11,5                                             | 51,1                                                       | 49,4                                                          |
| Falta de tiempo de autocuidado* (%)                                                               | 64,1                                          | 53,7                                             | 56,5                                                       | 69,4                                                          |

Nota: \*Solo personas cuidadoras principales residentes en el hogar que no están empleadas.  
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

No se observan diferencias muy evidentes en relación con el número de áreas en las que el/la menor experimenta dificultad, si bien las dificultades en más de dos áreas entrañan un mayor número de horas de cuidado en promedio (15 horas frente a 11,3 horas cuando se trata del cuidado de menores con dificultades en menos de tres áreas). De acuerdo con lo anterior, un análisis de regresión confirma que un mayor número de áreas de dificultad se asocia de forma estadísticamente significativa con un mayor número de horas de cuidado (coeficiente de 1,2 con un nivel de confianza del 99 %, independientemente de si se pondera o no la regresión). Sin embargo, las diferencias relativas al deterioro de la salud de la persona cuidadora son pequeñas —el 51,1 % de quienes cuidan a menores con dificultades en más de

dos áreas mostrarían tal deterioro, frente al 49,4 % observado cuando las/los menores presentan dificultades en dos áreas o menos— y no resultan estadísticamente significativas, al igual que la relación entre el número de áreas de dificultad y las posibilidades de autocuidado.

En el cuadro 9 se ponen en relación las mismas variables con la recepción de apoyos de tipo terapéutico: atención temprana (AT), para menores con edades comprendidas entre 2 y 5 años, y rehabilitación física o cognitiva y servicios de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica<sup>24</sup> para mayores de 6 años. No se aprecian grandes diferencias respecto al promedio de horas de cuidado o la falta de tiempo para el autocuidado, con la excepción de cifras más elevadas entre quienes cuidan a niños menores de 6 años que no reciben AT; posiblemente por contar este grupo con una menor edad y requerir, en general, un cuidado intensivo. Con todo, la asociación no resulta estadísticamente significativa en un análisis de regresión. Puede sorprender que los porcentajes de percepción de deterioro de la salud de las personas cuidadoras sean considerablemente más elevados cuando el/la menor recibe servicios de AT (*odds ratio* de 3, con un nivel de confianza del 95 % si se pondera la regresión, y asociación ligeramente menor con un nivel de confianza del 90 %, si no se pondera). En el contexto de las limitaciones en la prestación de estos apoyos trazado en el capítulo 2, cabría suponer que la recepción de tales servicios reflejara mayor afectación por parte del niño, niña o adolescente y unas necesidades más complicadas, lo que podría

### Cuadro 9

**Horas diarias de cuidado, percepción de deterioro de la propia salud y tiempo para el autocuidado de la persona cuidadora principal, en función de si el/la menor recibe o no distintos tipos de apoyo terapéutico**

|                                                | Edad del/de la menor con discapacidad o limitaciones equiparables que atiende la persona cuidadora principal |                          |                                                    |                                                          |                                               |                                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                                | 2-5 años                                                                                                     |                          | 6-15 años                                          |                                                          |                                               |                                                  |
|                                                | El/la menor recibe AT                                                                                        | El/la menor no recibe AT | El/la menor recibe rehabilitación física/cognitiva | El/la menor no recibe rehabilitación física ni cognitiva | El/la menor recibe atención a la salud mental | El/la menor no recibe atención a la salud mental |
| Promedio de horas diarias de cuidado           | 12,8                                                                                                         | 14,1                     | 13,2                                               | 12,9                                                     | 13,1                                          | 12,9                                             |
| Percepción de deterioro de la propia salud (%) | 42,9                                                                                                         | 20                       | 59,8                                               | 46,9                                                     | 53,7                                          | 46,7                                             |
| Falta de tiempo de autocuidado* (%)            | 57,7                                                                                                         | 71,7                     | 63,1                                               | 63,3                                                     | 64,4%                                         | 62,3                                             |

Nota: \*Solo personas cuidadoras principales residentes en el hogar que no están empleadas.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

<sup>24</sup> En los cuadros se resume este tipo de intervenciones como "atención a la salud mental".

explicar el resultado obtenido. El hecho de que la significatividad estadística de esta relación desaparezca cuando se tiene en cuenta el número de áreas de dificultad en el modelo presta respaldo a esta interpretación. Por lo demás, no se observan relaciones estadísticamente significativas entre el deterioro percibido de la salud de la persona cuidadora y la recepción o falta de apoyos de tipo terapéutico para el menor en modelos de regresión, independientemente de si tienen en cuenta o no la gravedad de la discapacidad infantil.

En el cuadro 10 se recogen los resultados obtenidos cuando se hace un análisis similar en función de los apoyos educativos que reciben los niños, las niñas y las/ los adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años en su centro de estudios. Se constata, en primer lugar, que la variación en horas de cuidado en el hogar es mínima; los resultados se mantienen robustos en torno a las 13 horas en promedio, siendo solo ligeramente mayores (13,7 horas) cuando los menores no han recibido apoyos ni adaptaciones en el centro educativo, pese a necesitarlos. Conviene destacar, sin embargo, que las cifras de deterioro de la salud de las personas cuidadoras principales son más elevadas cuando no se han recibido apoyos ni adaptaciones en el centro educativo —sea porque no se han considerado necesarios o pese a su necesidad—, lo que sugiere que el apoyo educativo podría constituir una fuente de respaldo eficaz para las familias. El análisis de regresión logística, teniendo en cuenta la gravedad de la discapacidad y el número de áreas de dificultad, confirma este hallazgo: contar con apoyos educativos se asocia con una probabilidad significativamente menor de deterioro de la salud de la persona cuidadora (*odds ratio* en torno a 0,4, con un nivel de confianza del 95 %). Aunque la ausencia de tiempo para el autocuidado es más frecuente (72,3 %) cuando no se han recibido tales apoyos y adaptaciones necesarias en el centro educativo que cuando sí se han recibido (o no se han necesitado), no se observa una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

#### Cuadro 10

**Horas diarias de cuidado, percepción de deterioro de la salud y tiempo para el autocuidado de la persona cuidadora principal, en función de los apoyos educativos que recibe el/la menor**

| Personas cuidadoras principales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años |                                                                            |                                                                                             |                                                                                               |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   | El/la menor no ha necesitado apoyos ni adaptaciones en el centro educativo | El/la menor ha recibido apoyos y adaptaciones en el centro educativo y han sido suficientes | El/la menor ha recibido apoyos y adaptaciones en el centro educativo, pero no los suficientes | El/la menor no ha recibido apoyo ni adaptaciones en el centro educativo pese a necesitarlos |
| Promedio de horas diarias de cuidado                                                              | 13,4                                                                       | 12,9                                                                                        | 12,4                                                                                          | 13,7                                                                                        |
| Percepción de deterioro de la propia salud (%)                                                    | 76,9                                                                       | 43,5                                                                                        | 51,3                                                                                          | 66,2                                                                                        |
| Falta de tiempo de autocuidado* (%)                                                               | 49,1                                                                       | 66,9                                                                                        | 59,3                                                                                          | 72,3                                                                                        |

Nota: \*Solo personas cuidadoras principales residentes en el hogar que no están empleadas.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

La encuesta de conveniencia DISINFAP-25 proporciona algunas indicaciones sobre otro aspecto relacionado con el apoyo que reciben las familias que no recoge la EDAD-2020 y que también es susceptible de incidir en su bienestar: la falta de respaldo institucional y social. Dos de cada tres personas encuestadas manifiestan poca o ninguna satisfacción con la ayuda recibida por parte de las instituciones públicas para acceder a conocimientos, derechos o apoyos (65 %). Tampoco las cifras de satisfacción con el apoyo proporcionado por entidades privadas son elevadas: únicamente el 35 % declara mucha o bastante satisfacción al respecto, mientras que otro 35 % expresa nula o poca satisfacción. En cuanto al apoyo social más informal e inmediato —el recibido por parte de familiares, amistades, personas conocidas u otras familias en circunstancias parecidas—, la mitad lo califica de muy o bastante satisfactorio. Estas cifras, aunque evidentemente deben tomarse a título únicamente descriptivo, tentativo e ilustrativo por la reducida magnitud de la muestra encuestada y la consiguiente ausencia de representatividad, sugieren una situación de escaso respaldo público y social más allá de las dimensiones terapéuticas y educativas ya visibilizadas mediante la encuesta representativa EDAD-2020.

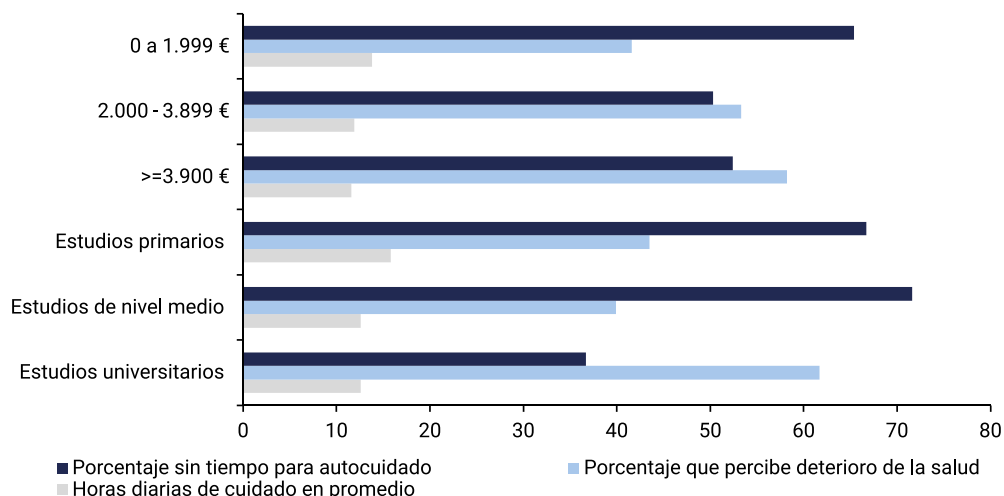
### Análisis de la intensidad de cuidados por nivel educativo de la persona cuidadora, nivel de ingresos del hogar y género

Por último, la EDAD-2020 permite detectar diferenciales socioeconómicos en la intensidad de cuidados asumida, el deterioro declarado de la salud de la persona cuidadora principal y su percepción de falta de tiempo para el autocuidado. En este caso, es pertinente utilizar una variable educativa a nivel individual —el máximo nivel de estudios alcanzado por la persona cuidadora—, además de la variable de ingresos del hogar. Como la muestra de personas cuidadoras principales de menores entre 2 y 5 años que, además, son informantes es reducida ( $n = 130$ ), con el fin de evitar submuestras muy pequeñas al estratificar por nivel educativo e ingresos, se analizan conjuntamente el grupo correspondiente a cuidadoras/es de menores con discapacidad con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años y el anterior (la muestra total comprende así 507 individuos).

Como se puede constatar en el gráfico 12, en lo que respecta al promedio de horas diarias de cuidados, no existen diferencias entre las personas cuidadoras con estudios universitarios y aquellas que solo han completado estudios de nivel medio. Las mujeres con estudios primarios dedican más horas al cuidado —15,8 horas diarias frente a las 12,6 de los otros dos grupos—, posiblemente por participar en menor medida en el mercado laboral, ya que la relación no es estadísticamente significativa cuando se realiza un modelo de regresión lineal que tiene en cuenta el nivel de ingresos del hogar y el número de áreas de dificultad. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que el modelo de regresión realizado sobre la muestra completa de menores no considera la gravedad de la discapacidad —que se ha revelado previamente como un determinante de la intensidad del cuidado— al no existir datos al respecto para el grupo de menores de 6 años. Si se realiza la misma regresión para el grupo de niños, niñas y adolescentes con edades que abarcan desde los 6 a los 15 años, teniendo en cuenta la gravedad de la discapacidad infantil, sí se observa una relación significativa entre una mayor dedicación

Gráfico 12

**Dedicación al cuidado y percepción del deterioro de la salud y del tiempo disponible para el autocuidado\* de las personas informantes que ejercen como cuidadoras principales en función del nivel de ingresos mensuales netos del hogar y el máximo nivel de estudios completado**



Nota: \* En el caso de la percepción sobre el tiempo disponible para el autocuidado, solo se incluyen personas cuidadoras principales residentes en el hogar que no están empleadas.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

a los cuidados y un bajo nivel educativo de la persona cuidadora (coeficiente de 4, con un nivel de confianza del 95 % en el modelo ponderado, y muy próximo en el modelo sin ponderar).

No se encuentran diferencias reseñables en la dedicación temporal a los cuidados en función del nivel de ingresos del hogar, si bien a nivel descriptivo se observa un promedio de horas de cuidado algo superior entre las personas cuidadoras principales que residen en hogares con ingresos inferiores a los 2.000 euros (13,8 horas en promedio, frente a poco menos de 12 en los dos tramos de ingresos superiores). De nuevo, este hallazgo puede indicar una menor participación laboral de estas personas.

Llaman la atención los mayores porcentajes indicativos de deterioro (percibido) de la salud entre personas cuidadoras principales con estudios universitarios (61,7 %, frente al 39,9 % correspondiente a quienes han completado estudios de nivel medio, y el 43,5 % de quienes solo cuentan con estudios de nivel primario), así como entre quienes residen en hogares con ingresos iguales o superiores a los 3.900 euros netos mensuales (58,2 % frente a un 53,3 % y el 41,2 %, respectivamente). Estas diferencias no resultan estadísticamente significativas al realizar modelos de regresión, independientemente de si se incluye o no la gravedad de la discapacidad infantil como variable de control. Sin embargo, sí aparece una asociación (estadísticamente significativa al 95 % en el modelo ponderado, *odds ratio* de 0,6) entre residir en un hogar con

ingresos particularmente bajos (menos de 2.000 euros netos mensuales) y una menor percepción del deterioro de la propia salud<sup>25</sup>.

En lo referente a la falta de tiempo para el autocuidado, esta percepción es menos frecuente entre las personas cuidadoras principales con estudios universitarios (36,7 %) que entre las que cuentan con estudios de nivel medio (71,6 %) o estudios primarios (66,7 %). Las personas cuidadoras principales que residen en hogares con ingresos por debajo de 2.000 euros netos mensuales muestran, a nivel descriptivo, una mayor prevalencia de percepción de falta de tiempo para el autocuidado (65,4 % frente al 52,4 % correspondiente a quienes residen en hogares con ingresos iguales o superiores a los 3.900 euros, y el 50,3 % correspondiente al tramo intermedio de ingresos). Con todo, estas diferencias no resultan estadísticamente significativas —ni en el caso del nivel educativo ni en el del nivel de ingresos— al realizar modelos de regresión logística. Tampoco se constatan diferencias relevantes por sexo de la persona cuidadora principal, si bien hay que poner de relieve que la mayoría de las personas informantes que declaran ser cuidadoras principales son mujeres (63,7 %).

#### 4.4. La participación laboral de las principales personas cuidadoras de niños, niñas y adolescentes con discapacidad o limitaciones equivalentes

En esta sección, por último, se analiza la participación laboral de las personas que desempeñan el rol de cuidadoras principales de menores con discapacidad o limitaciones equivalentes. Como en la sección previa, se examinan los patrones de participación laboral entre quienes cuidan a niños, niñas o adolescentes con discapacidad y edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, y entre quienes cuidan a menores entre los 2 y los 5 años con limitaciones funcionales equiparables a discapacidad. Dichos patrones se ponen en relación, de nuevo, con las características de la discapacidad —gravedad y número de áreas de desempeño a las que afecta—, la recepción de apoyos externos en los ámbitos terapéutico y educativo para la provisión de los cuidados, y el estatus socioeconómico de la persona cuidadora principal.

##### Dificultades para la participación laboral derivadas de la dedicación al cuidado

Como se puede ver en el cuadro 11, aproximadamente la mitad de quienes cuidaban a un niño, niña o adolescente de entre 6 y 15 años con discapacidad en el momento de realización de la encuesta EDAD-2020 se declaraban activas en el mercado de trabajo (49,2 %). Descontando el 4,6 % de personas cuidadoras que afirmaron encontrarse en situación de incapacidad para trabajar, prácticamente todo el resto (es decir, el 47 %) no desempeñaba un trabajo remunerado. En el caso de quienes cuidaban de menores con edades comprendidas entre los 2 y 5 años y limitaciones equiparables

<sup>25</sup> Esta relación negativa se encuentra tanto si se utiliza la muestra total de menores entre 2 y 15 años, como si se utiliza la submuestra de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 15 años, e independientemente de si se incluyen el número de horas de cuidado, el número de áreas de dificultad y la gravedad de la discapacidad como variables de control que reflejan la magnitud de las necesidades del/de la menor. Es decir, la relación resulta muy robusta a diferentes delimitaciones de la muestra y especificaciones del modelo de regresión.

a discapacidad, el escenario es muy semejante, estando empleadas únicamente el 50,5 %. Parece evidente, por tanto, que la discapacidad infantil también erige barreras importantes a la participación laboral de las personas que asumen la mayor parte del cuidado. Es fundamental destacar que el 54,5 % de las personas cuidadoras principales de niños, niñas o adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años y el 46,3 % de quienes se ocupaban de criaturas más pequeñas declaraban tener problemas económicos.

Entre las personas cuidadoras principales que sí se encontraban laboralmente activas en el momento de la encuesta, el 52,9 % de quienes atendían a menores entre 6 y 15 años con discapacidad, y el 44,4 % de quienes cuidaban de niños y niñas entre 2 y 5 años con limitaciones funcionales habían tenido que reducir su jornada de trabajo. En el primer grupo, el 41,8 % había experimentado, además, problemas para cumplir sus horarios, el 54 % había visto perjudicada su vida profesional y el 30,1 % afrontaba otros problemas relacionados con la misma. Las cifras equivalentes son algo más reducidas —34,6 %, un 35 % y el 19,2 %— en el segundo grupo, posiblemente por una menor exposición temporal a las exigencias de cuidado derivadas de la discapacidad infantil, que podría entrañar menores dificultades o penalizaciones que una necesidad de adaptación laboral muy prolongada en el tiempo.

Entre las personas cuidadoras principales que no se encontraban laboralmente activas, el 58,2 % de quienes tenían a cargo menores con edades comprendidas entre los

#### Cuadro 11

#### Patrones de participación laboral y situación económica de las personas cuidadoras principales de niños, niñas o adolescentes con discapacidad o limitaciones funcionales equivalentes

En porcentaje

|                                                                         |                                                            | Cuida de un niño, niña o adolescente con discapacidad entre 6 y 15 años | Cuida de un niño o niña entre dos y cinco años con limitaciones equiparables a discapacidad |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Todas las personas cuidadoras principales                               | Participa en el mercado laboral                            | 49,2                                                                    | 50,5                                                                                        |
|                                                                         | Tiene problemas económicos                                 | 54,5                                                                    | 46,3                                                                                        |
| Personas cuidadoras principales que participan en el mercado laboral    | Ha tenido que reducir su jornada de trabajo                | 52,9                                                                    | 44,4                                                                                        |
|                                                                         | Ha tenido problemas para cumplir sus horarios              | 41,8                                                                    | 34,6                                                                                        |
|                                                                         | Su vida profesional se ha resentido                        | 53,6                                                                    | 35                                                                                          |
|                                                                         | Tiene otros problemas relacionados con su vida profesional | 30,1                                                                    | 19,2                                                                                        |
| Personas cuidadoras principales que no participan en el mercado laboral | Ha tenido que dejar de trabajar                            | 58,2                                                                    | 49,3                                                                                        |
|                                                                         | Se podría plantear trabajar fuera de casa                  | 24,6                                                                    | 34,3                                                                                        |
|                                                                         | Tiene otros problemas relacionados con su vida profesional | 25,4                                                                    | 26,5                                                                                        |

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

6 y los 15 años declaraban haber tenido que dejar de trabajar, y solo el 24,6 % expresaban que podrían plantearse trabajar fuera de casa. Las cifras correspondientes al grupo de niños y niñas de menor edad son el 49,3 % y el 34,3 %, respectivamente. Alrededor de un cuarto de las personas cuidadoras en ambos grupos reconocían haber experimentado otros problemas relacionados con su vida profesional.

En consecuencia, las cifras que proporciona la EDAD-2020 confirman que la discapacidad infantil, especialmente a medida que pasan los años, comporta dificultades sustanciales para que quienes asumen las principales responsabilidades de cuidado puedan mantener actividad en el mercado de trabajo o una participación laboral a tiempo completo, así como eludir penalizaciones profesionales.

Como ya se ha apuntado en el capítulo 2, uno de los factores que podrían incidir en las dificultades de mantenimiento de la participación o la intensidad laboral por parte de las personas cuidadoras principales de menores con discapacidad es la escasa compatibilidad entre el empleo y la atención terapéutica que necesitan recibir muchos de estos niños y niñas. En la encuesta de conveniencia DISINFAP-25, diseñada para proporcionar información ilustrativa sobre aspectos no incluidos en la EDAD-2020, seis de cada diez personas encuestadas declaran estar poco o nada satisfechas con la facilidad para compatibilizar las terapias con la participación laboral (60 %). Del mismo modo, solo algo menos de la mitad expresa satisfacción con la proximidad del centro educativo a su domicilio o centro de trabajo (45 %), lo que sugiere dificultades logísticas añadidas derivadas de la distancia a los centros educativos en una proporción sustancial. En la misma línea, el horario escolar emerge en esta encuesta como otra barrera a la conciliación; una de cada dos personas encuestadas manifiesta estar poco o nada satisfecha con las posibilidades de conciliar que ofrece el horario escolar (50 %), y tres de cada diez afirman sentirse medianamente satisfechas (30 %). En este contexto, no puede obviarse que, como se ha expuesto en el capítulo 3, solo una de cada cuatro hace uso de las actividades extraescolares.

### Variaciones en la participación e intensidad laboral en función de la gravedad y el alcance de la discapacidad, el apoyo recibido y el estatus socioeconómico individual y familiar

En el cuadro 12 se presenta —tomando de nuevo los datos de la EDAD-2020— la información sobre la inactividad en el mercado de trabajo y la reducción de la intensidad laboral (en caso de que la persona cuidadora principal esté empleada) en función de la gravedad y el alcance de la discapacidad infantil. En este caso, solo pueden incluirse niños, niñas y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 15 años, ya que no se dispone de información sobre la gravedad de la discapacidad para menores de esa edad. Como se puede observar, el porcentaje de personas cuidadoras principales que no participan en el mercado de trabajo es algo más elevado cuando el/la menor del que se cuida tiene dificultades graves (51,4 %) que cuando las dificultades son moderadas (43 %). Del mismo modo, se observan cifras de inactividad algo mayores si el/la menor tiene dificultades en más de dos áreas de desempeño (53,6 %) que si las presenta en menos de tres áreas (48,1 %). Con todo, estas diferencias no son estadísticamente sig-

## Cuadro 12

**Porcentaje de personas cuidadoras principales que se encuentran laboralmente inactivas o han reducido su jornada laboral (en caso de estar empleadas), en función de la gravedad de la discapacidad del/de la menor y el número de áreas en las que este/esta experimenta dificultad**

En porcentaje

| Personas cuidadoras principales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años |                                             |                                                |                                                        |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|                                                                                                   | Cuida de un/a menor con dificultades graves | Cuida de un/a menor con dificultades moderadas | Cuida de un/a menor con dificultades en más de 2 áreas | Cuida de un/a menor con dificultades en menos de 3 áreas |
| No participa en el mercado de trabajo                                                             | 51,4                                        | 43                                             | 53,6                                                   | 48,1                                                     |
| Ha tenido que reducir su jornada laboral*                                                         | 59,1                                        | 9,7                                            | 64,7                                                   | 47,1                                                     |

Nota: \*Solo personas cuidadoras principales residentes en el hogar que se encuentran empleadas.  
Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

nificativas cuando se realizan modelos de regresión<sup>26</sup>, si bien es pertinente la prudencia en la interpretación ante el reducido tamaño muestral. Las diferencias son más evidentes en el caso de la reducción de jornada entre las personas cuidadoras que sí desempeñan un trabajo remunerado, siendo esta adaptación laboral mucho más frecuente entre quienes están activos/as y cuidan de menores con dificultades graves (59,1 %) que entre quienes cuidan de menores con dificultades moderadas (9,7 %). El recurso a esta medida también es más frecuente cuando el/la menor presenta dificultades en más de dos áreas de desempeño (64,7 %), en comparación con el 47,1 % correspondiente a personas que cuidan de menores con dificultades en menos de tres áreas. La discapacidad grave sí se asocia claramente en un análisis de regresión logística con una mayor probabilidad de reducción de jornada en caso de actividad laboral (*odds ratio* de 10, con un nivel de confianza del 95 % en la regresión ponderada; *odds ratio* de 7,4, con un nivel de confianza del 90 % en la regresión sin ponderar).

El cuadro 13 muestra los resultados de un ejercicio similar que tiene en cuenta el tipo de apoyos terapéuticos recibidos por el/la menor. En este caso, se parte de la muestra de personas cuidadoras principales de menores con edades comprendidas entre 2 y 5 años o de quienes cuidan de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 15 años, en función del indicador de recepción de servicios terapéuticos de interés.

En términos generales, se observan menores tasas de participación laboral y mayores tasas de reducción de jornada entre las personas que cuidan a niños, niñas y adolescentes que reciben distintos tipos de apoyos terapéuticos, lo cual podría ser reflejo de unas necesidades más importantes por parte de estos menores. De hecho, cuando se realizan modelos de regresión que tienen en cuenta el número de horas de cuidado requeridas, la gravedad de la discapacidad y su alcance en cuanto a número de áreas

<sup>26</sup> Estos modelos incluyen como variable de control el sexo de la persona cuidadora principal. En España es estadísticamente más frecuente que sean las mujeres quienes interrumpen o limitan su participación laboral para cuidar de personas dependientes; véanse, por ejemplo, Jurado y González (2015), Martínez Buján (2019) y Seiz (2023).

## Cuadro 13

**Porcentaje de personas cuidadoras principales que se encuentran laboralmente inactivas o han reducido su jornada laboral (en caso de estar empleadas), en función de si el/la menor recibe o no distintos tipos de apoyo terapéutico**

En porcentaje

|                                           | Edad del/de la menor con discapacidad o limitaciones equiparables que atiende la persona cuidadora principal |                          |                                                    |                                                          |                                               |                                                  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                                           | 2-5 años                                                                                                     |                          | 6-15 años                                          |                                                          |                                               |                                                  |
|                                           | El/la menor recibe AT                                                                                        | El/la menor no recibe AT | El/la menor recibe rehabilitación física/cognitiva | El/la menor no recibe rehabilitación física ni cognitiva | El/la menor recibe atención a la salud mental | El/la menor no recibe atención a la salud mental |
| No participa en el mercado de trabajo     | 52,9                                                                                                         | 37,9                     | 52,4                                               | 50                                                       | 44,9                                          | 56,2                                             |
| Ha tenido que reducir su jornada laboral* | 45,3                                                                                                         | 41,9                     | 65,8                                               | 50,3                                                     | 60,1                                          | 47,6                                             |

Nota: \*Solo personas cuidadoras principales residentes en el hogar que se encuentran empleadas.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

de dificultad<sup>27</sup> —así como el sexo de la persona informante—, las diferencias no son estadísticamente significativas, salvo por el hecho de que la recepción de AT sí se asocia, en sí misma, con una menor participación laboral de la persona cuidadora principal si se pondera la regresión (*odds ratio* de 0,3, con un nivel de confianza del 95 %).

En lo que respecta a las diferencias en la participación laboral de la persona cuidadora principal en función de los apoyos que recibe el/la menor en su centro educativo —presentadas en el cuadro 14—, sorprendentemente se observan mayores porcentajes de inactividad entre las personas cuidadoras que se muestran conformes con la situación del niño, la niña o el/la adolescente a su cargo en cuanto a recepción de apoyos (sea porque este/a no recibe apoyos ni adaptaciones por no haberlos necesitado o porque aquellos que recibe se consideran suficientes). La asociación entre una nula recepción de apoyos educativos por alegada ausencia de necesidad y una menor probabilidad de que la persona cuidadora principal participe en el mercado de trabajo resulta estadísticamente significativa (*odds ratio* de 0,2, con un nivel de confianza del 95 %). Esta relación parecería espuria, al menos en parte, y podría reflejar diferencias de comportamiento y/o percepción por estatus socioeconómico, ya que, como se ha constatado en el capítulo previo, quienes residen en hogares situados en el estrato económico más bajo —lo cual, en sí, se asocia a mayor probabilidad de inactividad laboral— tienden a estar más conformes con los apoyos recibidos o a considerar que estos no son necesarios. En línea con esta interpretación, la significatividad estadística disminuye al incluir el nivel educativo y el nivel de ingresos como variables de control en los modelos.

Entre aquellas personas que sí participan en el mercado laboral, se observan, a nivel descriptivo, cifras superiores de reducción de jornada cuando los/las menores no

<sup>27</sup> En el caso de los niños y de las niñas menores de 6 años, no se dispone de información sobre la gravedad de las dificultades, por lo que se utiliza como *proxy* las horas diarias dedicadas a su cuidado.

reciben apoyos necesarios en el centro educativo y, sobre todo, cuando los reciben en cantidad insuficiente. Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas en modelos de regresión que tienen en cuenta la gravedad y el alcance de la discapacidad, así como el sexo de la persona informante. Cabe suponer, por tanto, que la entidad de la discapacidad del/de la menor pueda tener un peso importante a este respecto.

#### Cuadro 14

**Porcentaje de personas cuidadoras principales que se encuentran laboralmente inactivas o han reducido su jornada laboral (en caso de estar empleadas), en función de su percepción sobre los apoyos educativos que recibe el/la menor**

| Personas cuidadoras principales de niños, niñas y adolescentes con discapacidad entre 6 y 15 años |                                                                            |                                                                                             |                                                                                               |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   | El/la menor no ha necesitado apoyos ni adaptaciones en el centro educativo | El/la menor ha recibido apoyos y adaptaciones en el centro educativo y han sido suficientes | El/la menor ha recibido apoyos y adaptaciones en el centro educativo, pero no los suficientes | El/la menor no ha recibido apoyo ni adaptaciones en el centro educativo pese a necesitarlos |
| No participa en el mercado de trabajo                                                             | 80,4                                                                       | 55,6                                                                                        | 40,1                                                                                          | 38,1                                                                                        |
| Ha tenido que reducir su jornada laboral*                                                         | 33,6                                                                       | 49,1                                                                                        | 61,8                                                                                          | 59,3                                                                                        |

Nota: \*Solo personas cuidadoras principales residentes en el hogar que no están empleadas.

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD-2020), Instituto Nacional de Estadística.

Finalmente, se plantea la cuestión de si existen diferencias entre grupos sociales en lo referente al comportamiento laboral ante la discapacidad infantil. En términos de estratificación social, solo es posible en este caso utilizar el nivel educativo como variable independiente, ya que el nivel de ingresos del hogar —el otro indicador de estatus socioeconómico que se venía utilizando— generalmente va a correlacionar con la participación en el mercado de trabajo de la persona informante. Partiendo de la muestra completa de niños, niñas y adolescentes con edades comprendidas entre los 2 y los 15 años que presentan discapacidad o limitaciones funcionales equivalentes, el análisis revela un claro gradiente educativo en la participación en el empleo.

El 69,8 % de las personas cuidadoras principales con estudios universitarios incluidas en la EDAD-2020 se encontraban activas. La cifra desciende hasta el 48,7 % entre quienes han completado, como máximo, estudios de nivel de secundaria, bachillerato o formación profesional, y hasta el 24,5 % entre quienes solo contaban con estudios primarios. Este hallazgo se confirma al realizar modelos de regresión que tienen en cuenta el alcance de la discapacidad infantil o el número de áreas de dificultad asociadas, así como el sexo de la persona cuidadora. Se observa una mayor propensión por parte de las personas cuidadoras principales con estudios universitarios a mantenerse en el mercado de trabajo cuando cuidan de un/a menor con discapacidad, en comparación con quienes solo han completado estudios primarios (*odds ratio* de 1,9, con un nivel de confianza del 99,9 %). Una relación similar, pero de menor magnitud, se encuentra cuando la persona cuidadora principal ha completado estudios de nivel medio (*odds ratio* de 1, con un nivel de confianza del 99 %). Por tanto, puede con-

cluirse que cuanto mayor es el nivel educativo de las personas cuidadoras principales de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad, menos probable es que abandonen el mercado de trabajo. El resultado se mantiene —y las relaciones se muestran aún más evidentes (*odds ratios* de 2,4 y 1,6)— cuando se analiza solo la muestra de menores entre 6 y 15 años, que permite tener también en cuenta si la discapacidad es grave o moderada. Estos patrones podrían reflejar mayores costes de oportunidad en caso de abandono del mercado laboral entre quienes cuentan con mayor cualificación, así como con mejores condiciones de empleo y conciliación (véase, por ejemplo, Cloïn et al., 2011; Bonet et al., 2013, y Seiz, 2025).

Entre las personas cuidadoras principales que sí participan en el mercado de trabajo, sin embargo, la reducción de jornada es más frecuente cuanto mayor es su nivel educativo, posiblemente debido a diferencias en la calidad y estabilidad del empleo —y, por consiguiente, en la facilidad para hacer uso de medidas de conciliación— y relativas al salario. Según la EDAD-2020, el 56 % de quienes han mantenido el arraigo laboral y cuentan con estudios universitarios ha optado por reducir su jornada de trabajo, frente al 47,7 % de quienes solo han completado estudios de secundaria, bachillerato o formación profesional, y el 42 % de quienes no han concluido estudios más allá de los primarios. En este caso, sin embargo, las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas en modelos de regresión.

En resumen, este capítulo ha ofrecido evidencia cuantitativa —en su mayor parte, basada en datos representativos a nivel nacional— de que la discapacidad infantil tiene un impacto considerable en varias dimensiones de la vida cotidiana de quienes ejercen de cuidadoras/es principales, en su gran mayoría, las madres. La intensidad de cuidados que requiere tener a cargo a un niño, niña o adolescente con discapacidad es muy notable —en promedio, 13 horas al día los siete días de la semana—, siendo las personas cuidadoras que únicamente han completado estudios primarios quienes dedican más tiempo a esta labor. Una proporción sustantiva de quienes ejercen la responsabilidad de cuidadora o cuidador principal revela que este cuidado entraña dificultades, sea debido a las exigencias físicas, sea por falta de conocimiento especializado. Así, la necesidad de contar con respaldo profesional emerge como una cuestión fundamental para mejorar la calidad de vida de quienes cuidan de los/las menores y de la familia en su conjunto. Las exigencias derivadas del cuidado cotidiano tienen, según se ha puesto de manifiesto, un impacto medible sobre la salud y las posibilidades de descanso y autocuidado de las personas cuidadoras principales, así como también sobre su participación laboral, que en prácticamente la mitad de los casos se ve interrumpida, reducida o imposibilitada, lo que conduce a situaciones objetivas y percepciones subjetivas de vulnerabilidad económica. La presencia o falta de apoyo en los centros educativos incide directa y crucialmente en la salud de quienes cuidan en el ámbito familiar.



## CONCLUSIONES

Esta investigación ha tomado como punto de partida la situación de particular desventaja —por ejemplo, en términos de salud, oportunidades de desarrollo y participación social— de la que parten los niños, las niñas y las/los adolescentes con discapacidad con respecto a sus pares sin discapacidad, así como la importancia de conocer en profundidad el respaldo del que disponen en España. En consecuencia, su objetivo fundamental ha sido analizar de forma amplia y a nivel nacional el alcance de las necesidades de este colectivo, así como la naturaleza, las fortalezas y las limitaciones de los apoyos existentes a nivel terapéutico y educativo. Además, se han explorado las ramificaciones que tienen algunos de estos aspectos sobre la calidad de vida familiar y, en especial, de quienes ejercen las principales responsabilidades de cuidado, al tiempo que se ha prestado una particular atención a los diferenciales socioeconómicos que permean todas las dimensiones contempladas. Estas cuestiones cobran especial importancia a la luz de la evidencia científica existente sobre los beneficios de la intervención terapéutica y educativa precoz y, en la medida en la que se precise, a lo largo de la infancia y adolescencia.

Contextualizado en un marco teórico y normativo que resalta la importancia de la atención suficiente e integral a la discapacidad infantil como una cuestión de derechos humanos por cuya salvaguarda las instituciones públicas deben velar, el análisis ha arrojado luz sobre varios aspectos fundamentales del fenómeno en España. En primer lugar, de acuerdo con el primer objetivo formulado en la sección introductoria —caracterizar la naturaleza y el alcance de la discapacidad infantil y la disponibilidad de ayudas técnicas, supervisión y apoyos personales— se ha puesto de manifiesto que la discapacidad infantil comporta, por lo general, dificultades tempranas y de muy gran calado en más de un ámbito del funcionamiento cotidiano, muchas de las cuales persisten pasada la primera infancia. Nos encontramos, por lo tanto, ante un segmento de población infantil muy vulnerable. El hecho de que más del 80 % de los/las menores con discapacidad o limitaciones equiparables presente, según la encuesta EDAD-2020, dificultades clasificadas como graves en al menos algún área de desempeño —lo que se entiende como la incapacidad de realizar ciertas actividades sin apoyo o realizarlas con gran dificultad— da testimonio de la necesidad de una atención terapéutica y educativa muy sustantiva para garantizar verdaderamente la igualdad de oportunidades en el día a día. La constatación de que estas dificultades frecuentemente se presentan en más de un área de funcionamiento cotidiano pone además de manifiesto que esta atención no puede reducirse a apoyos puntuales, de intensidad incierta y de calidad heterogénea —como los que se evidencian como habituales a lo largo de los capítulos—, sino que realmente requiere, de forma generalizada, una dedicación intensiva, especializada y de largo alcance.

No puede obviarse tampoco la asociación de la discapacidad infantil con complicaciones de salud añadidas en un porcentaje notable de casos (en torno a un 20 %). Este hallazgo implica que, a pesar de los necesarios esfuerzos en el debate público y el diseño de las intervenciones por resaltar las dimensiones sociales de la discapacidad, una atención suficiente y adecuada debe contar con apoyos, intervenciones, personal y servicios directamente orientados a aspectos médicos o sanitarios, a la promoción

de la salud y a la mejora del estado físico. En este sentido, no solo parece indispensable garantizar el acceso a intervenciones de carácter terapéutico en el ámbito sanitario, sino también el reconocimiento de necesidades de atención a la salud en el ámbito educativo, incluyendo los centros educativos ordinarios e independientemente de la modalidad de escolarización. La promoción de un óptimo desarrollo de los/las menores con discapacidad en España mejoraría sustancialmente con garantías de acceso en los centros educativos, en caso de necesidad, a una adecuada cobertura de profesionales (por ejemplo, de enfermería, logopedia y fisioterapia) e intervenciones y adaptaciones especializadas (como puedan ser las relativas a la alimentación en comedores escolares o la administración de medicamentos).

El acceso actual por parte de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad en España a ayudas técnicas, apoyo personal o supervisión que garanticen el mayor grado de autonomía y seguridad en el día a día no parece corresponderse enteramente, a tenor de los resultados obtenidos en la encuesta EDAD-2020, con la magnitud y naturaleza de las necesidades descritas. Si bien se puede hablar de un acceso generalizado a algún tipo de recurso de este tipo en la mayoría de las áreas de dificultad asociadas a la discapacidad infantil, en lo que respecta a la discapacidad sensorial —y, muy especialmente, la visual— se observan cifras sustanciales de ausencia de apoyos (casi un 16 % en el caso de la discapacidad auditiva, y un 34,5 % en el caso de la visual), a pesar de percibirse mayoritariamente como necesarios. Cabe resaltar, asimismo, que las cifras de insatisfacción familiar con los recursos de apoyo de los que se dispone son en muchos casos —independientemente del tipo de discapacidad— relativamente elevadas. Se aprecia, por tanto, un escenario de necesidades de apoyo cotidiano en buena medida no cubiertas que no recibe suficiente atención en el debate público, político y social.

Un resultado llamativo e importante del análisis es la mayor extensión y gravedad declarada de la discapacidad en familias con un elevado nivel educativo, lo que podría atribuirse a una mayor información, concienciación, o capacidad de detección. En esta misma línea, en las familias con ingresos bajos se encuentran menores tasas de discapacidad grave, a pesar de que este hallazgo contradice parte de la evidencia encontrada en otros países. Las familias con algún miembro que ha completado estudios universitarios y aquellas con mayor nivel de ingresos también detectan la discapacidad de forma más precoz, mientras que la edad relativamente avanzada de detección cuando la familia cuenta con ingresos muy bajos es fuertemente sugestiva de la existencia de barreras de carácter socioeconómico en España a la identificación temprana de dificultades. La capacidad económica familiar para costear procesos de evaluación más ágiles y exhaustivos que los proporcionados a través de servicios públicos podría ser uno de los factores subyacentes a estas diferencias. Por otro lado, un mayor nivel de estudios se asocia con menor satisfacción con los recursos recibidos —posiblemente como consecuencia de un mayor nivel de información y por tanto de exigencia—, si bien la satisfacción se incrementa cuando la familia cuenta con un nivel económico relativamente alto. Una mayor capacidad económica familiar, en consecuencia, también parece estar posibilitando un mejor ajuste de los apoyos de tipo técnico o personal a las necesidades que experimentan los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad.

La particular vulnerabilidad de la infancia con discapacidad, así como la necesidad de atención terapéutica bien ajustada a las necesidades específicas experimentadas, viene siendo reconocida por diferentes desarrollos normativos, empezando por los relativos a los derechos humanos. A nivel nacional, sin embargo, la intervención terapéutica se encuentra regulada por una normativa fragmentada y fundamentalmente desarrollada e implementada en el ámbito de las comunidades autónomas, lo que da lugar a una importante heterogeneidad en la cobertura y calidad de los servicios. Al mismo tiempo, los esfuerzos regulatorios para consolidar y mejorar este tipo de prestaciones se han focalizado de manera generalizada en los primeros años de la infancia —la llamada atención temprana (AT)—, a pesar de la convicción empírica y normativa en la necesidad de prestar atención terapéutica necesaria a lo largo de toda la infancia y adolescencia. Los hallazgos obtenidos a partir de la encuesta EDAD-2020 indican, sin embargo, que ni siquiera la atención temprana ofrece actualmente en España cobertura universal; un 31 % de los menores de 6 años incluidos en la encuesta y susceptibles de recibirla por experimentar limitaciones sustantivas en las actividades de la vida diaria no estaban recibiendo estos servicios. El derecho a este tipo de intervención precoz, por lo tanto, continúa sin estar garantizado. Se observa, además, que el acceso a la atención terapéutica precoz es significativamente más frecuente cuando en el hogar se han completado estudios universitarios, en línea con las diferencias relativas a la detección precoz arriba mencionadas. Es decir, la capacidad familiar para obtener información podría ser también un factor clave para facilitar el acceso a la AT. No parece, en cambio, que la capacidad económica del hogar sea necesariamente un factor determinante una vez se tiene en cuenta el nivel educativo, si bien en los hogares con mayor nivel de ingresos se observan unas tasas de recepción de estos servicios algo superiores. Por lo demás, los datos indican que en el acceso a la AT se estaría primando a los/las menores que presentan dificultades en mayor número de áreas.

Si aproximadamente un tercio de la infancia con discapacidad menor de 6 años ya parece quedar fuera de los servicios de intervención terapéutica ofrecidos a través de los sistemas de AT, la cobertura se reduce drásticamente a partir de los 6 años, posiblemente porque se asume que buena parte de esta población va a recibir apoyo especializado en el ámbito educativo. Las tasas de cobertura de servicios sanitarios (públicos o privados) de rehabilitación física o cognitiva son muy bajas, abarcando a menos de un cuarto de la población de 6 a 15 años con discapacidad. Las tasas de recepción de servicios de atención psicológica, psicoterapéutica o psiquiátrica son algo mayores, posiblemente debido a una mayor concentración de la inversión pública en este tipo de servicios, pero tampoco alcanzan a más de mitad la población. Incluso si se agregan ambos tipos de atención terapéutica, se constata que más del 40 % de la infancia con discapacidad no estaría recibiendo ningún tipo de servicio de rehabilitación o atención terapéutica fuera del ámbito educativo, cifra muy sustantiva habida cuenta de la complejidad y magnitud de las necesidades descritas. Aun en el caso de las dificultades de movilidad, que requieren o se benefician generalmente de algún tipo de rehabilitación física, las tasas de recepción de estos servicios en un entorno de tipo sanitario son llamativamente bajas (inferiores al 40 %). Del mismo modo, resulta sorprendente que solo alrededor de la mitad de los/las menores con dificultades de tipo relacional reciban atención psicológica, psiquiátrica o psicoterapéutica.

Desafortunadamente, las fuentes de datos disponibles no han permitido conocer los motivos de la reducida magnitud de estas cifras ni exactamente a qué tipo de servicios hacen referencia; más allá de que algo más de la mitad —y, sobre todo, los dirigidos a los niños, las niñas y los/las adolescentes con dificultades de mayor entidad— son prestados por entidades sanitarias de titularidad pública. Sí han permitido, sin embargo, detectar una brecha socioeconómica importante en el acceso a estas intervenciones, al constatarse tasas de recepción significativamente menores en hogares económicamente vulnerables (con ingresos netos mensuales inferiores a 2.000 euros) independientemente del nivel de estudios familiar y la gravedad y extensión de la discapacidad. Así, mientras la capacidad económica del hogar no se revelaba como un factor determinante en el acceso a la AT, sí lo es con respecto a la intervención terapéutica a partir de los 6 años. Esta conclusión resulta poco sorprendente teniendo en cuenta que los esfuerzos institucionales para impulsar servicios de intervención terapéutica infantil se han focalizado fundamentalmente en la AT. La EDAD-2020 revela, sin embargo, que precisamente los servicios públicos resultan esenciales para garantizar la igualdad de oportunidades en el desarrollo también a medida que avanza la infancia, ya que la mayoría de los/las menores residentes en los hogares más desfavorecidos, y muy especialmente cuando el nivel educativo familiar es bajo, solo reciben intervención terapéutica por esta vía. En otras palabras, los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad en situaciones socioeconómicas vulnerables —y, a tenor de los datos, incluso muchos/as cuyas familias cuentan con un nivel educativo y de ingresos medio— dependen crucialmente de los servicios públicos y su calidad para tener acceso a terapias que posibiliten o favorezcan una óptima evolución. La debilidad de los recursos públicos refuerza su situación inicial de desventaja frente a aquellos residentes en hogares con mayor capacidad económica y/o de acceso a la información, que pueden acceder frecuentemente también a servicios de intervención privados potencialmente más accesibles o intensivos.

Del análisis se desprende, en consecuencia, que la cobertura pública, en lo que se refiere a servicios de intervención y apoyo terapéutico para la infancia con discapacidad, resulta en España claramente insuficiente en relación con las necesidades existentes, incluso en lo que respecta a aquellas de mayor calado. Esta situación, generalizada según los datos a la mayor parte del territorio nacional, es especialmente notoria después de los 6 años, lo que resalta la importancia del entorno educativo como único ámbito en el que muchos/as menores van a poder recibir algún tipo de atención especializada.

El derecho a una educación inclusiva, que garantice a la infancia con discapacidad igualdad de oportunidades respecto a sus pares sin discapacidad y evite la segregación por motivo de sus circunstancias, se recoge también en múltiples documentos internacionales sobre derechos humanos y en el desarrollo de las sucesivas legislaciones educativas de las últimas décadas en España. Al mismo tiempo, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006) y la Observación General número 4 (*El derecho a la educación inclusiva*) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad contemplan el derecho a la intervención especializada y orientada a posibilitar el máximo desarrollo de las propias capacidades —concebida en el documento como “habilitación y rehabilitación”— no solo en el ámbito sanitario, sino también en el de la educación. Sin embargo,

en España se ha advertido desde el ámbito académico y profesional de que la heterogeneidad e inespecificidad de los planes de implementación a nivel autonómico podrían estar dificultando el ajuste de las respuestas a las necesidades específicas del alumnado. Los discursos de familias y profesionales ofrecen una visión concordante con estas preocupaciones (véase el capítulo introductorio). El análisis realizado en esta monografía ha permitido una valoración comprehensiva y basada en datos cuantitativos a nivel nacional de la materialización práctica de esta prestación de apoyos, así como de su alcance y de sus límites en términos de respuesta especializada y cobertura.

Aunque con visible variabilidad entre comunidades autónomas, el escenario desvelado es el de una escolarización mayoritaria en la modalidad de educación ordinaria, si bien alrededor de un tercio del alumnado con discapacidad entre 6 y 15 años en España estaba escolarizado en el momento de realización de la EDAD-2020 en aulas o centros de educación especial. La mayor parte de los/las menores —más del 70 %— asistía a centros educativos de titularidad pública, seguidos por los centros concertados (algo menos de un cuarto), siendo la presencia en centros de carácter privado muy escasa. Los datos reflejan que lo más habitual es contar con algún tipo de apoyo personalizado, si bien la cobertura de estos apoyos dista mucho de ser generalizada y percibida como suficiente. Cabe destacar, además, que porcentajes no insignificantes de los y las menores con discapacidad en España estaban escolarizados, según la EDAD-2020, en centros educativos ordinarios sin ningún tipo de apoyo. Es cierto que, en determinadas circunstancias, podría suponerse la posibilidad de desenvolverse en el día a día escolar exclusivamente con las ayudas técnicas que se pudieran precisar (a la audición, visión o movilidad). No obstante, los porcentajes muy elevados de ausencia de apoyo en algunas áreas (56 % en el caso de la audición) y la falta total de apoyos incluso en algunos casos de dificultades relacionales y de autonomía —que necesariamente han de tener un impacto en la capacidad de desenvolverse en igualdad de condiciones con los pares en un entorno educativo— sugieren carencias fundamentales en la atención a parte del alumnado.

De nuevo, se observan gradientes socioeconómicos en la recepción de apoyos, siendo la escolarización en centros ordinarios con apoyos más frecuente entre menores residentes en hogares con mayor capacidad económica. La escolarización en centros educativos sin apoyos, por otro lado, es más común entre quienes proceden de familias con un nivel educativo muy bajo. Asimismo, estas familias parecen tener menor poder de decisión a la hora de optar por una modalidad educativa u otra, siendo el porcentaje de casos en los que el tipo de escolarización viene determinado por la Administración significativamente mayor en estas familias que en las que cuentan con estudios de nivel intermedio o universitario. Es importante señalar que las familias con mayores ingresos y un nivel educativo elevado optan en menor medida por la escolarización en centros de titularidad pública. Esta elección podría ser indicativa de insuficiencia de recursos en los centros públicos; precisamente aquellos a los que accede en mayor medida el alumnado más vulnerable y con menor capacidad familiar para el acceso a otros recursos compensatorios, como las terapias fuera del horario escolar.

En línea con lo anterior, el análisis realizado a partir de los datos representativos de la EDAD-2020 desvela un panorama nacional de limitaciones importantes en la provi-

sión de adaptaciones y apoyos en el ámbito educativo para los niños, las niñas y los/ las adolescentes con discapacidad. Solo una proporción muy reducida (ligeramente superior a un cuarto) del conjunto de este alumnado ha tenido acceso a algún tipo de adaptación física del aula, de las instalaciones, del mobiliario o de los dispositivos utilizados en el centro educativo. Resulta de nuevo muy llamativo que, incluso en el caso de las dificultades de movilidad o las relativas a la visión, que suelen precisar algún tipo de adaptación de esta índole, las cifras de recepción de adaptaciones ni siquiera alcancen el 50 %. De nuevo, el alumnado más afectado por la falta de adaptaciones es el procedente de familias con un nivel educativo muy bajo, lo que hace pensar en posibles dificultades tanto para identificar necesidades —en este grupo es más probable declarar que las adaptaciones no han sido necesarias— como para solicitar adaptaciones con éxito. Los apoyos educativos, las adaptaciones curriculares y otros recursos para la inclusión, más allá de la mera adaptación de los entornos y dispositivos, tampoco se ofrecen de forma generalizada; por el contrario, prácticamente la mitad del alumnado con discapacidad entre 6 y 15 años se encontraba en el momento de la encuesta sin acceso considerado suficiente o sin acceso en absoluto a este tipo de recursos. Como sucedía en el caso de las ayudas técnicas, el apoyo personal o la supervisión, la discapacidad visual y la discapacidad auditiva destacan por concentrar porcentajes relativamente mayores —en comparación a otros tipos de discapacidad— de ausencia total de apoyos o de insatisfacción con los accesibles. Este es un hallazgo preocupante, dada la fundamental importancia de las capacidades sensoriales para el funcionamiento cotidiano, el aprendizaje y la participación social de las personas, y que requiere más investigación.

Una vez más, emergen diferenciales de índole educativa y económica, semejantes a los ya referidos, en el acceso a los recursos. La residencia en un hogar en el que alguno de sus miembros ha completado estudios superiores parece garantizar un acceso relativamente frecuente a los apoyos, pero también se asocia con una menor satisfacción familiar con ellos. Al mismo tiempo, los niños, las niñas y los adolescentes que residen en familias con un nivel educativo muy bajo estarían recibiendo en buena medida apoyos considerados suficientes por la familia. Este resultado podría derivarse, en parte, de una priorización de los/las menores más vulnerables en la distribución de recursos, como también respalda el hecho de que quienes proceden de familias con bajos ingresos muestren menor propensión a la ausencia de apoyos considerados necesarios. Sin embargo, también podría asociarse a una menor capacidad familiar para identificar necesidades o carencias, en vista de otros hallazgos en la misma dirección y de que es más frecuente en estos hogares que el/la menor no reciba apoyos por no considerarse necesarios. La capacidad económica familiar, una vez más, parece ser garante de recursos; así, entre aquellos/as menores residentes en familias en el tramo de ingresos más alto no se identifican casos de ausencia total de apoyo educativo considerado necesario.

Es importante destacar que la percepción de suficiencia de apoyos es más frecuente en la modalidad de educación especial que en la correspondiente a escolarización en centros educativos ordinarios, lo cual pone sobre la mesa la cuestión del grado de avance real hacia la educación inclusiva en centros ordinarios auspiciada a nivel normativo, así como la de la cantidad y calidad de los recursos puestos en marcha para este fin. Por otro lado, ninguna de las dos modalidades de escolarización parece

ajustarse plenamente a las necesidades del alumnado que acoge, en vista de que la ausencia o insuficiencia de apoyos en educación especial alcanzaría, según la EDAD-2020, a un tercio de los/las menores escolarizados/as en esta modalidad educativa. Cabe subrayar también que la conformidad con los apoyos recibidos es mayor en el caso de las discapacidades más visibles —la motora y la relativa a la autonomía—, que podrían estar recibiendo mayores recursos que aquellas necesidades más difíciles de percibir o de detectar en toda su magnitud, como puedan ser las relacionadas con la capacidad sensorial, las relaciones o el aprendizaje. Al escenario de limitaciones en los apoyos se suman las sugeridas por cifras relativamente elevadas (próximas al 40 %) de discriminación en los centros escolares, así como también la incidencia del acoso escolar (20 %), situaciones particularmente frecuentes durante la educación secundaria.

En resumen, se puede concluir que los apoyos prestados en el ámbito educativo a la infancia con discapacidad en España no alcanzan una cobertura suficiente y acorde a los objetivos de inclusión, participación social, igualdad de oportunidades y protección de derechos formulados en distintos desarrollos normativos. Esta situación es, de nuevo, especialmente preocupante en relación con los/ las menores que ya parten de situaciones de desventaja social, cuyas opciones quedan restringidas a las proporcionadas por los centros públicos, y que tampoco cuentan con facilidad de acceso a intervenciones terapéuticas que optimicen y refuercen su desarrollo fuera del entorno educativo. A tenor de los resultados obtenidos, este grupo particularmente vulnerable dentro del conjunto de la infancia con discapacidad mostraría, además, una mayor propensión a ser dirigida al alguno de los dos extremos de la distribución de respuestas educativas: la escolarización en centros ordinarios sin apoyos o la escolarización en centros de educación especial.

En la monografía se ha analizado también el impacto de la discapacidad infantil y de las características del sistema de apoyos sobre el bienestar y la participación laboral de las personas cuidadoras principales; cuestiones que apenas han sido exploradas en el caso español, y menos aún desde una perspectiva cuantitativa basada en datos representativos. En primer lugar, se ha puesto de manifiesto —en línea con la considerable entidad de las necesidades detectada en el capítulo 1— que la atención que requiere la discapacidad infantil por parte de las personas cuidadoras principales es muy intensiva en tiempo (alrededor de 13 horas diarias en promedio, prestadas todos los días de la semana). Las personas que asumen esta intensidad de cuidados son, en la inmensa mayoría de casos, las madres, que experimentan dificultades tanto relativas a sus fuerzas físicas para atender ciertas necesidades, como respecto a la falta de conocimiento o guía especializados. Como consecuencia, y en línea con la evidencia disponible sobre otros países europeos, se observa un impacto negativo significativo sobre la salud y las posibilidades de descanso de quienes cuidan, especialmente en etapas más tardías de la infancia. La salud de la persona cuidadora principal experimenta, como es esperable, un deterioro mayor en casos de discapacidad grave, pero también cuando no se reciben apoyos ni adaptaciones en el centro educativo. Paradójicamente, aunque la dedicación temporal al cuidado es significativamente mayor entre las mujeres con un nivel educativo bajo, estas son menos propensas que el resto a percibir un deterioro de la propia salud.

La discapacidad infantil en España tiene también un impacto muy notable en la actividad laboral de las personas cuidadoras principales, propiciando que algo más de la mitad no participe en el mercado de trabajo. Entre quienes sí se encuentran laboralmente activas, cerca de la mitad han tenido que recurrir a la reducción de su jornada, siendo igualmente frecuentes la dificultad para cumplir horarios y las penalizaciones profesionales. Todos estos hallazgos son sugerentes de dificultades importantes de conciliación de las necesidades de cuidado con las exigencias derivadas del empleo, y se dan con mayor frecuencia cuando la discapacidad es grave. La recepción de apoyos terapéuticos o escolares recibidos también parece incidir en alguna medida en las posibilidades de arraigo laboral de la persona cuidadora principal. El uso de servicios de AT por parte del niño o de la niña se asocia con menor participación en el mercado de trabajo, incluso teniendo en cuenta el número de horas de cuidado y la gravedad y alcance de la discapacidad, lo que apunta a la existencia de dificultades de conciliación relacionadas con la asistencia a estos servicios.

Las dificultades para la participación laboral descritas contribuyen a la muy considerable vulnerabilidad económica a la que se enfrentan las familias con menores con discapacidad en España. Las cifras de la EDAD-2020 esbozan un llamativo escenario de bajos o muy bajos ingresos familiares. Según esta fuente, en 2020 casi un 71 % de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad estaría viviendo en hogares con ingresos netos mensuales inferiores a 2.000 euros. Al mismo tiempo la discapacidad infantil comporta un coste añadido considerable para las familias —en promedio, algo más de 2.300 euros mensuales, pero no debe obviarse que en muchos casos la cuantía es notablemente superior— asociado a productos y servicios de apoyo que deben costear ellas mismas. Las familias más vulnerables no parecen estar teniendo suficiente acceso a las prestaciones económicas que pueden ayudar a afrontar, al menos en parte, dichos costes —como se ha expuesto en el análisis, son las familias con estudios universitarios quienes acceden en mayor medida a este tipo de prestaciones, probablemente por contar con mayor conocimiento y medios para solicitarlas, como sucede en el caso de otras medidas y recursos.

En resumen, el principal aprendizaje extraído del análisis cuantitativo a nivel nacional llevado a cabo en esta monografía es que la infancia con discapacidad en España se encuentra en una situación generalmente muy vulnerable, presentando en la mayor parte de los casos necesidades de entidad considerable que solo se ven atendidas muy parcialmente desde las instituciones públicas e incluso privadas. La principal aportación de este trabajo ha sido, precisamente, arrojar luz sobre las limitaciones en la cobertura de necesidades relacionadas con la salud y el desarrollo físico, mental y emocional, con la igualdad de oportunidades y la garantía del derecho a la educación en condiciones de equidad en el ámbito escolar, y con el bienestar y la situación laboral y económica de las familias en su conjunto, y especialmente de quienes proporcionan la mayor parte de los cuidados. En este contexto, resulta acuciante la consideración específica de las necesidades de los/las menores con discapacidad en el marco de las políticas de infancia, educativas, de abordaje de la pobreza infantil y de conciliación que se vienen desarrollando en los últimos años. Los datos evidencian de forma contundente que la igualdad de oportunidades que se debe salvaguardar en cumplimiento de los derechos de la infancia —y, en último término, de los derechos humanos fundamentales— no puede darse por supuesta en el escenario actual. A tenor de

la evidencia analizada, en su mayor parte procedente de una fuente de datos estadísticos de elevada calidad y con representatividad a nivel nacional, una proporción sustantiva de la infancia con discapacidad en España no tiene cubiertas todas sus necesidades de salud, educativas y de desarrollo. El debate público sobre la infancia con discapacidad transcurre, como es lógico, en torno a la inclusión y la participación social como objetivos fundamentales y principios rectores, pero difícilmente pueden garantizarse estos valores cuando la atención a otras necesidades absolutamente básicas —relacionadas con la salud y con las oportunidades de desarrollo y educativas— resulta insuficiente y existe una situación de notable desventaja con respecto a los/las menores sin discapacidad. Como el análisis ha puesto de manifiesto, además, resulta especialmente urgente abordar la situación especialmente desprotegida de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad que viven en hogares ya vulnerables por otros motivos de índole socioeconómica.

A nivel tanto institucional como académico, no se puede olvidar la importancia, por último, de la generación frecuente y exhaustiva de datos que permitan conocer bien la realidad y las necesidades de estos/as menores y sus familias. La encuesta del Instituto Nacional de Estadística de la que se ha extraído el grueso de la evidencia empírica para esta investigación, la EDAD-2020, constituye una valiosa fuente que ha permitido trascender las limitaciones de estudios previos basados en muestras reducidas, no representativas, de carácter cualitativo o restringidas al ámbito municipal y regional. Gracias a estos datos ha sido posible realizar un análisis sistemático y representativo a nivel nacional de la entidad y el alcance de las necesidades de apoyo asociadas a la discapacidad infantil en España, de su atención a través de recursos de apoyo personal, servicios de intervención terapéutica, medidas de atención educativa y dedicación familiar, y del impacto que tienen sobre la vida cotidiana de las personas cuidadoras principales.

Sin embargo, algunos aspectos más detallados sobre las características de los recursos mencionados, la manera exacta en la que se materializan, y las dificultades que se encuentran en el día a día quedaban fuera del alcance de la encuesta mencionada. Si bien se realizó inicialmente un esfuerzo por explorarlos a través de una encuesta de conveniencia de elaboración propia, finalmente esta solo ha podido utilizarse de forma limitada y a título ilustrativo debido al muy exiguo tamaño muestral, fruto de las dificultades de reclutamiento y fidelización de una población minoritaria y con muy escasa disponibilidad de tiempo, la de las/los progenitores cuidadores de los niños, las niñas y los/las adolescentes con discapacidad. Las características específicas de la información relativa a esta población infantil —que comprende, entre otros, datos relativos a la salud de esta— obliga a extremar las precauciones en la recogida y el almacenamiento de datos, además de al consentimiento informado firmado por parte de cada progenitor. Estos factores complican adicionalmente las recogidas de datos a pequeña escala y ponen de manifiesto la necesidad de que los organismos públicos garanticen la compilación regular de información sobre esta población dentro de las principales infraestructuras de datos dedicadas a la infancia. En el momento actual, existe un importante desequilibrio respecto a las posibilidades de análisis de las condiciones de vida y necesidades de la infancia con y sin discapacidad que debe corregirse con vistas al diseño de medidas que tengan en cuenta las necesidades de toda la población infantil, sin excepción.

A este respecto, es aconsejable impulsar recogidas regulares de datos representativos, poblacionales y a gran escala que contemplen las necesidades y características particulares del colectivo. Por un lado, aportaría información muy útil la inclusión de ítems específicos sobre discapacidad infantil en fuentes que habitualmente proporcionan datos sobre familia, infancia y hogares en España, como puedan ser distintas encuestas familiares, la Encuesta de Fecundidad, la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Condiciones de Vida, la Encuesta de Población Activa, o los propios censos de población. Lo mismo debería tenerse en cuenta cuando se realicen estudios de cohorte sobre infancia, sea a menor o a mayor escala.

Por otro lado, las Encuestas de Discapacidad, Autonomía Personal, y Situaciones de Dependencia del Instituto Nacional de Estadística ofrecen un marco particularmente valioso para profundizar en las condiciones de vida cotidiana y la recepción de diferentes tipos de apoyo por parte del colectivo. Una vía potencialmente fructífera sería el desarrollo futuro de un cuestionario específico para toda la infancia, ya que el actual diseño del cuestionario de discapacidad en hogares, orientado fundamentalmente a las características y necesidades de la población adulta, no deja espacio para recoger en detalle dimensiones fundamentales para la infancia. Entre las cuestiones que deberían poder estudiarse con mayor granularidad se encuentran los procesos conducentes al diagnóstico y a la recepción de apoyos a distintas edades; la naturaleza, cantidad, intensidad, lugar de prestación y grado de especialización de estos apoyos; la evolución del desarrollo y la atención a la salud a lo largo de la infancia; la calidad de vida infantil y familiar, incluyendo el ocio; y el apoyo personal, logístico, y social que reciben o no estos niños, niñas y adolescentes. Este conocimiento es fundamental para detectar exactamente dónde persisten carencias en la atención y facilitar un abordaje eficaz. La importancia de las condiciones de vida en la infancia para las perspectivas futuras amerita esta atención más focalizada respecto a esta etapa del curso de vida.

Asimismo, la consideración explícita de la discapacidad en el diseño de las políticas públicas y en las fuentes de datos generales sobre infancia tendría también un valor y un impacto fundamental en otro sentido: evitaría confinar la atención a los/las menores con discapacidad a espacios y debates diferenciados y que a menudo solo se dirigen a las familias directamente afectadas, con lo que quedan fuera de las agendas públicas, sociales y académicas principales. Las bases para una sociedad inclusiva empiezan a establecerse en el nivel cognitivo, de percepción y de análisis, por lo que la inclusión difícilmente podrá consolidarse como un fenómeno natural en la sociedad si desde las propias entidades generadoras de conocimiento o desde las instituciones públicas se relega a la infancia con discapacidad a espacios de análisis y discusión estancos y segregados. Esta cuestión entronca con otra fundamental: la frecuente concepción, en el diseño de fuentes de datos públicas y en los debates sociales y de investigación, de la dependencia y la discapacidad como fenómenos focalizados en la población mayor de 65 años. Las cifras presentadas en este estudio muestran que, lejos de tratarse de un fenómeno excepcional y acotado a problemáticas muy concretas, la discapacidad infantil afecta a un número considerable de niños, niñas y adolescentes que pueden presentar un amplio abanico de dificultades muy específicas y de gravedad variable, pero en general sustantivas. Esto implica que una parte no

despreciable del conjunto de la infancia en España se encuentra en una situación de particular desventaja, requiriendo de respuestas políticas e institucionales ajustadas y ágiles para su bienestar. El diseño de estas medidas difícilmente podrá llevarse a cabo de forma eficaz si no es en un contexto de suficiente disponibilidad de datos y conocimiento científico, de preferencia inter y multidisciplinar.



## BIBLIOGRAFÍA

ALLARD, A., FELLOWES, A., SHILLING, V., JANSSENS, A., BERESFORD, B., y MORRIS, C. (2014). Key health outcomes for children and young people with neurodisability: Qualitative research with young people and parents. *BMJ open*, 4(4), e004611.

BAGUR, S., ROSSELLÓ-RAMON, M. R., PAZ-LOURIDO, B., y VERGER, S. (2024). Responses to the needs of families with children with disabilities in Spain: The voices of families and professionals. *Acta Psychologica*, 248, 104383.

BALBO, N., y BOLANO, D. (2024). Child disability as a family issue: a study on mothers' and fathers' health in Italy. *European Journal of Public Health*, 34(1), 79-84.

BELLO-ÁLVAREZ, L. M., FERNÁNDEZ-FÉLIX, B. M., ALLOTEY, J., THANGARATINAM, S., y ZAMORA, J. (2025). Effects of maternal education on maternal and perinatal outcomes: An individual participant data meta-analysis of 2 356 402 pregnancies. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

BERMEJO, I. y ALONSO, S. (2023). *La atención temprana en España. Información autonómica 2023*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Profesionales de atención temprana (GAT).

BESCÓS, FRANCISCO. (2020). *Las manos cerradas. Ser padre de una niña con parálisis cerebral en su primera infancia*. Sílex Ediciones.

BLACKBURN, C. M., SPENCER, N. J., y READ, J. M. (2010). Prevalence of childhood disability and the characteristics and circumstances of disabled children in the UK: Secondary analysis of the Family Resources Survey. *BMC pediatrics*, 10(1), 21.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2006a). BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2006b). BOE núm. 106, de 04 de mayo de 2006. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2008). BOE núm. 96 del lunes 21 de abril de 2008. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2013). BOE núm. 295, de 10 de diciembre de 2013. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2020). BOE núm. 340, de 30 de diciembre de 2020. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.

BONET, R., CRUZ, C., KRANZ, D. F., y JUSTO, R. (2013). Temporary contracts and work-family balance in a dual labor market. *ILR Review*, 66(1), 55-87.

BOOTH, T., SIMÓN, C., SANDOVAL, M., ECHEITA, G., y MUÑOZ, Y. (2015). *Guía para la Educación Inclusiva. Promoviendo el Aprendizaje y la Participación en las Escuelas*: Nueva Edición

Revisada y Ampliada. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 13(3), 5-19.

BORISOVA, E. (2023). Reproducción asistida en España: Indicadores, impacto y contexto sociodemográfico. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Centre d'Estudis Demogràfics.

BOURKE-TAYLOR, H., HOWIE, L., y LAW, M. (2010). Impact of caring for a school-aged child with a disability: Understanding mothers' perspectives. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(2), 127-136.

BRANDT, J. S., CRUZ ITHIER, M. A., ROSEN, T., y ASHKINADZE, E. (2019). Advanced paternal age, infertility, and reproductive risks: a review of the literature. *Prenatal Diagnosis*, 39(2), 81-87.

BREKKE, I., y ALECU, A. (2023). The health of mothers caring for a child with a disability: A longitudinal study. *BMC Women's Health*, 23(1), 639.

BREKKE, I., ALECU, A., UGREINOV, E., SURÉN, P., y EVENSEN, M. (2023). Educational achievement among children with a disability: Do parental resources compensate for disadvantage? *SSM-Population Health*, 23, 101465.

BROWN, T. J., y CLARK, C. (2017, December). Employed parents of children with disabilities and work family life balance: A literature review. In *Child & Youth Care Forum* (Vol. 46, No. 6, pp. 857-876). New York: Springer US.

BRUGUÉ, J. C. (2015). ¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 46(2), 79-97.

BUENO, X., y GARCÍA-ROMÁN, J. (2021). Rethinking Couples' Fertility in Spain: Do Partners' Relative Education, Employment, and Job Stability Matter? *European Sociological Review*, 37(4), 571-587.

BURÓN, J. A. V. (2021). La atención educativa a la diversidad en la LOMLOE: Avanzando hacia una inclusión positiva. *DYLE: Dirección y liderazgo educativo*, (10), 16-21.

BYERS, E., VALLIERE, F. R., y HOUTROW, A. J. (Eds.). (2018). *Opportunities for improving programs and services for children with disabilities*. Washington: The National Academies Press.

CAICEDO, C. (2014). Families with special needs children: Family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(6), 398-407.

JEMES, I. C. J., ROMERO-GALISTEO, R. P., LABAJOS M. T., y MORENO, N. (2019, May). Evaluación de la calidad de servicio en atención temprana: revisión sistemática. In *Anales de Pediatría* (Vol. 90, No. 5, pp. 301-309). Elsevier Doyma.

CANTERO-GARLITO, P. A., MORUNO-MIRALLES, P., y FLORES-MARTOS, J. A. (2020). Mothers who take care of children with disabilities in rural areas of a Spanish region. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2920.

CÁRDENAS, N. (2019). Atención temprana en el niño sordo, modelos y propuestas de intervención. *REVLES: Revista de Estudios de Lenguas de Signos*, 1, 238-268.

CASADO, F., MARTÍNEZ-LORCA, M., CRIADO-ÁLVAREZ, J. J., y MARTÍNEZ-LORCA, A. (2023). Análisis del impacto emocional en familias con hijos/as con un diagnóstico de discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 11(2), 135-148.

CASÁS, P., y TUCAT, P. (2024). *Estudio sobre el funcionamiento y mejora de los estándares de calidad en los servicios de atención temprana en España*. Centro Español de Documentación e Investigación sobre Discapacidad (CEDID). Real Patronato sobre Discapacidad.

CAVAZOS-REHG, P. A., KRAUSS, M. J., SPITZNAGEL, E. L., BOMMARITO, K., MADDEN, T., OLSEN, M. A., ... y BIERUT, L. J. (2015). Maternal age and risk of labor and delivery complications. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1202-1211.

CHAMBERS, H. G., y CHAMBERS, J. A. (2015). Effects of caregiving on the families of children and adults with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 26(1), 1-19.

CIEZA, A., KAMENOV, K., SANCHEZ, M. G., CHATTERJI, S., BALASEGARAM, M., LINCETTO, O., ... y ROSS, D. A. (2021). Disability in children and adolescents must be integrated into the global health agenda. *bmj*, 372.

CIONI, G., INGUAGGIATO, E., y SGANDURRA, G. (2016). Early intervention in neurodevelopmental disorders: Underlying neural mechanisms. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58, 61-66.

CLOÏN, M., KEUZENKAMP, S., y PLANTENGA, J. (2011). A matter of culture and cost? A comparison of the employment decisions made by mothers with a lower, intermediate and higher level of education in the Netherlands. *Work, Employment and Society*, 25(3), 468-486.

CONSUEGRA, A. A., y BENNASAR, F. N. (2019). Análisis de las necesidades de información que presentan los docentes respecto a la atención educativa del alumnado con enfermedades raras. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(1).

CORREA-DE-ARAUJO, R., y YOON, S. S. (2021). Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. *Journal of Women's Health*, 30(2), 160-167.

CORTÉS, M. P., y GÓMEZ, M. (2020). Equipos de orientación educativa y psicopedagógica y la atención a la diversidad. *Pediatría Integral*, 326-333.

CURRIE, J., y ROSSIN-SLATER, M. (2015). Early-life origins of life-cycle well-being: Research and policy implications. *Journal of policy Analysis and Management*, 34(1), 208-242.

DEL TORO, V., y MORENO, E. S. (2020). Introducción del Modelo Centrado en Familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar. Introduction family-centered model in Spain from a perspective from the life family quality. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 9-21.

DÍAZ VELÁZQUEZ, E. (2023). ¿Los centros educativos ordinarios favorecen la inclusión del alumnado con necesidades educativas especiales? Una aproximación preliminar a partir de las visiones de las familias del alumnado. *Alimara*. Col·lecció IMAS. Innovació i Metodologia en Afers Socials. Col·lecció Actes 1/2023. Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social. ISSN: 2659-5273.

DI REZZE, BRIANO, ET AL. (2014). Therapy behaviours in paediatric rehabilitation: Essential attributes for intervention with children with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 36.1, 16-22.

DOMINGO, L. (2021). *La inclusión educativa en España desde la voz del profesorado*. Universidad de Granada. Tesis doctoral.

ECHTEITA, G. (2017). Educación inclusiva. Sonrisas y lágrimas. *Aula abierta*, 46(2), 17-24.

EJIRI, K., y MATSUZAWA, A. (2019). Factors associated with employment of mothers caring for children with intellectual disabilities. *International Journal of Developmental Disabilities*, 65(4), 239-247.

ESCORCIA, C. T., CAÑADAS, M., MARTÍNEZ, G., y GARCÍA, P. (2021). Fases y pasos en la implementación de prácticas recomendadas en atención temprana. *Siglo Cero*, 52(3), 37-57.

FERNÁNDEZ, S. M. L., SOTO, R. H., GARCÍA, D. M. P., y ORTEGA, M. G. (2022). Competencias asociadas a la Atención a la diversidad y la inclusión: perspectiva del profesorado de Educación Infantil. *ReiDoCrea: Revista Electrónica de Investigación y Docencia Creativa*, 11, 58-72.

FUNES, S. (2020). ¿Es todo el alumnado incluíble en un modelo único de educación inclusiva? *Revista Digital de la Asociación CONVIVES*. Marzo 2020.

GARCÍA FAROLDI, L. (2023). ¿Cómo conciliar la vida familiar y laboral fuera del horario escolar? Demandas de las parejas españolas de doble ingreso con hijos. *Revista CENTRA de Ciencias Sociales*, 83-102.

GARCÍA GRAU, P., MORALES MURILLO, C. P., MARTÍNEZ RICO, G., CAÑADAS, M., y ESCORCIA, C. T. (2022). Enfoques, prácticas recomendadas, modelos y procedimientos en atención temprana centrados en la familia. *Siglo Cero*, 53(4), 131-148.

GEDDES-BARTON, D., BALDELLI, S., KARTHIKAPPALLIL, R., BENTLEY, T., OMORODION, B., THOMPSON, L., ... y RAMAKRISHNAN, R. (2025). Association between socioeconomic disadvantage and severe maternal morbidity and mortality in high-income countries: A systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 79(3), 207-215.

GOISIS, A., FALLESEN, P., SEIZ, M., SALAZAR, L., EREMENKO, T., y COZZANI, M. (2024). Educational gradients in the prevalence of medically assisted reproduction births in a comparative perspective. *Fertility and Sterility*, 122(4), 648-657.

GÓMEZ-COTILLA, R., ÁNGELES LÓPEZ, M., y VALERO-AGUAYO, L. (2024). Efficacy of early intervention programmes: Systematic review and meta-analysis. *Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación*, 30(1), 1-10.

GÓMEZ HURTADO, I., y MOYA, A. (2017). Percepciones de las familias del alumnado con necesidades educativas especiales sobre la inclusión escolar en la educación primaria. En A. RODRÍGUEZ-MARTÍN (Ed.), *Prácticas Innovadoras inclusivas: retos y oportunidades*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

GÓMEZ SILVA, G. G., CAROLLO, M., ABELAIRAS, C., SÁNCHEZ SANTOS, L., GARCÍA DOVAL, F. M., y RODRÍGUEZ NÚÑEZ, A. (2020). Escolares con enfermedades crónicas, ¿qué les preocupa a sus profesores? *Anales de Pediatría*, 93(6), 374-379. Elsevier Doyma.

GRIGORENKO, E. L. (2017). Brain development: The effect of interventions on children and adolescents. En D.A.P. Bundy (ed). *Disease Control Priorities, Third Edition 8. Child and Adolescent Health and Development*. Washington: World Bank Group.

GONZÁLEZ, M. J. y JURADO, T. (eds.). 2015. *Padres y madres corresponsables. Una utopía real*. Madrid: Catarata.

GONZALEZ-GIL, F., MARTÍN-PASTOR, E., y POY CASTRO, R. (2017). Educación inclusiva: barreras y facilitadores para su desarrollo. Análisis de la percepción del profesorado. *Profesorado: Revista de curriculum y formación del profesorado*, 23(1), 243-263.

GRUPO TÉCNICO DE ATENCIÓN TEMPRANA. (2025). Consenso estatal para la mejora de la atención temprana. Despliegue de la hoja de ruta: objetivos, medidas y estándares generales de calidad. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

HEBBELER, K., y SPIKER, D. (2016). Supporting young children with disabilities. *The Future of Children*, 185-205.

HERON-FLORES, M., GIL-MADRONA, P., y SÁEZ-SÁNCHEZ, M. B. (2018). Contribución de la terapia psicomotriz al progreso de niños con discapacidades. *Rev. Fac. Med*, 66(1), 75-81.

HERAS, B., GOBERNADO, G., MORA, P., y ALMARAZ, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstétrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de Obstetricia y ginecología*, 54(11), 575-580.

HUETE, A. (2017). Las personas con discapacidad en la escuela. Luces y sombras del proceso de inclusión educativa en España. *Panorama Social*, 93.

HUETE, A., OTAOLA BARRANQUERO, M. D. P., y MANSO GÓMEZ, C. (2019). Inclusiva sí, especial también: ¿revolución o resistencia? El ciberdebate sobre el cierre de los Centros de Educación Especial en España. *Siglo Cero*, 50(4), nº 272, 2019, octubre-diciembre, 75-98.

IDRING, S., MAGNUSSON, C., LUNDBERG, M., EK, M., RAI, D., SVENSSON, A. C., ... y LEE, B. K. (2014). Parental age and the risk of autism spectrum disorders: Findings from a Swedish population-based cohort. *International Journal of Epidemiology*, 43(1), 107-115.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, INE. (2020). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2020, Encuesta dirigida a hogares (resultados obtenidos a partir de la herramienta web y de los microdatos).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, INE. (2022). Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia 2020 (EDAD 2020). Metodología.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, INE. (2024) Cifras de Población. Resultados. Series detalladas desde 2002. Resultados nacionales. Población residente por fecha, sexo y edad. Consulta de cifras correspondientes a julio de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, INE (2025). Mujeres y hombres en España. Salarios, ingresos, cohesión social (actualizado 18 de marzo 2025). Renta anual neta media por hogar, persona y unidad de consumo por tipo de hogar. [https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10942#\\_tabs-tabla](https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10942#_tabs-tabla)

JIMÉNEZ, A., ARIAS, M., y HUETE, A. (2019). Alumnado con discapacidad y educación inclusiva en España. Observatorio Estatal de la Discapacidad.

JOHNSTON, M. V. (2009). Plasticity in the developing brain: Implications for rehabilitation. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15(2), 94-101.

KABASAKAL, E., ÖZCEBE, H., y ARSLAN, U. E. (2020). Eating disorders and needs of disabled children at primary school. *Child: Care, Health and Development*, 46(5), 637-643.

KAUFMAN, J. N., LAHEY, S., y SLOMINE, B. S. (2017). Pediatric rehabilitation psychology: Rehabilitating a moving target. *Rehabilitation Psychology*, 62(3), 223.

KERBL, R., SPERL, W., STRASSBURG, H. M., PETTOELLO-MANTOVANI, M., & EHRLICH, J. (2016). Overview of habilitation and rehabilitation for children and adolescents in Europe. *The Journal of Pediatrics*, 172, 233-235.

KERN-GOLDBERGER, A. R., MADDEN, N., BAPTISTE, C. D., FRIEDMAN, A. M., y GYAMFI-BANNERMAN, C. (2022). Disparities in obstetric morbidity by maternal level of education. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(24), 4682-4686.

KLEIN, A., ET AL. Nutritional care for children with feeding difficulties and disabilities: A scoping review. *PLOS GlobPublicHealth*, 3(3), e0001130." 2023.

KOLB, B., y GIBB, R. (2011). Brain plasticity and behaviour in the developing brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 265.

KUPER, H., MONTEATH-VAN DOK, A., WING, K., DANQUAH, L., EVANS, J., ZUURMOND, M., y GALLINETTI, J. (2014). The impact of disability on the lives of children; cross-sectional data including 8,900 children with disabilities and 898,834 children without disabilities across 30 countries. *PloS one*, 9(9), e107300.

LEE, M. H., PARK, C., MATTHEWS, A. K., y HSIEH, K. (2017). Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(4), 565-570.

LEÓN-CAMPOS, Á., GARCÍA-MAYOR, S., MARTÍ-GARCÍA, C., MORILLA-HERRERA, J. C., MORALES-ASENCIO, J. M., LUPÍÁÑEZ-PÉREZ, I., ... y CUEVAS FERNANDEZ-GALLEGU, M. (2023). Quality of life, physical and mental health, and economic evaluation of family caregivers of chronic dependent children: INFAPRINT cohort study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5081.

LICHTENSTEIN, P., TIDEMAN, M., SULLIVAN, P. F., SERLACHIUS, E., LARSSON, H., KUJA-HALKOLA, R., y BUTWICKA, A. (2022). Familial risk and heritability of intellectual disability: A population-based cohort study in Sweden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(9), 1092-1102.

LIMA-RODRÍGUEZ, J. S., BAENA-ARIZA, M. T., DOMÍNGUEZ-SÁNCHEZ, I., y LIMA-SERRANO, M. (2018). Discapacidad intelectual en niños y adolescentes: influencia en la familia y la salud familiar. Revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 28(2), 89-102.

LÓPEZ-TORRIJO, M. (2014). Inclusión educativa de alumnos con discapacidades graves y permanentes. Análisis de un modelo: la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Educación Comparada*, 24, 223-245.

LÓPEZ, S., LÓPEZ-LARROSA, S., y PERALBO, M. (2015). Esperando un diagnóstico: experiencias de padres de niños con sospecha de discapacidad. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 108-111.

LÓPEZ, C. G., ESCUDERO, M. B., MONTES, I. M. C., y PÉREZ, I. D. (2019). Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 20-30.

MALO, M. A., PAGÁN, R., y RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, V. (2024). *Las personas con discapacidad en España: actividad, empleo y calidad de vida*. Madrid: Funcas.

MARQUIS, S., HAYES, M. V., y MCGRIL, K. (2019). Factors affecting the health of caregivers of children who have an intellectual/developmental disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 16(3), 201-216.

MARTÍN, Á. B., MAGANTO, M. M., DE LA MORENA, A. D. P., y BEDIA, R. C. (2017). Intervención psicoeducativa en alumnos con trastornos del espectro del autismo en educación primaria. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 5(2), 87-110.

MARTÍNEZ BUJÁN, R. (2019). Cuidados con 'sentido común': desafíos, vacíos y contradicciones. *Investigaciones Regionales*, 44, 111-124.

MARTÍNEZ-TUR, V., DE LA MANO-RODERO, P., ESTREDEY-ORTI, Y., FLOX-FLOX, A., DÍAZ-BRAZAL, M., DÍAZ-SÁNCHEZ, C., y GIL-ARDILA, B. (2023). La transformación organizacional en los servicios de atención temprana en Castilla-La Mancha: hacia un enfoque centrado en la familia. *Siglo Cero*, 54(1), 89-113.

MASEFIELD, S. C., PRADY, S. L., SHELDON, T. A., SMALL, N., JARVIS, S., y PICKETT, K. E. (2020). The caregiver health effects of caring for young children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 24(5), 561-574.

MCCONNELL, D., SAVAGE, A., BREITKREUZ, R., y SOBSEY, D. (2016). Sustainable family care for children with disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 25(2), 530-544.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES, CONSUMO y AGENDA 2030 (2025). Derechos Sociales pone 42 millones de euros a disposición de los gobiernos autonómicos para mejorar la atención temprana. Martes, 17 de junio de 2025, <https://www.dsca.gob.es/es/comunicacion/notas-prensa/derechos-sociales-pone-42-millones-euros-disposicion-gobiernos>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL y DEPORTES. (2025). Enseñanzas no universitarias. Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. <https://www.educacionfpydeportes.gob.es/servicios-al-ciudadano/estadisticas/no-universitaria/alumnado/apoyo.html>

MOLINER, O., SALES, A., COTRINA, M. J., y GARCÍA, M. (2023). Escuela y comunidad: factores y recursos que favorecen la inclusión educativa del alumnado con enfermedades raras. *Educatio Siglo XXI*, 41(3), 171-192.

MONCALVILLO, Y. T., MENDOZA, S. M., FARIÑA, M. D., HENAREJOS, M. S., y GONZÁLEZ, M. C. (2009). Abordaje de las disfunciones orofaciales en alumnos con discapacidad motora y necesidades educativas especiales, siguiendo un modelo de intervención transdisciplinario. A propósito de un caso. *Fisioterapia*, 31(4), 163-173.

MONTAÑO, M. (2017). *El estado actual de las prácticas centradas en la familia en atención temprana desde la percepción y experiencia de las familias españolas*. Tesis doctoral. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

MORRIS, C., SIMKISS, D., BUSK, M., MORRIS, M., ALLARD, A., DENNESS, J., ... y COWAN, K. (2015). Setting research priorities to improve the health of children and young people with neurodisability: A British Academy of Childhood Disability-James Lind Alliance Research Priority Setting Partnership. *BMJ open*, 5(1), e006233.

MUÑOZ, J., MORENO, R. y MUÑOZ, I. (2024). *Informe de situación de la atención temprana*. Madrid: Plena Inclusión España.

MURIEL, V., ENSENYAT, A., GARCÍA-MOLINA, A., APARICIO-LÓPEZ, C., y ROIG-ROVIRA, T. (2014). Déficits cognitivos y abordajes terapéuticos en parálisis cerebral infantil. *Acción psicológica*, 11(1), 107-117.

NACIONES UNIDAS. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

NACIONES UNIDAS. (2016). Observación general núm. 4 sobre el derecho a la educación inclusiva. Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/CRPD/C/GC/4>

NIETO, I. (2021). Atención a la salud de niños con patologías crónicas en el entorno escolar. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba.

NÚÑEZ, M. (2019). El estancamiento de la inclusión educativa del alumnado con discapacidad. Revisión de su escolarización entre 1985 y 2015. *Revista de Educación Inclusiva*, 12(1), 67-96.

OBSERVATORIO ESTATAL DE LA DISCAPACIDAD. (2023). El despliegue de la Garantía Infantil en las niñas y niños con discapacidad: programa de acción. Informe de resultados. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

OJEDA, A. I., CASADO-MUÑOZ, R., y LEZCANO BARBERO, F. (2019). Los centros de recursos para la inclusión educativa en España: Un perfil de su desarrollo normativo. *Profesorado, Revista De Currículum y Formación del Profesorado*, 23(1), 37-59.

ORTMANN, V., y SCHNEIDER, S. L. (2016, December). Can we assess representativeness of cross-national surveys using the education variable?. In *Survey Research Methods* (Vol. 10, No. 3, pp. 189-210).

PARRISH, J., CHMIELEWSKA, N., y BENTLEY, K. (2025). The Importance of the Multidisciplinary Team and Social Support in Pediatric Rehabilitation: A Literature Review. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 13(1), 1-5.

PARSONS, S., y PLATT, L. (2013). Disability among young children: Prevalence, heterogeneity and socio-economic disadvantage. *CLS Working Paper*, 2013/11.

PASCUAL, M. Á., GARCÍA RODRÍGUEZ, M. S., y VÁZQUEZ-CANO, E. (2019). Atención a la diversidad e inclusión en España. *Sinéctica*, 53, 0-0.

PEARCE, A., MASON, K., FLEMING, K., TAYLOR-ROBINSON, D., y WHITEHEAD, M. (2020). Reducing inequities in health across the life-course: Early years, childhood and adolescence. World Health Organization. Regional Office for Europe.

PÉREZ GUTIÉRREZ, R., CASADO, R., y RODRÍGUEZ, M. J. (2021). Evolución del profesorado de apoyo hacia la educación inclusiva: una perspectiva legislativa autonómica en España. *Revista Complutense de Educación*.

PLENA INCLUSIÓN. (2025). ¿Qué hay después de la atención temprana? <https://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/recurso/que-hay-despues-de-la-atencion-temprana/>

POUSA, V., OLAZABAL, N., SESMA, E., FERNÁNDEZ-RIVAS, A., y GONZÁLES-TORRES, M. Á. (2015). De la incomunicación sensorial a la bienvenida al mundo: tratamiento con terapia de juego en un niño con sordera. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv*, 209-215.

PUERTO, M. S. C., y VÁZQUEZ, M. S. (2024). Neurodiversidad, discapacidad y enfoque social: una reflexión teórica y crítica. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 12(1), 213-222.

PUYUELO-ESTRADA, A., y GENTILE, A. (2025). La lucha contra la pobreza en España: implementación y desafíos del Ingreso Mínimo Vital. *Gestión y Análisis De Políticas Públicas*, (publicación anticipada).

REQUENA, M. (2022). Spain's persistent negative educational gradient in fertility. *European Journal of Population*, 38(1), 1-13.

REY, F. (2023). El significado de la educación inclusiva en España y su aplicación al problema de la existencia de "centros especiales" para el alumnado con discapacidad. *Revista Jurídica Digital UANDES*, 7(2), 98-126.

REYES-PARRA, P. A., CASTIBLANCO, A. N. M., RUIZ, A. A., y ANGARITA, M. Y. A. (2020). Educación inclusiva: Una revisión sistemática de investigaciones en estudiantes, docentes, familias e instituciones, y sus implicaciones para la orientación educativa. *REOP-Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 31(3), 86-108.

RODDY, Á. (2022). Income and conversion handicaps: estimating the impact of child chronic illness/disability on family income and the extra cost of child chronic illness/child disability in Ireland using a standard of living approach. *The European Journal of Health Economics*, 23(3), 467-483.

RODRÍGUEZ, A. A., MARTÍNEZ, Ó., AMAYRA, I., LÓPEZ-PAZ, J. F., AL-RASHAIDA, M., LÁZARO, E., ... y PASSI, N. (2021). Diseases costs and impact of the caring role on informal carers of children with neuromuscular disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2991.

ROGERO-GARCÍA, J., TOVAR, F. J., y TOBOSO, M. (2022). El nuevo discurso frente a la educación inclusiva en España | The new discourse against inclusive education in Spain. *Revista Española de Discapacidad*, 10(2), 35-52.

ROGERO-GARCÍA, J., MEIL, G., y ROMERO-BALSAS, P. (2025). Fathers caring in families with children with disabilities. In *Caring Fathers in the Global Context* (pp. 301-320). Policy Press.

ROGERS, M. L., y HOGAN, D. P. (2003). Family life with children with disabilities: The key role of rehabilitation. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 818-833.

ROMERO-BALSAS, P., ROGERO-GARCÍA, J., & MEIL, G. (2022). Permisos parentales no remunerados y escuelas infantiles. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 177, 111-125.

ROMERO-GALISTEO, R. P., GÁLVEZ-RUIZ, P., BELDA ORIOLA, J. C., y MILLÁ-ROMERO, M. G. E. (2015). Percepción de la calidad en Centros de atención temprana: resultados de un análisis comparativo. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 71-76.

RUIZ-BEJARANO, A. M. (2025). Discapacidades, inclusión y evaluación en el primer ciclo de Educación Infantil. Cuidando la calidad en la praxis socioeducativa. *European Public & Social Innovation Review*, 10, 1-19.

SANDOVAL, M., ÁLVAREZ-REMENTERÍA, ÁLVAREZ, M., y DARRETXE, L. (2022). La evolución de la escolarización del alumnado en Educación Especial en España: a 25 años de la Declaración de Salamanca. *Aula abierta*, 51(4), 385-394.

SANDOVAL, M., SIMÓN, C., y ECHEITA, G. (2012). Análisis y valoración crítica de las funciones del profesorado de apoyo desde la educación inclusiva. *Revista de Educación*. Nº extraordinario (2012), 117-137.

SAPIETS, S. J., HASTINGS, R. P., STANFORD, C., y TOTSIKA, V. (2023). Families' access to early intervention and supports for children with developmental disabilities. *Journal of Early Intervention*, 45(2), 103-121.

SAPIETS, S. J., TOTSIKA, V., y HASTINGS, R. P. (2021). Factors influencing access to early intervention for families of children with developmental disabilities: A narrative review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(3), 695-711.

SARGENT, B., HARBOURNE, R., MOREAU, N. G., SUKAL-MOULTON, T., TOVIN, M., CAMERON, J. L., ... y HEATHCOCK, J. (2022). Research summit V: optimizing transitions from infancy to early adulthood in children with neuromotor conditions. *Pediatric Physical Therapy*, 34(3), 411-417.

SCHERZER, A. L., CHHAGAN, M., KAUCHALI, S., y SUSSEER, E. (2012). Global perspective on early diagnosis and intervention for children with developmental delays and disabilities. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(12), 1079-1084.

SEBASTIÁN-HEREDERO, E. (2017). Competencias personales docentes para la educación inclusiva: una reflexión sobre lo que está ocurriendo en España. *Revista Educação Especial*, 30(59), 563-574.

SEIZ, M. (2023). Empleo y cuidado en familias españolas con situaciones de dependencia: dilemas, prácticas y costes. *Revista Internacional de Sociología*, 81(1), e225-e225.

SEIZ, M. (2025). *Familias que afrontan la discapacidad infantil. El desigual acceso a apoyos terapéuticos y educativos: impacto y experiencias*. Madrid: Funcas.

SEIZ, M. (2026). Educational differences in the impact of maternal age on perinatal health in Spain: A population-based study. *Vienna Yearbook of Population Research* 2026, 2026/04/01.

SEIZ, M., EREMENKO, T., y SALAZAR, L. (2023). Socioeconomic differences in access to and use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a context of increasing childlessness. *European Commission, Seville, JRC132097*.

SEIZ, M., LAPUERTA, I., MARTÍN-GARCÍA, T., MONFERRER, J., JURADO-GUERRERO, T., y GONZÁLEZ, M. J. (2016). The transition to parenthood in Spain: Adaptations to ideals. In *Couples' Transitions to Parenthood* (pp. 196-218). Edward Elgar Publishing.

SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD. (2018). Piden ampliar la atención temprana gratuita para niños con discapacidad. 19/11/2018, <https://sid-inico.usal.es/noticias/piden-ampliar-la-atencion-temprana-gratuita-para-ninos-con-discapacidad-2/>

SMITH, M., y BLAMIRE, J. (2022). Mothers' experience of having a child with cerebral palsy. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, 64-73.

SPENCER, N. J., BLACKBURN, C. M., y READ, J. M. (2015). Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: A systematic review and meta-analyses of observational studies. *BMJ open*, 5(9), e007062.

STABILE, M., y ALLIN, S. (2012). The economic costs of childhood disability. *The Future of Children*, 65-96.

STYCZEN, L. M., HELSETH, S., GROVEN, K. S., HAUGE, M. I., y DAHL-MICHELSSEN, T. (2024). Interprofessional collaboration for children with physical disabilities: A scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 1-17.

TADAMA, A. C., y VLASKAMP, C. (2010). The time and effort in taking care for children with profound intellectual and multiple disabilities: A study on care load and support. *British Journal of Learning Disabilities*, 38(1), 41-48.

TEJERINA, S. G., y ALLER, M. V. (2019). Organización de los servicios de orientación en educación infantil y primaria. *REOP-Revista Española De Orientación y Psicopedagogía*, 30(2), 89-107.

TERÁN, R. Á., FANLO, M. E., y MORENO, S. M. (2018). La enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. *Contextos educativos: Revista de Educación*, 22, 165-180.

TOBOSO, M., V. FERREIRA, M. A., DÍAZ, E., FERNÁNDEZ-CID, M., y VILLA, N. (2021). Sobre la educación inclusiva en España: políticas y prácticas. *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 14(2/2), 237-262.

TRABACCA, A., VESPINO, T., DI LIDDO, A., & RUSSO, L. (2016). Multidisciplinary rehabilitation for patients with cerebral palsy: Improving long-term care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 455-462.

VELDKAMP, S. A., ZONDERVAN-ZWIJNENBURG, M. A. J., VAN BERGEN, E., BARZEVA, S. A., TAMAYO-MARTINEZ, N., BECHT, A. I., ... y HARTMAN, C. (2021). Parental age in relation to offspring's neurodevelopment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(5), 632-644.

VERDUGO, M. Á., AMOR, A. M., FERNÁNDEZ, M., NAVAS, P., y CALVO, I. (2018). La regulación de la inclusión educativa del alumnado con discapacidad intelectual: una reforma pendiente. *Siglo Cero*, 49(2), 27-58.

VIDAL, M. I. (2025). La inclusión educativa en los centros de Educación Primaria: la voz del profesorado. *Siglo Cero*, 56(2), 31-47.

VINCK, J., y VAN LANCKER, W. (2020). An intersectional approach towards parental employment in families with a child with a disability: The case of Belgium. *Work, Employment and Society*, 34(2), 228-261.

VONNEILICH, N., LÜDECKE, D., & KOFAHL, C. (2016). The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. *Disability and Rehabilitation*, 38(8), 761-767.

WASI, N., VAN DEN BERG, B., y BUCHMUELLER, T. C. (2012). Heterogeneous effects of child disability on maternal labor supply: Evidence from the 2000 US Census. *Labour Economics*, 19(1), 139-154.

WONDEMU, M. Y., JORANGER, P., HERMANSEN, Å., y BREKKE, I. (2022). Impact of child disability on parental employment and labour income: A quasi-experimental study of parents of children with disabilities in Norway. *BMC Public Health*, 22(1), 1813.

WU, S., WU, F., DING, Y., HOU, J., BI, J., y ZHANG, Z. (2017). Advanced parental age and autism risk in children: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(1), 29-41.

ZHANG, C., YAN, L., y QIAO, J. (2022). Effect of advanced parental age on pregnancy outcome and offspring health. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 39(9), 1969-1986.

## ANEXO I

### CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE CONVENIENCIA

#### DISINFAP-25

#### Encuesta sobre la prestación de apoyos terapéuticos y escolares a la infancia con discapacidad en España

Esta encuesta, parte de una investigación patrocinada por Funcas y realizada desde el Departamento de Sociología II de la UNED, busca obtener información sobre cómo se prestan y son percibidos por las familias los apoyos terapéuticos y escolares que recibe la infancia con discapacidad en España. La investigación cuenta con el visto bueno del Comité de Ética de la Investigación de la UNED. La información obtenida se tratará de forma anónima y confidencial y únicamente para los fines de realización del proyecto y de difusión de resultados. Puede obtener más información, plantear cualquier duda o retirar en cualquier momento su participación en el estudio y el consentimiento al tratamiento de los datos recogidos a través del correo [proyectodiscapacidadyapoyos@gmail.com](mailto:proyectodiscapacidadyapoyos@gmail.com)

#### **Información sobre la encuesta**

Hay 38 preguntas en el formulario.



## CONFIRMACIÓN DE CONSENTIMIENTO

¿Confirma que ha enviado a la investigadora principal los documentos de consentimiento informado (adulto y menor) firmados por los/las progenitores/as o tutores/as legales?

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí
- ☐ No

## INFORMACIÓN FAMILIAR Y SOCIODEMOGRÁFICA

¿Qué relación guarda con el/la menor que presenta discapacidad o alteraciones en el desarrollo?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Soy su madre/tutora legal
- ☐ Soy su padre/tutor legal

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿En qué franja de edad se encuentra el/la menor con discapacidad o alteraciones en el desarrollo a su cargo?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ 0 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ 6 a 12 años
- ☐ 13 a 18 años

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿En qué comunidad autónoma reside?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Andalucía
- ☐ Aragón
- ☐ Asturias, Principado de
- ☐ Balears, Illes
- ☐ Canarias
- ☐ Cantabria
- ☐ Castilla y León

- ☐ Castilla-La Mancha
- ☐ Cataluña/Catalunya
- ☐ Comunitat Valenciana
- ☐ Extremadura
- ☐ Galicia
- ☐ Madrid, Comunidad de
- ☐ Murcia, Región de
- ☐ Navarra, Comunidad Foral de
- ☐ País Vasco/Euskadi
- ☐ Rioja, La
- ☐ Ceuta
- ☐ Melilla

*Elija en el desplegable el nombre de la comunidad autónoma en la que vive.*

---

¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado usted?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Estudios universitarios
- ☐ Estudios de secundaria, formación profesional o bachillerato
- ☐ Estudios de primaria o menos

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿En qué situación laboral se encuentra usted?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Empleado/a por cuenta ajena (asalariado/a)
- ☐ Trabajador/a autónomo/a
- ☐ Acogido/a a la CUME (prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave)
- ☐ Desempleado/a o inactivo/a (no trabajo)
- ☐ En situación de baja laboral
- ☐ Otra

*Marque la opción que corresponda (si trabaja como asalariado/a y también como autónomo/a, marque la opción a la que dedica más horas).*

---

¿Trabaja a tiempo completo (37,5 h a la semana o más) o a tiempo parcial (menos de 37,5 h a la semana; incluye reducciones de jornada)

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ A tiempo completo
- ☐ A tiempo parcial
- ☐ No procede porque no estoy trabajando

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿En qué franja se sitúan los ingresos mensuales netos totales disponibles en su hogar (todos los que se reciben, por cualquier concepto: salarios de todas las personas que trabajan, subsidios, prestaciones, etc.)

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Menos de 1.000 euros mensuales
  - ☐ Entre 1.000 y 1.999 euros mensuales
  - ☐ Entre 2.000 y 2.999 euros mensuales
  - ☐ Entre 3.000 y 3.999 euros mensuales
  - ☐ Entre 4.000 y 4.999 euros mensuales
  - ☐ Más de 5.000 euros mensuales
  - ☐ Marque la opción que corresponda.
- 

## INFORMACIÓN SOBRE DIAGNÓSTICO Y RECONOCIMIENTO DE DERECHOS Y APOYOS EN EL PROCESO

¿En qué franja de edad se encontraba el/la menor cuando se detectaron las primeras dificultades en su desarrollo?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- 0 a 2 años
- 3 a 5 años
- 6 a 12 años
- 13 a 18 años

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Quién detectó en primer lugar estas dificultades?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ La familia (madre, padre, u otros familiares)
- ☐ Profesionales de la sanidad (pediatra, otros especialistas)
- ☐ Profesionales de la educación (docentes, orientadores, etc.)
- ☐ Otros

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Qué tipo de discapacidad/dificultades tiene el/la menor?

*Seleccione todos los correspondientes*

*Por favor, marque las opciones que correspondan:*

- ☐ De tipo motor (parálisis cerebral, trastornos motores y neuromusculares)
- ☐ Autismo u otros trastornos del neurodesarrollo
- ☐ Discapacidad intelectual
- ☐ De tipo visual o auditivo (ceguera o baja visión, sordera o hipoacusia)
- ☐ Pluridiscapacidad
- ☐ Otra/s

*Marque todas las opciones que correspondan. PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES.*

---

¿El/la menor ha recibido un diagnóstico clínico formal por un profesional sanitario (por ejemplo, neuropediatra, psiquiatra, psicólogo clínico, oftalmólogo, genetista, etc.)

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí
- ☐ No

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Recibió el diagnóstico inicial en una entidad pública o privada/concertada?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Pública
- ☐ Privada/concertada
- ☐ No procede porque no ha recibido diagnóstico

*Marque la opción que corresponda.*

¿En qué franja de edad se encontraba el/la menor en el momento de recibir el diagnóstico?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ 0 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ 6 a 12 años
- ☐ 13 a 18 años
- ☐ No procede porque no ha recibido diagnóstico

*Marque la opción que corresponda.*

¿El/la menor tiene una discapacidad oficialmente reconocida?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí
- ☐ No

*Marque la opción que corresponda.*

¿Cómo de sencillo le ha resultado acceder a los siguientes derechos?

*Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:*

*Marque las opciones que correspondan.*

|                                          | Muy sencillo | Bastante sencillo | Medianamente sencillo | Poco sencillo | Nada sencillo | No procede (no he intentado acceder) |
|------------------------------------------|--------------|-------------------|-----------------------|---------------|---------------|--------------------------------------|
| Diagnóstico                              |              |                   |                       |               |               |                                      |
| Reconocimiento del grado de discapacidad |              |                   |                       |               |               |                                      |
| Reconocimiento de la dependencia         |              |                   |                       |               |               |                                      |

¿Cómo de satisfecho/a está con los siguientes aspectos?

*Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:*

|                                                                                                                    | Mucho | Bastante | Medianamente | Poco | Nada |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------------|------|------|
| La ayuda recibida de las instituciones públicas para acceder a conocimientos, derechos y apoyos                    |       |          |              |      |      |
| La ayuda recibida de asociaciones y entidades privadas para acceder a conocimientos, derechos y apoyos             |       |          |              |      |      |
| El apoyo social que recibe (de familiares, otras familias en circunstancias similares, amistades, conocidos, etc.) |       |          |              |      |      |
| Su calidad de vida                                                                                                 |       |          |              |      |      |

*Marque las opciones que corresponda.*

## INFORMACIÓN SOBRE EL ACCESO A SERVICIOS Y APOYOS TERAPÉUTICOS

¿El/la menor ha recibido o recibe atención temprana financiada con fondos públicos fuera de la escuela? (por ejemplo: fisioterapia, logopedia, estimulación, psicomotricidad, terapia de alimentación, terapia ocupacional, etc.)

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí
- ☐ No

*Marque la opción que corresponda. NO SE INCLUYE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA ESCUELA. NO SE INCLUYEN TERAPIAS RECIBIDAS MÁS ALLÁ DE LOS SIETE AÑOS.*

¿En qué franja de edad, aproximadamente, accedió el/la menor a atención temprana financiada con fondos públicos fuera de la escuela?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ 0 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ 6 años o más
- ☐ No procede porque nunca ha recibido atención temprana financiada con fondos públicos fuera de la escuela

*Marque la opción que corresponda. NO SE INCLUYE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA ESCUELA. NO SE INCLUYEN TERAPIAS RECIBIDAS MÁS ALLÁ DE LOS SIETE AÑOS.*

---

¿El/la menor ha recibido —a cualquier edad— o recibe otro tipo de atención terapéutica distinta de la atención temprana pública o de la recibida en la escuela? (por ejemplo, terapias privadas)

*Seleccione todos los correspondientes*

*Por favor, marque las opciones que correspondan:*

- ☐ Sí, prestada por entidades públicas (por ejemplo, terapias en hospital o centros públicos de atención a personas con discapacidad no incluidas en programas de atención temprana)
- ☐ Sí, prestada por entidades privadas o concertadas y financiada parcial o totalmente por alguna asociación, beca, entidad, etc.
- ☐ Sí, prestada por entidades privadas o concertadas y financiada por la familia.
- ☐ No

*Marque todas las opciones que correspondan. PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES. NO SE INCLUYE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA ESCUELA. NO SE INCLUYE LA ATENCIÓN TEMPRANA SOSTENIDA CON FONDOS PÚBLICOS.*

---

¿En qué franja de edad empezó a recibir el/la menor alguna terapia distinta de la atención temprana sostenida con fondos públicos o de la recibida en la escuela?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ 0 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ 6 a 12 años
- ☐ 13 a 18 años
- ☐ No procede porque no ha recibido ninguna terapia además de la atención temprana pública o la recibida en la escuela

*Marque la opción que corresponda.*

---

Aproximadamente, ¿cuántas horas de terapia recibe actualmente a la semana el/la menor fuera de la escuela?

*Solo se pueden introducir números en este campo.*

*Por favor, escriba su respuesta aquí:*

.....

*Escriba el número. Escriba "0" si no recibe ninguna terapia.*

---

¿Qué terapias ha recibido el/la menor a lo largo de su vida, a través de servicios públicos o privados, fuera de la escuela?

*Seleccione todos los correspondientes*

*Por favor, marque las opciones que correspondan:*

- ☐ Fisioterapia
- ☐ Logopedia
- ☐ Estimulación
- ☐ Terapia psicológica
- ☐ Terapia ocupacional
- ☐ Psicomotricidad
- ☐ Terapia de alimentación
- ☐ Otra/s
- ☐ Ninguna

*Marque todas las opciones que correspondan. PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES.*

¿Aproximadamente qué coste económico al mes le suponen actualmente terapias no cubiertas por fondos públicos, becas, cheque servicio, etc.? (es decir, costeadas exclusivamente por la familia)

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Ningún coste
- ☐ Menos de 300 euros
- ☐ Entre 300 y 500 euros
- ☐ Entre 500 y 1.000 euros
- ☐ Más de 1.000 euros

*Marque la opción que corresponda.*

En conjunto, ¿cómo de satisfecho/a está con los siguientes aspectos de las terapias recibidas por el/la menor a lo largo de su vida?

*Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:*

|                                                                     | Mucho | Bastante | Medianamente | Poco | Nada |
|---------------------------------------------------------------------|-------|----------|--------------|------|------|
| La calidad de las terapias y profesionales                          |       |          |              |      |      |
| La intensidad de las terapias (nº de horas y de terapias recibidas) |       |          |              |      |      |
| Los horarios de las terapias                                        |       |          |              |      |      |
| La distancia de las terapias a casa, colegio o trabajo              |       |          |              |      |      |
| Los resultados de las terapias                                      |       |          |              |      |      |
| La facilidad para compatibilizar las terapias con el empleo         |       |          |              |      |      |

*Marque las opciones que correspondan. Si el/la menor no ha recibido ninguna terapia, deje la pregunta sin responder o marque las opciones "Sin respuesta".*

## INFORMACIÓN SOBRE EL ACCESO A APOYOS ESCOLARES

---

¿El/la menor tiene dictamen de necesidades educativas especiales?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí
- ☐ No

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿En qué franja de edad recibió el/la menor el dictamen de necesidades educativas especiales?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ 0 a 2 años
- ☐ 3 a 5 años
- ☐ 6 a 12 años
- ☐ 13 a 18 años
- ☐ No procede porque no ha recibido dictamen de necesidades educativas especiales o no está escolarizado/a.

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Cómo de sencillo le ha resultado obtener los apoyos educativos/escolares que el/la menor necesita?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Muy sencillo
- ☐ Bastante sencillo
- ☐ Medianamente sencillo
- ☐ Poco sencillo
- ☐ Nada sencillo
- ☐ No procede porque no se ha intentado obtener apoyos educativos/escolares o no está escolarizado/a

*Marque la opción que proceda.*

---

¿En qué tipo de centro y opción educativa está actualmente escolarizado/a el/la menor?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ En escuela infantil o centro de educación ordinaria sin ningún apoyo
- ☐ En escuela infantil o centro de educación ordinaria con apoyos, pero no en aula específica
- ☐ En escuela infantil o centro de educación ordinaria con apoyos en aula específica (aulas TEA, aulas enclave, aulas estables, etc.)
- ☐ En un centro de educación especial
- ☐ En educación combinada (centro de educación ordinaria y centro de educación especial)
- ☐ Otros
- ☐ Ninguno

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Qué tipo de centro y opción educativa considera que puede ofrecer una mejor atención a las necesidades del/de la menor a su cargo?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Escuela infantil o centro de educación ordinaria sin ningún apoyo
- ☐ Escuela infantil o centro de educación ordinaria con apoyos, pero no en aula específica
- ☐ Escuela infantil o centro de educación ordinaria con apoyos en aula específica (aulas TEA, aulas enclave, aulas estables, etc.)
- ☐ Educación especial
- ☐ Educación combinada (centro de educación ordinaria y centro de educación especial)
- ☐ Otros

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Asiste el/la menor a un centro educativo público, concertado o privado?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Público
- ☐ Concertado
- ☐ Privado
- ☐ No asiste a ningún centro educativo

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Qué tipo de jornada escolar tiene el/la menor?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Jornada continua (solo de mañana)
- ☐ Jornada partida (mañana y tarde con una pausa en el medio para comer)
- ☐ No procede porque no asiste a ningún centro educativo

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Qué tipo de jornada escolar consideraría más adecuada para las necesidades del/la menor?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Jornada continua (solo de mañana)
- ☐ Jornada partida (mañana y tarde con una pausa en el medio para comer)
- ☐ No sé

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿Qué tipo de apoyos educativos recibe el/la menor?

*Seleccione todos los correspondientes*

*Por favor, marque las opciones que correspondan:*

- ☐ Apoyo de profesorado especialista en pedagogía terapéutica (PT)
- ☐ Apoyo de maestro/a de audición y lenguaje (AL) o logopeda
- ☐ Apoyo de integrador/a social
- ☐ Fisioterapia
- ☐ Apoyo de auxiliar técnico educativo o profesor/a "sombra"
- ☐ Apoyo en aula específica (aulas específicas, aulas TEA, aulas enclave, aulas estables, etc.)
- ☐ Apoyo en patio o actividades complementarias (excursiones, fiestas, etc.)
- ☐ Otros
- ☐ Ninguno
- ☐ No procede porque no asiste a ningún centro educativo

*Marque todas las opciones que correspondan. PUEDE MARCAR VARIAS OPCIONES.*

---

¿Aproximadamente cuántas horas de apoyo en total a la semana recibe actualmente el/la menor en el centro escolar?

*Por favor, escriba su respuesta aquí:*

.....

*Escriba en la casilla el número de horas. Escriba "0" si no recibe ninguna o no está escolarizado/a.*

---

¿El/la menor utiliza el comedor escolar?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí, y no ha necesitado apoyo ni adaptaciones
- ☐ Sí, y siempre ha recibido los apoyos y adaptaciones necesarios
- ☐ Sí, pero no siempre ha recibido los apoyos y adaptaciones necesarios
- ☐ No, porque no ha recibido los apoyos y adaptaciones necesarios
- ☐ No, porque no necesitamos utilizar el comedor escolar
- ☐ No, porque preferimos que coma en casa
- ☐ No procede porque no está escolarizado/a

*Marque la opción que corresponda.*

---

¿El/la menor utiliza algún servicio de madrugadores/acogida matinal o actividades extraescolares en el centro escolar?

*Seleccione una de las siguientes opciones*

*Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:*

- ☐ Sí, y no ha necesitado apoyo ni adaptaciones
- ☐ Sí, y siempre ha recibido los apoyos y adaptaciones necesarios
- ☐ Sí, pero no siempre ha recibido los apoyos y adaptaciones necesarios
- ☐ No, porque no ha recibido los apoyos y adaptaciones necesarios
- ☐ No, porque no necesitamos utilizar estos servicios
- ☐ No, porque preferimos no utilizar estos servicios
- ☐ No procede porque no está escolarizado/a

*Marque la opción que corresponda.*

¿Cómo de satisfecho/a, en general, está con los siguientes aspectos de la escolarización del menor?

*Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:*

|                                                              | Mucho | Bastante | Medianamente | Poco | Nada |
|--------------------------------------------------------------|-------|----------|--------------|------|------|
| La calidad de los apoyos recibidos                           |       |          |              |      |      |
| La cantidad de apoyos recibidos                              |       |          |              |      |      |
| El conocimiento y formación de los especialistas             |       |          |              |      |      |
| El conocimiento y formación del resto de docentes y personal |       |          |              |      |      |
| La colaboración del centro con la familia                    |       |          |              |      |      |
| La colaboración del centro con profesionales externos        |       |          |              |      |      |
| La cobertura de las necesidades diarias del/de la menor      |       |          |              |      |      |
| El compromiso con la inclusión del centro                    |       |          |              |      |      |
| La atención de los servicios de Orientación Educativa        |       |          |              |      |      |
| La proximidad del centro (al domicilio o trabajo)            |       |          |              |      |      |
| Las posibilidades de conciliación con el horario escolar     |       |          |              |      |      |

*Marque las opciones que correspondan. Si el/la menor no está escolarizado/a, deje la pregunta sin responder o marque las opciones "Sin respuesta".*

Su colaboración es muy valiosa para conocer mejor las necesidades de la infancia con discapacidad en España y sus familias.

Gracias por completar esta encuesta.



**Funcas**

**Caballero de Gracia, 28  
28013 Madrid  
Teléfono: 91 596 54 81**

**publica@funcas.es  
www.funcas.es**

**Versión electrónica disponible en:  
<http://www.funcas.es/Publicaciones>**



ISBN: 979-13-87770-25-9