

# Creixem

Modelo municipal de los Centros  
de Desarrollo Infantil y Atención Precoz  
del Instituto Municipal de Personas  
con Discapacidad



# Creixem

(Creceamos)

Modelo municipal de los Centros  
de Desarrollo Infantil  
y Atención Precoz (CDIAP)  
del Instituto Municipal de Personas  
con Discapacidad (IMPD)

## Publicación

Instituto Municipal de Personas  
con Discapacidad

Área de Derechos Sociales, Justicia Global,  
Feminismos y LGTBI

Ayuntamiento de Barcelona

## Dirección técnica y redacción

Margarida Saiz Lloret

Dirección del Departamento de Servicios  
de Vida Independiente del Instituto  
Municipal de Personas con Discapacidad

## Coordinación de la edición

Anna Noguer Bardia

Responsable de Comunicación del Instituto  
Municipal de Personas con Discapacidad

## Edición

Ayuntamiento de Barcelona

## Diseño gráfico

Estudi la\_maquineta

## Corrección de textos

Hores Extraordinàries, SL

## Depósito legal

B.3739-2020

## Creative commons

CC BY-NC-SA 4.0



En cualquier uso de explotación de la obra  
se hará constar la autoría

## Ciudad y año de publicación

Barcelona, 2020

## Impulso del proyecto

Ramon Lamiel Villaró

Gerente del Instituto Municipal de  
Personas con Discapacidad

Assumpta Soler Farràs

Dirección del Departamento de Estrategia  
y Coordinación del Instituto Municipal  
de Personas con Discapacidad

## Autoría

### Autoría IMPD

Alicia Apolo Llerena, Ana Rosa Vidal  
Carreño, Antoni Galiano Barajas,  
Assumpta Soler Farràs, Begoña Erquiaga  
Cebolla, Cati Mercadal Barber,  
Federica Guarino, Gabriela Secondi,  
Gemma Casado Fernández, Imma Oñate  
García, M. del Mar Sierra Ruiz,  
Mar Morales Ansa, Margarida Saiz Lloret,  
Maribel Conesa Pérez, Marta Garí Marsol,  
Marta Lozano Miró, Montse Roigé  
Puchol, Neus Rodríguez González,  
Olga Martínez García, Òscar Esteban Juan,  
Raquel Igual Rosado, Rosa Ballester Rius,  
Sara Vendrell Valls

### Autoría experta

Anna Fornós Barreras, Antoni Galiano  
Barajas, Begoña Román Maestre,  
Carlos Ignacio Ortez González, Carmina  
Català Galofré, Gemma Altell Albajes,  
Maria Carme Montserrat Boada,  
Rafael Villanueva Ferrer

## Colaboración

Antoni Camino Taboada, Fátima  
Pegenaute Lebrero, Guillem Campamà  
Rubio, M. Àngels Betriu Cabeceran,  
Miquel Àngel Rubert Bestard

# Índice

Preàmbulo	3
<b>0. Presentación</b>	<b>7</b>
0.1. Objetivos	7
0.2. Los CDIAP del IMPD	8
0.3. Los inicios: de donde venimos	9
0.4. El proceso de elaboración del modelo	11
0.5. Estructura y contenido	19
0.6. Delimitación del modelo: alcance, límites y retos pendientes	21
<b>1. Primera parte. La atención temprana o atención precoz</b>	<b>25</b>
1.1. Marco legal y normativo de referencia	27
1.2. De la estimulación precoz a la atención temprana: un cambio de mirada	29
1.3. La atención temprana y los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP)	42
<b>2. Segunda parte. Los derechos en la primera infancia</b>	<b>55</b>
2.1. Punto de partida: la Observación General núm. 7 de Naciones Unidas	57
2.2. Los derechos de la infancia más vulnerable	61
2.3. El papel clave de la educación infantil	65
<b>3. Tercera parte. Los CDIAP del IMPD</b>	<b>69</b>
3.1. Ficha básica del servicio	72
3.2. El marco conceptual del Modelo	78
3.2.1. Marco epistemológico	78
3.2.2. Marco teórico de referencia	79
3.2.3. La perspectiva de género: carácter transversal en la diversidad de líneas teóricas	91
3.2.4. La multiculturalidad de la población atendida: un factor clave en la intervención de los CDIAP del IMPD	93
3.3. Las prioridades del Modelo	95
3.3.1. El acceso del niño/a al CDIAP	95
3.3.2. Aspectos del proceso de intervención una vez se produce la demanda de atención y el niño/a y su familia acceden al CDIAP	102
3.3.3. Garantizar los derechos del niño/a: una prioridad	110
3.3.4. Potenciar, ampliar y diversificar la intervención con las familias	112
3.3.5. Potenciar la prevención primaria y secundaria: una prioridad	116

3.3.6. Inter y transdisciplinariedad: dos requisitos del trabajo en equipo en un CDIAP	120
3.3.7. Incorporar el ámbito del ocio: una necesidad	124
3.3.8. Los CDIAP del IMPD: un agente proactivo en los territorios y en las redes de articulación interservicios que intervienen en la infancia	126

---

#### 4. Cuarta parte. Aspectos de la organización y el funcionamiento que define este modelo 129

4.1. Los horarios de funcionamiento y de atención. La apertura del servicio	131
4.2. El equipo del CDIAP. Perfiles	135
4.3. Criterios de dedicación y de distribución de tiempo	145
4.4. Estándares y procedimientos de calidad que queremos mejorar	146
4.5. Los espacios interdisciplinarios de trabajo conjunto y de reflexión	151
4.6. Los espacios de coordinación y de reflexión por perfil profesional	159
4.7. Construcción de una cultura técnica común entre ambos CDIAP	160
4.8. Espacios estables de articulación de nuestros CDIAP con determinados servicios de los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales	164
4.9. Colaboración con la realización de prácticas de alumnos de másteres y posgrados	166
4.10. La opinión de las personas que integran los equipos	167
4.11. Ratios de personal	169
4.12. Los equipamientos: características y requisitos	175

---

#### 5. Quinta parte. Compromiso con la mejora continua y con la visibilización de la intervención 177

5.1. La protocolización de la intervención a partir de la experiencia y las buenas prácticas	179
5.2. La investigación aplicada	180

---

#### Anexos 185

Anexo I. Funciones y perfil del personal administrativo en el contexto de los CDIAP del IMPD	187
Anexo II. Funciones y perfil de la figura de psicomotricista en el contexto de los CDIAP del IMPD	193
Anexo III. El encaje del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario en el contexto de los CDIAP del IMPD	207
Anexo IV. Programa funcional del equipamiento que necesita el CDIAP EIPI Ciutat Vella	221
Anexo V. Programa funcional del equipamiento que necesita el CDIAP EIPI Nou Barris	229



## Preámbulo

En 1983 el Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (IMPD) puso en marcha el primer servicio público de atención precoz en Cataluña con la creación de dos equipos de integración de la pequeña infancia que pronto transformarían su nombre en **equipos interdisciplinarios de la pequeña infancia (EIPi)**.

Treinta y seis años después, y a partir de la experiencia acumulada, el IMPD quiere dar un salto cualitativo que permita que estos servicios asuman con éxito los nuevos retos que plantea una sociedad en rápida evolución y con cambios profundos para garantizar una atención terapéutica global, integral e interdisciplinaria de máxima calidad a toda la infancia de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris que requiere de atención precoz, y para hacer de la prevención primaria y secundaria una prioridad.

¿Por qué necesitamos ahora definir este Modelo? ¿Acaso no teníamos hasta ahora ningún modelo? ¿O tal vez significa que se pone en cuestión la forma en la que hemos funcionado hasta ahora?

Nada más lejos de la realidad. Justamente este Modelo parte del reconocimiento del buen trabajo realizado hasta ahora y del que se sigue llevando a cabo, y se nutre de la experiencia acumulada a lo largo de estos treinta y seis años.

Este Modelo, por tanto, no pretende tanto innovar como reordenar, contextualizar los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP EIPI) en unos sistemas de servicios (servicios sociales, educación, salud) que se han transformado cuantitativa y cualitativamente en las últimas tres décadas, y señalar prioridades según los requerimientos de una sociedad compleja en plena transformación.

En el IMPD, con orgullo por nuestra historia y por lo que somos, queremos proporcionar con este Modelo un nuevo impulso que fortalezca los CDIAP EIPI Ciutat Vella y CDIAP EIPI Nou Barris para asumir con éxito los nuevos retos que nuestra sociedad plantea.

¿Cuáles son estos **nuevos retos que nos plantea la sociedad actual**? Sin ánimo de enumerarlos todos, queremos destacar algunos que consideramos de especial relevancia, como son: el desarrollo creciente de nuevas estructuras familiares, la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de la parentalidad, los avances y descubrimientos científicos en campos muy diversos de la salud como el de la neurociencia, la reproducción asistida o la genética.

Estos nuevos **retos** se suman a otros **que, sin ser nuevos**, en el período de estos 36 años **han adquirido nuevas dimensiones**. Citamos algunos a modo de ejemplo:

- Barcelona se ha convertido en una ciudad multicultural, sobre todo en algunos distritos entre los que encontramos Ciutat Vella y Nou Barris.
- Se ha producido un incremento significativo, progresivo e ininterrumpido de la demanda de atención a los CDIAP como resultado de una mayor preocupación social e institucional por el cuidado y protección de la infancia, de una mayor conciencia sobre la importancia de la atención precoz y de una mayor capacidad de detección precoz por parte de los servicios de la salud, la educación y los servicios sociales.
- Ha aumentado la precariedad y la vulnerabilidad en una proporción importante de la población atendida.
- Existen sectores de población en situación de máxima vulnerabilidad o de exclusión social que no siempre llegan al CDIAP a pesar de ser derivados por los servicios que detectan la necesidad de que el niño/a reciba atención precoz por parte de un CDIAP.

¿Por qué **“Creixem”** (Crecemos)? Porque para afrontar con éxito estos retos necesitamos, entre otras:

- Incrementar las y los profesionales de nuestros equipos.
- Incrementar la superficie de nuestros equipamientos y disponer de un equipamiento propio (antena) en la Zona Nord de Nou Barris.
- Incrementar las actuaciones específicas en determinados ámbitos de nuestra intervención, sobre todo en el ámbito de la prevención (primaria y secundaria) y del trabajo con las familias.

- Intensificar y profundizar el trabajo en red con los servicios de la salud, educativos, y servicios sociales que trabajan con la pequeña infancia, incorporando también el ámbito del ocio.

Este Modelo define lo que queremos ser y hacer como CDIAP, y compromete al IMPD en la definición de una hoja de ruta que permita progresar en esta dirección hasta lograr su plena implementación en un futuro que deseamos próximo; objetivo que implica, necesariamente, el establecimiento de acuerdos con otras instancias institucionales tanto municipales como de la Generalitat.

Así pues, el Modelo que ahora tiene en sus manos parte del reconocimiento de la buena práctica realizada y de la experiencia acumulada durante estos 36 años, y del orgullo de lo que somos y de nuestra historia. Este es el bagaje que tenemos. Y dibuja la atención precoz que queremos en los próximos años y que nos ha de permitir afrontar con éxito los retos actuales.

Corresponde a quien lo lea juzgar si lo hemos conseguido.







# 0. Presentación

## 0.1. Objetivos

1. Visibilizar los dos EIPI del IMPD como centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP) que forman parte de la Red Básica de Servicios Sociales y de la Red Pública de CDIAP de Cataluña con la consideración de servicios sociales especializados de carácter universal y gratuito.
2. Definir un único Modelo municipal de CDIAP con dos puntos de prestación: Ciutat Vella y Nou Barris.
3. Facilitar el acceso al servicio de los niños/as y familias provenientes de entornos sociales y/o culturales con más dificultad para realizar demanda de atención.
4. Potenciar la función de prevención (primaria y secundaria) mediante actuaciones específicas dirigidas a los servicios que intervienen con la pequeña infancia en el territorio, y a las familias.
5. Potenciar el trabajo en red existente con los servicios del territorio de los ámbitos de la salud, la educación, los servicios sociales, e incorporar, por primera vez, el ámbito del ocio.

## 0.2. Los CDIAP del IMPD

El IMPD gestiona directamente el Servicio de Atención Precoz en dos distritos de la ciudad: Ciutat Vella y Nou Barris.

### Puntos actuales de prestación del servicio:

#### **CDIAP EIPI Ciutat Vella**

Reina Amàlia, 33  
08001 Barcelona  
93 256 46 85  
eipicv@bcn.cat

#### **CDIAP EIPI Nou Barris**

##### **Equipamiento Base**

Luz Casanova, 11  
08042 Barcelona  
93 256 47 00  
eipinb@bcn.cat

##### **Antena Zona Nord**

(Casal de Barri Torre Baró)  
Escolapi Càncer, 5  
08033 Barcelona  
93 256 47 00  
eipinb@bcn.cat

### Puntos futuros de prestación del servicio

En ambos distritos se necesitan equipamientos base de más superficie por varias razones:

- El incremento significativo, progresivo e ininterrumpido de la demanda de atención a nuestros CDIAP.
- Los datos que nos aporta el estudio “El territorio. Características de la población atendida, análisis de los servicios derivadores y de la accesibilidad al servicio de los CDIAP EIPI de Ciutat Vella y EIPI de Nou Barris”, encargado por el IMPD al Departamento de Investigación del Área de Derechos Sociales.
- Los requerimientos que conlleva la implementación del Modelo que aquí presentamos.

La imposibilidad de ampliar la superficie de los equipamientos actuales ha llevado al IMPD a realizar las gestiones oportunas para encontrar nuevos emplazamientos que, de momento, están pendientes de concretar.

Por otra parte, en Nou Barris, durante el período de elaboración de este Modelo, se ha abierto un segundo equipamiento o antena de dimensiones más reducidas ubicado en

la zona norte del distrito, que integra los barrios de Torre Baró, Ciutat Meridiana y Vallbona que, según el índice sintético de desarrollo/vulnerabilidad social,<sup>1</sup> con datos de 2015, ocupaban las posiciones 71, 72 y 68, respectivamente, del ranking de un total de 73 barrios de la ciudad. O dicho en otras palabras, los tres barrios son los más vulnerables de la ciudad. La Zona Nord de Nou Barris es también donde se observa una mayor dificultad para que las familias que son derivadas al CDIAP EIPI Nou Barris por los servicios de salud, educación y servicios sociales lleguen a efectuar demanda de atención.

### 0.3. Los inicios:<sup>2</sup> de donde venimos

Aunque el Modelo que aquí se presenta habla del futuro, este no se puede construir sin tener memoria de dónde venimos. No es nuestra intención hacer aquí un análisis histórico detallado, pero sí destacar algunos elementos que consideramos clave para entender qué somos ahora y por qué nuestros CDIAP están adscritos al Instituto Municipal de Personas con Discapacidad.

En 1983 se ponen en marcha dos equipos de integración de la pequeña infancia (que pocos años después cambiarían el nombre por el actual de Equipos Interdisciplinarios de la Pequeña Infancia) en los distritos de Ciutat Vella y de Sants. Años después, cuando la Generalitat puso en marcha el Centro de Atención al Disminuido<sup>3</sup> (CAD) del Paral·lel, que incorporaba un Servicio de Atención Precoz que debía atender a la población del distrito de Sants-Montjuïc, el EIPI se trasladó al Distrito de Nou Barris.<sup>4</sup>

Se escogieron deliberadamente estos distritos para ubicar y prestar los servicios de los dos EIPI porque eran territorios donde no había servicios privados que proporcionaran atención precoz. Se trataba de distritos con población mayoritariamente de poco poder adquisitivo y que se encontraba a menudo en situaciones de vulnerabilidad.

El nombre inicial de los EIPI responde a la demanda de apoyo y colaboración por parte de las guarderías municipales para llevar a cabo el proceso de lo que entonces llamábamos “de integración” de los niños/as con discapacidad en sus centros. Pronto vieron que no se trataba solo de tener la voluntad de hacerlo, sino que se necesitaba tener un mínimo de conocimientos al respecto. Solicitaron la colaboración a los

1. El índice sintético de vulnerabilidad social pretende ser una herramienta de apoyo para la evaluación y el seguimiento de las desigualdades sociales en los diferentes barrios de la ciudad de Barcelona. Es un índice que resume el estado de cada área geográfica analizada combinando tres dimensiones básicas del desarrollo/vulnerabilidad: salud, educación y economía. En cada una de las dimensiones se observa el comportamiento de indicadores clave: la esperanza de vida en el ámbito de la salud; los estudios primarios o inferiores (%) más las titulaciones superiores (tasa) en el ámbito de la educación, y la renta familiar disponible en el ámbito de la economía.

2. Elaboración a partir de la información facilitada por el Dr. Antoni Camino Taboada y Fátima Pegenaute Lebrero, responsables de estos servicios en diferentes períodos.

3. Actual Servicio de Valoración y Orientación a Personas con Discapacidad (CAD).

4. Beà Torras, N. “L’atenció precoç: dels primers centres a la coordinadora”. “Revista de l’Associació Catalana d’Atenció Precoç”. Núm. Abril 2001. Monográfico “L’atenció precoç: Escrits al voltant de la seva realitat” amb motiu del desè aniversari de l’entitat.

entonces Patronato Municipal de Disminuidos Físicos y Patronato Municipal de Disminuidos Psíquicos (antecesores del actual IMPD), por lo que los dos EIPI nacieron con la misión de trabajar junto con las guarderías municipales de los distritos mencionados para hacer realidad la integración de los niños/as con discapacidad.

---

Es importante destacar que los EIPI nacen desde el primer momento como servicios sectorizados, de carácter ambulatorio, gratuitos e interdisciplinarios, de titularidad pública (municipal) y de gestión directa, cuando aún no existía una Red Pública de Servicios de Atención Precoz en Cataluña.<sup>5</sup>

---

La denominación posterior de los actuales CDIAP, EIPI - Equipos Interdisciplinarios de la Pequeña Infancia, la propusieron los y las profesionales de dichos servicios en un intento de diferenciarse de los equipos de atención precoz de tipo rehabilitador que funcionaban en el ámbito hospitalario ya que, desde su inicio, los EIPI trabajaban desde una perspectiva bio-psico-social y con la voluntad de atender al niño/a de manera global e integral.

No podemos concluir esta breve incursión en la historia de nuestros CDIAP sin expresar nuestro reconocimiento a dos personas que han contribuido de manera decisiva a su desarrollo:

- El Dr. Antoni Camino Taboada (pediatra, neurólogo y con formación en paidopsiquiatría), que desarrolló la labor de coordinación inicialmente del EIPI de Sants y posteriormente de ambos, Ciutat Vella y Nou Barris, hasta su jubilación. Fue, además, presidente de la Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) en el período 1991-1994.
- Fátima Pegenaute Lebrero (psicóloga del EIPI de Sants y posteriormente coordinadora del EIPI de Nou Barris, además de presidenta de la ACAP en el período 1999-2003.

---

5. El mismo año 1983 el Ayuntamiento de L'Hospitalet puso en marcha su Servicio de Atención Precoz, gestionado de manera autónoma por una cooperativa de trabajo asociado. Fuente: "Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç". Núm. Abril 2001. Monográfico "L'atenció precoç: escrits al voltant de la seva realitat" amb motiu del desè aniversari de l'entitat.

## 0.4. El proceso de elaboración del Modelo

En el proceso de elaboración se han tenido en cuenta los siguientes criterios:

- Participación de los equipos de los dos CDIAP.
- Incorporación de personas expertas externas para asegurar una mirada más amplia que la de los propios servicios o la propia práctica.
- Coherencia con la normativa vigente y los estándares y procedimientos de calidad definidos por la Generalitat de Catalunya para los CDIAP.
- Disponer de un conocimiento suficiente de los dos territorios, características de la población atendida, análisis de los servicios derivadores y accesibilidad del servicio.

### Aprobación de la Concejalía

El 21 de abril de 2017 la Sra. Laia Ortiz Castellví, tercera teniente de alcalde, aprobó la propuesta presentada que detallaba el tipo de contenidos a desarrollar y el sistema a seguir para elaborarlos.

### Los espacios de participación

Se definieron tres espacios de participación:

1. Sesiones monográficas de trabajo
2. Jornadas
3. Grupos de trabajo

A continuación se detalla en qué ha consistido cada uno de ellos.

#### 1. Las sesiones monográficas del Modelo

Se han realizado tres sesiones de trabajo monográficas que se detallan a continuación. Todas las personas integrantes de los dos equipos debían participar, al menos, en una de las sesiones.

En todas las sesiones han participado una o más personas expertas externas o internas que, previamente y con suficiente antelación, entregaban un documento que servía de base para el debate y que debía ser trabajado individualmente por cada participante antes de la fecha de realización de la sesión de trabajo.

Cada sesión duró tres horas y se estructuraba en dos tiempos:

- Presentación de ideas clave por parte de la persona o personas expertas.
- Debate abierto por parte de todas las personas participantes durante un mínimo de dos horas.

Las sesiones eran coordinadas y conducidas por la jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente del IMPD, que también recogía todas las aportaciones en un escrito que se enviaba a todas las personas participantes para la revisión antes de cerrar la versión definitiva que forma parte de los dosieres del Modelo, junto con los documentos elaborados por las personas expertas.

---

### Sesión 1. 16 de junio de 2017

#### **Los derechos del niño/a: implicaciones en la mirada profesional e implicaciones en la organización y funcionamiento del servicio**

##### **Personas participantes:**

Personas expertas:

- Antoni Galiano Barajas, asesor jurídico del IMPD.
- Carme Montserrat (psicóloga, pedagoga y maestra, codirectora del Equipo de investigación en infancia, adolescencia, derechos de los niños y niñas y su calidad de vida (ERIDIQV) de la Universitat de Girona.

Profesionales de los CDIAP:

- Olga Martínez García, administrativa del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Gemma Casado Fernández, trabajadora social del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Maribel Conesa Pérez, logopeda del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Marta Garí Marsol, psicóloga del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Imma Oñate García, psicóloga del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Mar Morales Ansa, trabajadora social del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Òscar Esteban Juan, psicólogo de los CDIAP EIPI Ciutat Vella y Nou Barris.

Coordina y participa:

- Margarida Saiz Lloret, jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

---

### Sesión 2. 19 de junio de 2017

#### **El sujeto de nuestra intervención: el niño/a como sujeto; la familia como sujeto. Papel de la persona profesional**

##### **Personas participantes:**

Persona experta:

- Begoña Román Maestre, presidenta del Comitè Català d'Ètica de Serveis Socials.

Profesionales de los CDIAP:

- Alicia Apolo Llerena, psicomotricista del CDIAP EIPI Ciutat Vella.

- Sara Vendrell Valls, fisioterapeuta del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Begoña Erquiaga Cebolla, psicóloga y coordinadora del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Imma Oñate García, psicóloga del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Cati Mercadal Barber, psicóloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Neus Rodríguez González, fisioterapeuta del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Òscar Esteban Juan, psicólogo de los CDIAP EIPI Ciutat Vella y CDIAP EIPI Nou Barris.

Servicios centrales IMPD:

- Antoni Galiano Barajas, secretario delegado del IMPD.

Coordina y participa:

- Margarida Saiz Lloret, jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

---

### Sesión 3. 15 de julio de 2017

#### **Marco teórico de referencia que orienta la atención que proporcionan nuestros CDIAP del IMPD**

##### **Personas participantes:**

Personas expertas:

- Rafael Villanueva Ferrer, psicólogo clínico y logopeda de CDIAP, asesor y supervisor externo de CDIAP.
- Anna Fornós Barreras, neuropediatra de CDIAP y responsable en la Generalitat en la primera etapa de puesta en marcha de la Red Pública de CDIAP de Cataluña.
- Gemma Altell Albajes, entre otras, experta en temas de perspectiva de género, psicóloga de profesión.
- Carlos Ignacio Ortez González, neuropediatra del Hospital Sant Joan de Déu con experiencia como neuropediatra de CDIAP.

Disculpa la assistència a la sessió:

- Carmina Català Galofré, jefe del Departamento de Planificación y Procesos del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona y psicóloga de profesión.

Profesionales de los CDIAP:

- Gabriela Secondi, neuropediatra del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Montse Roigé Puchol, psicóloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Ana Rosa Vidal Carreño, psicóloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Raquel Igual Rosado, psicóloga del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Federica Guarino, neuropediatra del CDIAP EIPI Nou Barris.

- M.<sup>a</sup> del Mar Sierra Ruiz, logopeda del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Gemma Casado Fernández, trabajadora social del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Alicia Apolo Llerena, psicomotricista del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Olga Martínez García, administrativa del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Rosa Ballester Rius, administrativa del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Begoña Erquiaga Cebolla, psicóloga y coordinadora del CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- Òscar Esteban Juan, psicólogo de los CDIAP EIPI Ciutat Vella y Nou Barris.

Coordina y participa:

- Margarida Saiz Lloret, jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

## 2. Las jornadas del Modelo

Se han realizado dos jornadas de trabajo en las que se ha debatido a partir de un documento base con carácter de propuesta inicial y que ha sido entregado con suficiente antelación a todas las personas participantes. El objetivo en cada jornada ha sido recoger su opinión y consensuar, en lo posible, el contenido definitivo a presentar en calidad de propuesta para aprobación de la Sra. Laia Ortiz Castellví, tercera teniente de alcaldía.

---

### Jornada 1. 22 de noviembre de 2017

#### **Contenidos a debate:**

- Preámbulo.
- Presentación.
- 1<sup>a</sup> parte: La atención temprana o atención precoz.
- 2<sup>a</sup> parte: Los derechos en la primera infancia.
- 3<sup>a</sup> parte: Los CDIAP del IMPD.

#### **Personas participantes:**

IMPD:

- Ramon Lamiel Villaró, gerente.
- Assumpta Soler Farràs, jefe del Departamento de Estrategia y Coordinación.
- Antoni Galiano Barajas, secretario delegado y participante en las sesiones monográficas en calidad de experto.



- Todas las personas de los equipos de los CDIAP EIPI Ciutat Vella y del CDIAP EIPI Nou Barris. Además de las que ya figuran en las sesiones monográficas, en las dos jornadas también participa Marta Lozano Miró, nueva psicomotricista del CDIAP EIPI Nou Barris.
- Margarida Saiz Lloret, jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

Personas expertas sesiones monográficas.

Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias (Generalitat de Catalunya):

- M. Àngels Betriu Cabeceran, coordinadora en materia de tutelas y atención precoz.

Unió Catalana de Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (UCCAP):

- Miquel Àngel Rubert, gerente.

Red de CDIAP de Barcelona:

- Fàtima Pegenaute Lebrero, coordinadora.

---

## Jornada 2. 9 de mayo de 2018

### **Contenidos a debate:**

- 4ª parte: Aspectos de la organización y el funcionamiento que define este Modelo.
- El compromiso con la mejora continua y con la visibilización de la intervención.

### **Personas participantes:**

IMPD:

- Ramon Lamiel Villaró, gerente.
- Assumpta Soler Farràs, jefe del Departamento de Estrategia y Coordinación.
- Todas las personas de los equipos de los CDIAP EIPI Ciutat Vella y Nou Barris. Además de las que ya figuran en las sesiones monográficas, en las dos jornadas también participa la nueva psicomotricista del CDIAP EIPI Nou Barris, Marta Lozano Miró.
- Sergi Morera Vizcaíno, responsable de planificación y evaluación.
- Laura Trujillo Parra, técnica de planificación y evaluación.
- Margarita Saiz Lloret, jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

EQ EuQuality:

- Guillem Campamà Rubio, consultor para la implementación en los CDIAP del IMPD de los procedimientos y estándares de calidad definidos por la Generalitat para la acreditación de los CDIAP de Cataluña de titularidad privada que formen parte de la Red Pública.

### 3. Los grupos de trabajo

Durante los meses de enero y febrero de 2018 se han constituido y funcionado simultáneamente tantos grupos de trabajo como perfiles profesionales conforman los equipos interdisciplinarios de los CDIAP del IMPD.

---

#### **Personal administrativo:**

Tarea:

- Definición de sus funciones, perfil y encargo en el contexto de los CDIAP del IMPD.
- Encaje como miembro del equipo.

Participan:

- 1ª fase. Las administrativas de los dos CDIAP.
- 2ª fase. Se incorpora la jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

---

#### **Trabajo social:**

Tarea:

- Profundización sobre su aportación en la mirada social y concreción en la fase de intervención.
- Encaje como miembro del equipo.
- Intervención familiar, grupal y comunitaria:

Participan:

- 1ª fase. Las trabajadoras sociales de los dos CDIAP.
- 2ª fase. Se incorpora la jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.  
Se realizan consultas a otros/otras profesionales del trabajo social de CDIAP de la red pública.

---

#### **Otros/as (Neuropediatría, Psicología, Fisioterapia y Logopedia):**

Tarea:

- En la intervención de casos, definición de los criterios técnicos que determinan cuándo debe intervenir cada disciplina en las diversas fases del proceso terapéutico de atención y cuándo debe asumir el rol de profesional referente del caso.
- Participación en proyectos específicos de prevención y de apoyo a la red comunitaria de los servicios de salud, educativos, sociales y de ocio.

Participan:

Se constituye un grupo de trabajo para cada disciplina, integrado cada uno de ellos por las personas profesionales de dicha disciplina de ambos CDIAP.

---

## Psicomotricidad:

Tarea:

- Definición de sus funciones, perfil y encargo en el contexto de los CDIAP del IMPD.
- Encaje como miembro del equipo.

Participan:

- 1ª fase. Las psicomotricistas de los dos CDIAP.
- 2ª fase. Se incorpora la jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.

El 14 de marzo de 2018 se trabajaron conjuntamente las aportaciones resultantes de los siete grupos para garantizar la articulación armónica y complementaria y el trabajo conjunto de cada disciplina en el contexto del equipo interdisciplinario.

Fruto de este trabajo el IMPD dispone de un documento para cada perfil profesional que responde a las cuestiones planteadas.

## El conocimiento del territorio

Paralelamente, en abril de 2017, se encarga al Departamento de Investigación del Área de Derechos Sociales el estudio “El territori. Característiques de la població atesa, anàlisi dels serveis derivadors i de l’accessibilitat al servei dels CDIAP EIPI de Ciutat Vella i EIPI de Nou Barris”, realizado con datos de atención de 2016.

Así, desde el mes de septiembre de 2017 disponemos de:

- Los datos demográficos de la población de 0 a 5 años y 364 días, según tres ámbitos territoriales: ciudad, distrito (10), barrio (73); el número de niños/as que conforman el universo de nuestra población diana en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris y en cada uno de los barrios que los integran; el índice sintético de desarrollo/vulnerabilidad social de cada barrio y su posición en el ranking del índice en el conjunto de la ciudad, etc.
- Un análisis y mapificación de la población atendida en el año 2016 y de qué servicios les han derivado a cada uno de nuestros CDIAP.
- Un análisis y mapificación de la accesibilidad medida en el tiempo de acceso a pie, metro y bus de los niños/as atendidos en el año 2016 a nuestros CDIAP.

Esta información nos ha sido especialmente útil para:

- Ayudar a definir las ratios de personal necesarias para garantizar la implementación del Modelo.
- Dimensionar el universo de la población diana para cada barrio de los dos distritos y comparar con la población que llega a cada uno de los dos CDIAP.

- Aportar argumentos a la necesidad de crear una antena del CDIAP EIPI Nou Barris en la Zona Nord del distrito.
- Identificar las zonas de los dos distritos con mejor accesibilidad desde los diferentes barrios que los conforman, y dónde sería óptimo poder ubicar los nuevos equipamientos de los dos CDIAP.
- Disponer de datos básicos para establecer prioridades en el trabajo en red con los servicios de salud, educativos y de servicios sociales.

Los resultados de este estudio fueron presentados a los equipos de ambos CDIAP en diciembre de 2017 y existe el compromiso por parte del IMPD y del Departamento de Investigación del Área de Derechos Sociales de actualizarlo de forma periódica para aportar información útil para la programación anual de cada CDIAP.

## 0.5. Estructura y contenido

Hemos estructurado el Modelo en cinco bloques temáticos y hemos añadido tres dossieres que lo complementan y se editan aparte de este documento.

### Bloques temáticos:

#### 1. La atención temprana o atención precoz

Recoge y describe los aspectos clave del marco normativo y conceptual que definen la atención temprana y que, por tanto, son el contexto que delimita el encargo que reciben todos los CDIAP de la Red Pública de Cataluña de la que formamos parte.

En este bloque incorporamos algunos aspectos clave de la normativa legal que regula los servicios de atención precoz en Cataluña y de las aportaciones recogidas en el “Libro Blanco de la Atención Temprana” de ámbito estatal. Y profundiza en aquellos aspectos en los que se ha considerado oportuno.

#### 2. Los derechos en la primera infancia

Este es un tema fundamental para la definición del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD porque lo sitúa en coherencia con las aportaciones de los organismos internacionales como Naciones Unidas, UNICEF y el Consejo de Europa, que explican cómo hay que interpretar la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 en relación con la pequeña infancia, teniendo en cuenta el marco que brinda la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 en lo que es de aplicación en la infancia.

Por otra parte, introduce el papel clave de la educación infantil, especialmente para la infancia en situación de vulnerabilidad, que tiene consecuencias concretas en el Modelo que aquí estamos definiendo.

#### 3. Los CDIAP del IMPD

Este bloque desarrolla y profundiza en qué consiste el Modelo municipal de los CDIAP del IMPD, incorporando lo que se quiere visibilizar, aunque ya se esté haciendo, y/o que se quiere potenciar, sistematizar o incorporar de nuevo.

#### 4. Aspectos de la organización y el funcionamiento que define este Modelo

Para hacer realidad este Modelo es necesario que se dimensionen adecuadamente los equipos que lo tienen que implementar y tener unos criterios organizativos y de funcionamiento interno coherentes con sus objetivos.

Este bloque temático recoge exclusivamente los aspectos que se incorporan de nuevo y los que se modifican, rehuyendo expresamente abordar los criterios organizativos ya existentes que se mantienen y aquellos directamente vinculados a los estándares y procedimientos de calidad definidos por la Generalitat que son de obligado cumplimiento para la acreditación de los servicios, a menos que se plantee una mejora respecto del estándar establecido.

## 5. Compromiso con la mejora continua y con la visibilización de la intervención

La realidad en la que trabajan los CDIAP es dinámica y en las últimas décadas los cambios se suceden con una rapidez desconocida en épocas anteriores.

En consecuencia, el Modelo de los CDIAP del IMPD que aquí definimos debe ser vivo, abierto y flexible si se quiere mantener una atención de calidad a lo largo del tiempo. Por ello es necesario el compromiso institucional para establecer mecanismos que faciliten la mejora continua.

Y para conseguirlo es necesaria la implicación de los equipos que prestan el servicio. Por ello este bloque temático recoge también el compromiso institucional de reconocimiento, visibilización y socialización de las buenas prácticas y de las buenas reflexiones que ayudan a crecer técnicamente tanto al servicio como profesionalmente.

De todo esto trata este bloque temático.

### Los dossiers del Modelo:

#### A. Los derechos del niño/a

##### **Implicaciones en la mirada profesional, e implicaciones en el funcionamiento y organización del servicio**

Incorpora tres documentos:

- Los documentos de las personas expertas: Carme Montserrat Boada y Antoni Galiano Barajas.
- El escrito con las aportaciones del debate de la sesión monográfica sobre este tema.

#### B. El sujeto de nuestra intervención

##### **El niño/a como sujeto. La familia como sujeto. Papel de la persona profesional.**

Incorpora dos documentos:

- El documento de la persona experta: Begoña Roman Maestre.
- El escrito con las aportaciones del debate de la sesión monográfica sobre este tema.

#### C. Marco teórico de referencia que orienta la atención que proporcionan nuestros CDIAP del IMPD

Incorpora seis documentos:

- Los documentos de las personas expertas: Rafael Villanueva Ferrer, Anna Fornós Barreras, Gemma Altell Albajes, Carlos Ignacio Ortez González y el esquema de Carmina Català Galofré.
- El escrito con las aportaciones del debate de la sesión monográfica sobre este tema.

## 0.6. Delimitación del Modelo: alcance, límites y retos pendientes

El Modelo que se presenta **es ambicioso** ya que pretende:

- **Redimensionar los dos equipos de los CDIAP** para que puedan compatibilizar con éxito las actuaciones preventivas en red con los servicios de salud, educación y servicios sociales, con una atención terapéutica de calidad a todos los niños/as de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris que requieren atención precoz, a sus familias y a su entorno significativo.
- **Promover acuerdos interinstitucionales para asegurar una atención precoz coordinada entre nuestros CDIAP y los servicios de salud, de educación y de servicios sociales que intervienen en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris.**

Tal como define el “Libro Blanco de la Atención Temprana”,<sup>6</sup> [... del modelo biopsicosocial de la Atención Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño/a y su familia...]. Asegurar una atención precoz a los niños/as que la necesitan es responsabilidad, además de los CDIAP, de los servicios de los ámbitos de salud, de educación y de los servicios sociales que atienden a niños/as. Por lo tanto, la articulación, coordinación y trabajo en red entre servicios de diferentes ámbitos y adscripciones organizativas no puede depender de la voluntad de las personas profesionales que los prestan, sino que es necesario el establecimiento de acuerdos interinstitucionales que lo garanticen.

- **Visibilizar los CDIAP como un agente proactivo necesario en las mesas territoriales y sectoriales de infancia.**

La visión y experiencia de los CDIAP respecto a las necesidades de la pequeña infancia, su desarrollo normativo, los trastornos en el desarrollo y los factores de riesgo lo hacen un servicio imprescindible en los espacios comunitarios de articulación interservicios.

### Alcance:

El trabajo realizado:

- Aborda el marco teórico que orienta la atención que proporcionan nuestros CDIAP, destacando la importancia de tener y mantener una mentalidad y actitudes abiertas sin las cuales toda teoría se transforma en dogma.
- Profundiza en las implicaciones que supone que el niño/a y la familia sean sujetos de la atención que se proporciona.
- Aborda temas de mejora desde la perspectiva de los derechos del niño/a.

6. Grupo de Atención Temprana (GAT) (2000). “Libro Blanco de la Atención Temprana”. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Sitúa las actuaciones específicas de prevención primaria y secundaria como uno de los ejes prioritarios de la intervención de los CDIAP.
- Consolida la intervención grupal con niños/as y con familias como una metodología de especial utilidad terapéutica en el contexto de un CDIAP.
- Da más impulso a la intervención con las familias consideradas en un sentido amplio.
- Desarrolla e incorpora aspectos organizativos y de funcionamiento en coherencia con el modelo metodológico definido aquí, y de mejora de algunos de los estándares de calidad establecidos por la Generalitat.
- Sitúa el conocimiento sistemático y actualizado de la realidad de los territorios, de la población diana y de la población atendida, los servicios derivadores y de la accesibilidad a nuestros CDIAP como un requisito indispensable en un proceso de mejora continua.

### Límites:

Como criterio general se ha rehusado reproducir en este documento contenidos que están definidos por la Generalitat o en el marco legal existente y que son de obligado cumplimiento para los CDIAP de la Red Pública de Cataluña. Sí se han incorporado aquellos contenidos que se querían visibilizar y/o desarrollar o profundizar.

Por ejemplo:

### Funciones de los diferentes perfiles profesionales

#### Qué hemos hecho:

Definir las funciones y el encaje en el equipo interdisciplinario de las figuras de dirección del servicio, personal administrativo, psicomotricista y terapeuta ocupacional porque no están definidas por la Generalitat. Y hemos profundizado en determinados aspectos respecto a la figura del trabajo social ya que, pese a tener definidas sus funciones, se ha valorado que no estaba suficientemente resuelto su encaje en el equipo interdisciplinario.

#### Qué no hemos hecho:

Abordar las funciones de los perfiles profesionales de psicología, logopedia, neuropediatría y fisioterapia que ya están definidas desde 2011 por el entonces Departamento de Bienestar Social y Familia.

### Sistema de gestión de calidad definido por la Generalitat para el proceso de acreditación de los CDIAP

#### Qué hemos hecho:

Abordar los estándares de calidad establecidos por la Generalitat que se quieren mejorar en el contexto de este Modelo municipal.



### Qué no hemos hecho:

Incorporar todos los documentos elaborados a lo largo de un proceso que se inició en enero de 2017 y ha finalizado en abril de 2018 para la implementación del sistema de gestión de calidad definido por la Generalitat para la acreditación de los CDIAP de titularidad privada que quieren formar parte de la Red Pública de Cataluña. Aunque el IMPD, como institución pública, no debe seguir un proceso de acreditación para gestionar los dos CDIAP que tiene adscritos, ha decidido incorporar los criterios, procedimientos y estándares definidos para una gestión de calidad con la voluntad de garantizar un criterio de equidad entre todos los CDIAP integrantes de la Red Pública de Cataluña.

Este proceso ha sido conducido y asesorado por una empresa experta en gestión de calidad.

### Marco legal

#### Qué hemos hecho:

Recoger los contenidos de la normativa que regula específicamente los servicios de atención precoz que interesaba visibilizar o que se consideraba necesario para poder contextualizar correctamente el análisis que se quería llevar a cabo.

#### Qué no hemos hecho:

Realizar una recopilación y un análisis exhaustivo del marco legal vigente que regula los servicios de atención precoz de manera específica y de las normas de alcance más amplio que también deben garantizarse.

### Retos:

- Conseguir la **financiación adecuada** para dimensionar los equipos de los dos CDIAP de manera suficiente para que puedan implementar el Modelo que aquí se dibuja.
- Plantear la necesidad de **garantizar la continuidad asistencial más allá de los seis años** siempre que sea necesario, ya que el desarrollo infantil y la necesidad de intervención a menudo no se para al cumplir los seis años.
- Profundizar el trabajo en red interservicios a partir de la experiencia acumulada.

El último reto que queremos destacar es **conseguir que el Modelo** municipal de los CDIAP del IMPD que aquí definimos **sea algo vivo, abierto y flexible para poder dar respuesta a los retos de una sociedad dinámica y cambiante**. El tiempo dirá si lo hemos conseguido.





# 1. Primera parte. La atención temprana o atención precoz

---

## Sumario

- 1.1. Marco legal y normativo de referencia
  - 1.2. De la estimulación precoz a la atención temprana:  
un cambio de mirada
  - 1.3. La atención temprana y los centros de desarrollo  
infantil y atención precoz (CDIAP)
-



La primera parte recoge y describe los aspectos clave del marco normativo y conceptual que definen la atención temprana o atención precoz y que, por tanto, son el contexto que delimita el encargo que reciben todos los CDIAP de la Red Pública de Cataluña de la que formamos parte.

En este bloque incorporamos algunos aspectos clave de la normativa legal que regula los servicios de atención precoz en Cataluña y de las aportaciones recogidas en el “Libro Blanco de la Atención Temprana” de ámbito estatal. Y profundiza en aquellos aspectos en los que se ha considerado oportuno.

## 1.1. Marco legal y normativo de referencia

Destacamos a continuación aquellas normas que centran nuestro interés sin pretender hacer en ningún momento una recopilación completa y exhaustiva de todas las normativas relacionadas.

### Normativa de referencia

---

#### Ámbito temático:

##### Servicios sociales “General”

#### Ámbito territorial:

##### Cataluña

- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.
  - Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011.
- 

#### Ámbito temático:

##### Servicios sociales “Atención Precoz”

#### Ámbito territorial:

##### Cataluña

- Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.
- Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.

##### Barcelona-IMPD

- Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en

los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).

---

### Ámbito temático:

#### Población

### Ámbito territorial:

#### Internacional

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Observación General núm. 9 “Los derechos de los niños con discapacidad”.

#### Catalunya

- Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

### Otros materiales de referencia

---

### Ámbito territorial:

#### Estado español

**“Libro Blanco de la Atención Temprana” (2000). Grupo de Atención Temprana (GAT). Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.**

En 1995, en el marco de las reuniones interdisciplinarias organizadas por el Real Patronato sobre Discapacidad en las que participaban profesionales de varias comunidades autónomas, surgió el compromiso de profundizar sobre la situación de la atención temprana en España. En aquel momento se consideró necesario poner en común y analizar colectivamente muchos aspectos de la atención temprana, incluida la misma definición. El mapa resultante debía armonizar las diferencias territoriales y de modelos de funcionamiento. Este grupo de trabajo, denominado Grupo de Atención Temprana (GAT), continuó trabajando sobre el tema hasta que en 1998 se tomó la decisión de elaborar el Libro Blanco de la Atención Temprana, que fue editado y presentado en 2000 con el apoyo del Real Patronato sobre Discapacidad.

Este documento nació con la voluntad de ser una referencia para administraciones públicas, profesionales, entidades y familias. El GAT contó con la representación de especialistas de las distintas comunidades autónomas y con el apoyo del Real Patronato sobre Discapacidad. Recibió asimismo el apoyo de la Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS) y de la Fundación ONCE, entre otras entidades.

Por último, cabe resaltar que la Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) tuvo un papel esencial en su elaboración.

---

### Ámbito territorial:

#### Cataluña

**“Documento de estándares para la acreditación de la calidad de los servicios de atención precoz de Cataluña” (2015). Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya.**

Define un sistema de acreditación de los CDIAP que toma como referencia los criterios del modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) que ha sido adaptado al contexto específico de los servicios de atención precoz. Ha sido elaborado mediante un grupo de trabajo integrado por profesionales del sector y se han llevado a cabo dos pruebas piloto previas a la versión definitiva del documento de estándares.

## 1.2. De la estimulación precoz a la atención temprana: un cambio de mirada

La estimulación precoz tiene un **carácter rehabilitador y reparador de la deficiencia**. La persona profesional es la experta que sabe qué necesita el niño/a e implica a la familia (mayoritariamente la madre, cuando no exclusivamente) para que siga en casa sus pautas e indicaciones (actuación por delegación). La familia tiene, por tanto, un papel subsidiario en la toma de decisiones sobre la atención que se debe dar a su hijo o hija.

La evolución del concepto de estimulación precoz a la actual de atención temprana o atención precoz supone un salto cualitativo y un cambio fundamental de mirada con importantes implicaciones filosóficas, éticas, metodológicas y organizativas.

### El cambio de mirada que supone la atención temprana o atención precoz

Abordamos a continuación siete de las premisas en que se basa la atención temprana:

- Mirada global e integradora.
- Amplía la población diana.
- Sitúa la centralidad en el niño/a y parte de la antropología de las capacidades y de la noción de resiliencia.
- Considera el niño/a sujeto de derechos y de oportunidades.

- La familia es sujeto en el cuidado de su hijo/a.
- Sitúa el papel del y de la profesional desde una ética organizativa al servicio de una ética cívica.
- Considera la interacción del niño/a y su entorno social o comunitario como un factor clave en su desarrollo.

### **Mirada global e integradora**

- El proceso de desarrollo del niño/a es dinámico, sumamente complejo, se sustenta en la evolución biológica, psicológica y social, y se refiere tanto a la maduración orgánica y funcional como a la estructuración mental y emocional.

Por lo tanto, la atención precoz requiere la integración de la mirada bio-psico-social mediante un equipo multidisciplinario que funciona de manera interdisciplinaria.

- Mirada global tanto de las capacidades, habilidades y potencialidades como de las dificultades y déficits, los factores de riesgo y de protección de la realidad del niño/a, del vínculo con las personas cuidadoras, y del entorno familiar y comunitario que lo rodea.

### **Amplía la población diana**

Mientras que la estimulación precoz se dirige a niños/as con discapacidad, la atención precoz atiende también a niños/as susceptibles de sufrir algún trastorno que afecte a su desarrollo.

En consecuencia, la población diana se amplía ya que:

- No todos los trastornos del desarrollo son causa de una discapacidad.
- No solo se trabaja con niños/as que presentan un trastorno en el desarrollo sino que también lo hace con aquellos que se encuentran en situación de riesgo de padecerlo con el objetivo de evitar que esto suceda.
- Se trabajan trastornos permanentes del desarrollo infantil, pero también con niños/as que padecen trastornos transitorios que, justamente como consecuencia de una atención precoz, se evita que se cronifiquen.

En conclusión, la atención precoz se dirige a niños/as con y sin discapacidad.

### **Sitúa la centralidad en el niño/a y parte de la antropología de las capacidades y de la noción de resiliencia**

[... Situar la centralidad en el niño/a supone adoptar una mirada ampliada en el horizonte; una mirada dinámica atenta al progreso de sus potencialidades, y no solo una mirada estática que insiste en las dificultades y carencias crónicas. Una atención precoz y educativa no señala solo lo que el niño/a no hace, sino lo que sí hace y se cree razonablemente que podría hacer como fruto de la atención precoz. Siempre con el



principio de realidad, y con evidencias científicas en mano, hay que apostar por cada persona, para que pueda llevar a cabo un desarrollo humano.<sup>7</sup> ...]

**Desde la antropología de las capacidades entendemos por capacidades lo que una persona es capaz de hacer y ser.**

Desde esta cosmovisión del mundo, se considera fundamental actuar de manera proactiva para desarrollar oportunidades para que la persona pueda llegar a hacer y ser. Ahora bien, para generar capacidades no basta con crear oportunidades, también hay que ejercerlas.<sup>8</sup>

Desde esta cosmovisión, la atención precoz, a diferencia de la estimulación precoz, busca capacitar y no solo rehabilitar.

[... Fomentar las capacidades del niño/a es la manera de fomentar la autonomía funcional en su vida cotidiana, a su ritmo, en su grado. Para hacerlo posible, es necesario que poco a poco el niño/a interactúe, es decir, participe, en la medida de sus actuales capacidades y edad, en tomas de decisiones desde una mirada empoderadora. La autonomía posible, dentro de su dependencia, es el fin a procurar; la participación y la interacción es la estrategia para ir consiguiendo los objetivos más concretos de crear capacidades.<sup>9</sup> ...]

Aplicado en el contexto de nuestros CDIAP implica hacer todo lo posible para facilitar una “buena vida” actual y futura al niño/a, trabajando con:

- El niño/a
  - Para que tenga oportunidad de desarrollar sus capacidades y hallar estrategias de adaptación en cuanto a sus limitaciones o dificultades, ganando en autoestima y autoconfianza.
  - Garantizando sus derechos en lo que nos corresponde.
  - Haciéndole sentir que para nosotros es una persona valiosa por lo que es, con todas sus capacidades y discapacidades o dificultades.
- La familia
  - Para que deje crecer a su hijo o hija, experimentar, equivocarse, ganar en autoconfianza, acompañando al niño/a en los retos del desarrollo sin caer en la sobreprotección o la infraprotección.
  - Para que pueda ver, aprovechar y potenciar las capacidades, tanto las del niño/a como las propias, siendo conscientes y buscando estrategias ante las limitaciones y dificultades.

7. Román Maestre, Begoña (2017). “El subjecte de la nostra atenció: l’infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals”. Documento para la sesión monográfica del “Model municipal dels CDIAP de l’IMPD”. Begoña Román Maestre es profesora de la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona y presidenta del Comité de Ètica de Serveis Socials de Catalunya.

8. Por ejemplo: la prestación económica por hijo/a a cargo con discapacidad que recibe la familia no siempre revierte en la persona con discapacidad que lo ha generado. Y, cuando esto ocurre, esta cantidad no es una oportunidad para desarrollar las capacidades de la persona con discapacidad ya que, a pesar de constituir una oportunidad, no se ha hecho efectiva.

9. Ídem nota 7.

- El entorno (guardería o primaria, esplai, etc.)
  - Para facilitar el reconocimiento del entorno respecto de la valía del niño/a como persona con todas sus capacidades y limitaciones, y la valía de su familia.
  - Para facilitar que sea un entorno verdaderamente inclusivo de este niño/a.
  - Para facilitar que se generen oportunidades para el niño/a que este pueda hacer efectivas transformándolas en capacidades.

### La noción de resiliencia

Es una evidencia que ante situaciones traumáticas equivalentes unas personas las superan mejor que otras.

En la década de los ochenta se denominó “resiliencia humana” o “facultad de recuperación” a la “capacidad de una persona o grupo para desarrollarse bien y para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas en ocasiones graves”.<sup>10</sup> O, también, la “capacidad del individuo para hacer las cosas bien y de manera socialmente aceptable en un entorno estresante o adverso que suele conllevar un elevado riesgo de efectos negativos”.<sup>11</sup>

La resiliencia no evita el sufrimiento y el daño pero capacita a las personas para seguir creciendo y desarrollándose, integrando incluso las experiencias difíciles y traumáticas de una manera constructiva.

En la resiliencia hay factores individuales, pero siempre producto de la interacción con el entorno ya desde la experiencia intrauterina. En cualquier caso, la resiliencia es un proceso en el que podemos incidir los y las profesionales facilitando contextos favorables que contribuyan a su fortalecimiento y desarrollo.

Diferentes autores y autoras identifican un conjunto de factores que facilitan la resiliencia infantil. Siguiendo las aportaciones de Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan, [... la existencia de uno o varios de estos factores explican cómo niños/as afectados por contextos familiares, institucionales y sociales de malos tratos, pobreza y violencia se sobrepone a las consecuencias de estos y presentan un desarrollo y una integración social adecuados.

Estos factores son:

- Ser criado o criada por al menos una madre o padre, o en su defecto, un cuidador o cuidadora con capacidades parentales mínimamente suficientes, siendo el apego o vinculación y la empatía las más relevantes.
- Un apoyo social y afectivo de personas adultas en el entorno más inmediato: familia extensa, escuela.

10. Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). “La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil”. Barcelona: Editorial Gedisa.

11. Vanistendael, S. (1995). “Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo”. Ginebra: Cuadernos del BICE.

- La posibilidad de participar y recibir nutrientes afectivos y educativos en redes sociales formales e informales: grupos de amistad, vecinos y vecinas, esplais, etc.
- El acceso a la educación en valores.
- Actividades sociales y de ocio: actividades de tiempo libre, de apoyo mutuo.
- La participación en actividades creativas: teatro, dibujo, etc.
- La participación en actividades sociales que promuevan el humor ...].

Por lo tanto, la atención precoz promueve una intervención profesional proactiva orientada a:

- El fortalecimiento de las competencias y habilidades parentales siempre que sea necesario y posible (reconocimiento de las competencias y habilidades existentes y promoción y fortalecimiento allí donde se detecten carencias).
- Identificar e implicar a las personas adultas significativas para el niño/a que lo pueden ayudar a fortalecer su resiliencia (en la familia extensa, en la escuela, en el “esplai”, etc.).
- Facilitar y promover la participación del niño/a en actividades y grupos de su entorno que le aporten satisfacción, alegría, sentido del humor, creatividad y actividad física, siempre teniendo en cuenta sus intereses y aficiones.
- Incorporar estos elementos en la propia intervención profesional tanto individualizada/familiar como grupal.

### **Considera al niño/a sujeto de derechos y de oportunidades**

Hace protagonista al niño/a. No solo se trabaja “para” el niño/a sino “con” el niño/a.

Ser sujeto significa:

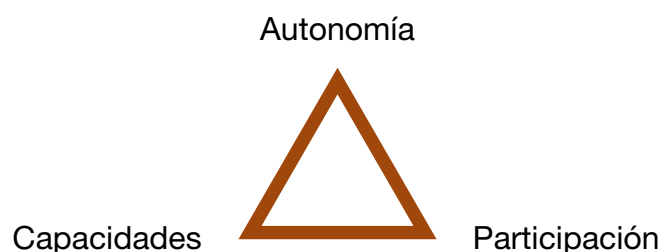
- Ser considerado un agente activo, con opinión, y no solamente destinatario pasivo de las decisiones de las personas adultas, sean tutores/as u otras personas cuidadoras o profesionales.
- Tener derecho a ser escuchado/a:<sup>12</sup> [... los niños/as, de acuerdo con sus capacidades evolutivas y con las competencias alcanzadas deben ser escuchados tanto en el ámbito familiar, escolar y social como en los procedimientos administrativos o judiciales en los que se encuentren directamente implicados y que conduzcan a una decisión que afecte a su entorno personal, familiar, social o patrimonial ...].
- El niño/a tiene derecho a ser informado/a, a que se le expliquen las decisiones tomadas por las personas adultas que le afectan directamente y a que esto se haga de manera comprensible para su edad y capacidad.

12. Artículo 7 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

Pero esto no es suficiente.

Como hemos mencionado anteriormente,<sup>13</sup> [... tratar al niño/a como sujeto conlleva el fomento de sus capacidades y esta es la manera de fomentar la autonomía funcional en su vida cotidiana, a su ritmo, en su grado. Para hacerlo posible, es necesario que poco a poco la persona interactúe, es decir, participe, en la medida de sus actuales capacidades y edad, en tomas de decisiones desde una mirada empoderadora. El objetivo es lograr la mayor autonomía posible, dentro de su dependencia. Y la estrategia a utilizar para ir consiguiendo los objetivos más concretos de crear capacidades son la participación y la interacción.

### Gráfico. Modelo centrado en la persona



Se trata, en definitiva, de que la persona necesitada de atención precoz tenga ni más ni menos lo que merece, tratando igual a los iguales y diferente a los diferentes. La igualdad mana de su dignidad intrínseca; la diferencia, de la consideración a su especificidad, su realidad biológica y social ...].

La misma autora, en un artículo publicado en el “Butlletí dels Professionals de la Infància i l’Adolescència” de la DGAIA (Generalitat de Catalunya) en marzo de 2011, hace las siguientes consideraciones sobre la participación del niño/a:

El niño/a tiene derecho a participar en el proceso de toma de decisiones. [... Participar significa considerarlo ya como una persona, que puede tener una competencia para participar en la toma de decisiones que le afecten, que no significa derecho a ser informado, ni derecho a conocer su opinión, sino tener en consideración su competencia y el desarrollo de esta competencia (de la que la propia consideración de su opinión forma parte del proceso). Por cierto, hacer participar al niño/a en el proceso de decisiones es mucho más exigente que hacerle escoger entre dos opciones ya cerradas habiendo excluido otras alternativas.

El derecho a la autonomía progresiva implica el derecho a participar en la toma de decisiones, que es más que el derecho a ser escuchado/a. Además, el derecho a ser escuchado/a implica mucho más que tener en cuenta su opinión, y no solo oral o bien argumentada: quizás un niño o niña de cinco años no tiene la potencia argumentativa

13. Román Maestre, Begoña (2017). “El subjecte de la nostra atenció: l’infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals”. Documento para la sesión monográfica del “Modelo municipal de los CDIAP del IMPD”.

ni la retórica suficiente para decir que no quiere ver a determinada persona, pero es mucho más efectivamente comunicativo cuando cada vez que tiene que verla llora compulsivamente y pide ayuda a la madre/padre, profesional o persona cuidadora de que se trate ...].

Ahora bien, que el niño/a sea tratado como sujeto de estos derechos no significa que se tenga que hacer lo que el niño/a manifiesta o pide. Hay que tener en cuenta:

- Su capacidad (según su grado de desarrollo y madurez) [... para advertir y sopesar los riesgos y los beneficios de una decisión ...].
- [... Una segunda razón para justificar éticamente el paternalismo ...] y tomar decisiones contrarias o distintas a la voluntad del niño/a [... es tomar las medidas oportunas para mejorar las condiciones de autonomía e igualdad del niño/a: como en el caso del niño/a hablamos de autonomía progresiva, se “sacrifica” en cierto grado su “autonomía” de hoy para permitir que la desarrolle mañana ...].

### La familia es sujeto en el cuidado de su hijo/a

Hacer protagonista al niño/a implica trabajar “con” la familia haciéndola protagonista del desarrollo del niño/a.

Tal y como expresa Begoña Román Maestre:<sup>14</sup> [... Precisamente porque tenemos que atender al niño/a en su realidad biológica y social, la familia es el núcleo esencial de la acción ...].

La familia es sujeto de la intervención del servicio de atención precoz por diferentes motivos:

### Su papel en relación con el niño/a que necesita la atención precoz

- [... Es la principal responsable, la que tiene el cuidado y la tutela del niño/a: la principal unidad de acción.
- Es quien conoce al niño/a seguramente más que nadie, por el tiempo de dedicación y por el amor que normalmente los seres humanos sentimos por los hijos e hijas.
- Es el principal agente educativo y quien lo acompañará mucho más tiempo.

La familia debe encontrar en las personas profesionales un apoyo, no sentirse juzgada ni asesorada desde un autoritarismo intelectual. Quien más conoce a su hijo o hija, quien más tiempo pasa con él/ella, son sus padre/madre,<sup>15</sup> por lo tanto, se trata de que vean en las personas profesionales unas aliadas ...].

El/La profesional conoce muy bien la patología pero no conoce de igual manera a ese niño/a.

14. Román Maestre, Begoña (2017). “El subjecte de la nostra atenció: l’infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals”. Documento para la sesión monográfica del “Modelo municipal de los CDIAP del IMPD”.

15. La diversidad de familias existente hoy en día nos enfrenta a diferentes realidades: madre/padre; madre/madre; padre/padre; madre o padre solo. En este documento nos referimos a todas ellas.

Para que las indicaciones que la/el terapeuta proporcione a la familia sean adecuadas y la familia efectivamente las siga, es preciso un acuerdo en este sentido entre profesional y familia.

Hay que huir de establecer una relación vertical entre la persona profesional en el papel de experta que sabe qué necesita el niño/a, y la familia, que debe seguir las pautas que se le facilitan.

Hay que establecer una relación horizontal en la que la familia es tratada como sujeto y, por tanto, hay una relación de *feedback* sobre lo que “yo como profesional he entendido y veo” de la evolución del niño/a y lo que ve y entiende la familia. Este tipo de relación termina siendo mucho más eficaz porque cuando la familia entiende la utilidad de aquella pauta hay muchas más probabilidades de que efectivamente se lleve a cabo y la mantenga en el tiempo con o sin profesional detrás.

Pero para establecer esta relación se requiere el tiempo necesario de conocimiento previo durante el cual se va estableciendo la relación de confianza necesaria que facilita la implicación de la familia en el proceso.

[... Si en el acompañamiento los y las profesionales crean capacidades también en las familias y, por tanto, nos fijamos en sus idiosincrasias y en sus fortalezas, más allá de sus carencias y debilidades, la atención precoz podrá ser integral y personalizada. Tendrá así más posibilidades de conseguir su propósito, la calidad de vida del niño/a atendido.

La finalidad del CDIAP no es prestar servicios sin más, sino conseguir eficientemente que un niño/a y su núcleo familiar puedan llevar a cabo una vida digna. Y eso pasa por la atención a su esfera familiar, porque después de un primer bache de malas noticias se vea con ánimos para sacar adelante sus vidas personales, cualquiera que sea la realidad problemática de su hijo o hija.

Terapia y pedagogía van juntas en la atención precoz a las familias. El conocimiento de la problemática de su hijo o hija, la gestión de las emociones forman parte de este acompañamiento ...].

### **El impacto de la llegada del niño/a con dificultades o un trastorno del desarrollo en las dinámicas familiares y en la vida de las personas que integran aquella familia.**

[... Hay que acompañar el duelo que la familia pasará aunque no siempre sea consciente de ello. Hay duelo porque ha llegado un niño/a con problemas, no es lo que se espera. El padre/la madre quiere/n lo mejor para los hijos e hijas. Hay duelo porque no estaba en los planes, ni a corto ni a largo plazo, sencillamente no pasaba por la cabeza. Hay duelo porque hay que abandonar o postergar los otros planes que sí se hicieron. Hay duelo porque se quieren certezas y verdades diagnósticas con impaciencia, y no siempre a pesar de la paciencia las tendrán. A veces el duelo se manifiesta con una resistencia titánica que esconde vulnerabilidades. Forma parte del duelo negar la necesidad de atención. A veces las familias se pueden llegar a sentir culpables por todo (como si todo dependiera de uno/a): por no haberse cuidado más; por no haber prestado más atención; por creer que ellos o ellas saben más que todas las personas profesionales y rechazar la ayuda que les ofrecen, etc.

El duelo es y se vive muy subjetivamente, pero según se permita que aflore y se acompañe o no, puede conllevar una mala vida para esa unidad familiar. Un duelo mal llevado, reprimido, puede generar también una violencia hacia otros o hacia uno/a mismo/a. Así el niño/a puede ser culpabilizado por ser el causante de todo: por culpa de él o ella las familias (sobre todo las mujeres) ven que pierden, por la necesidad de cuidado del hijo/a, el tren de la vida profesional, o el proyecto de pareja. Sentir y expresar que a uno/a esto le supera y que no puede con todo, es normalizador y consustancial al acompañamiento a la familia por parte de los y las profesionales. Forma parte de este acompañamiento a las familias dejar que hagan aflorar y expliciten todos estos pensamientos y emociones. Los y las profesionales deben saber hacerles entender que forma parte del cuidarse a sí mismo/a no olvidar quiénes eran, quiénes son y que son más que cuidadores de este niño/a ...].

### Sitúa el papel del y de la profesional desde una ética organizativa al servicio de una ética cívica<sup>16</sup>

Cuando hablamos de ética aplicada en el contexto de los servicios debemos distinguir cuatro éticas que se correlacionan de manera jerarquizada:

- **La ética cívica.** Es la ética al servicio del bien público. La ética cívica trabaja por la dignidad y la justicia de la persona en un espacio público pluralmente moral.
- **La ética organizacional.** Trabaja para la coordinación y articulación de las diferentes intervenciones profesionales poniendo siempre en el centro a la persona a quien se proporciona atención. Busca garantizar el trabajo en equipo dentro del propio servicio y en red interservicios.
- **La ética profesional.** Es la que busca garantizar la calidad de la atención personalizada que proporciona cada profesional.
- **La ética personal.** Es la ética de cada uno/a de nosotros/as (profesionales del servicio y de los otros servicios que interactúan) y de cada familia y las personas que la integran.

Gráfico. El modelo centrado en las personas desde la perspectiva de los y las profesionales



16. El texto de este apartado que está entre corchetes proviene textualmente del documento elaborado por Román Maestre, Begoña (2017) "El subjecte de la nostra atenció: l'infant com a subjecte; la família com a subjecte. Paper de les persones professionals". Documento para la sesión monográfica del "Modelo municipal de los CDIAP del IMPD".

[... Los y las profesionales y organizaciones que tienen que llevar a cabo un modelo centrado en la persona del niño/a y en su familia deben poseer, además de conocimientos técnicos, inteligencia emocional y ética. Respecto a esta última, deben saber tomar las decisiones desde una ética organizativa al servicio de la ética cívica.

La ética cívica, en el contexto del espacio público y de un servicio público a los niños/as y a sus familias, prioriza la justicia y la dignidad inherente a cualquier persona (independientemente de su capacidad). Desde las posibilidades de la organización, con el criterio de la sostenibilidad y calidad total, hay que garantizar el trabajo en equipo y en red, más allá de las correspondientes deontologías profesionales. Solo con partituras compartidas se crea una orquesta sinfónica; solo con recorrido compartido y respetando la especialidad de cada músico se crean los grupos de jazz que saben improvisar adaptándose al contexto, a los niños/as y a las éticas personales de las familias.

Como la atención centrada en las personas requiere profesionales que trabajen desde la proximidad y la personalización, tendrán que ser imparciales y, por tanto, saber llevar a cabo ejercicios de autocontención dejando en segundo plano su ética personal. Es fácil tratar bien a quien nos resulta simpático y agradecido; no lo es tanto cuando la familia está airada o no es colaboradora y no responde a las demandas del o de la profesional.

Además, habrá que disponer de profesionales que sepan distinguir entre sus simpatías personales y aquellas presiones familiares que son intolerables porque dañan al niño/a. En estos casos hay que discutir con las familias por el interés superior del niño/a; todo ello sin descuidar el cambio hacia la confianza que en todo momento debemos procurar en las familias, asumiendo al mismo tiempo los propios límites personales, profesionales u organizativos.

Cuando las discrepancias son grandes respecto a las morales de las familias (hábitos y costumbres), es importante, en el proceso de empoderarlas, dejarse interpelar por ellas. Hay que insistir en que se trata de que vean a las y los profesionales como aliados, no como agentes alienadores que desconfían de que sepan educar a su hijo o hija. En este sentido puede ayudar, en lugar de encontrar enseguida el acuerdo que todos queremos y que no llega cuando queremos, empezar acordando lo que nadie quiere y encontrando los medios que nos alejen de los horizontes negros que nadie quiere.

Los y las profesionales deben garantizar la justicia (ética cívica); por ello, para garantizar la igualdad de acceso y de uso y la diferencia en el trato según las necesidades, deberán ser profesionales y organizaciones que sepan ser proactivos en la detección y reactivos en la sobrexigencia: atención a las necesidades no es meramente atención a las demandas.

Después de la justicia de la ética cívica se debe priorizar la calidad total de la ética organizativa. Dentro de esta calidad organizativa, cada profesional, con su especialidad, encontrará la forma de sobresalir y dar lo mejor de sí, respetando las éticas personales de las familias (no todas las morales personales son respetables, no lo son cuando hay negligencia de las tareas de cuidado y atención del niño/a).



Evitar la arbitrariedad profesional (que atenta contra el trato justo) no significa, sin más, protocolizarlo todo. El modelo centrado en la persona requerirá la discrecionalidad, precisamente porque se trata de la atención a cada persona y a su núcleo familiar: que siempre son más que un caso, son historias de vida. Pero habrá que discutir con los padres cuando sus preferencias, miedos u opciones de vida suponen un daño para su hijo/a o para los otros hijos e hijas, lo que pasa por el apoyo de la organización al y a la profesional que está dispuesto a hacerlo, así como coherencia entre los/las profesionales.

Por eso hay que acompañar a la familia a ver qué tipo de vida construyen para acomodar la nueva realidad que conlleva la situación del hijo/a: todo esto requiere tiempo. Las y los profesionales deben saber, apoyados por la organización, conciliar el tiempo de despacho, de informes y de encuentros personales. El quid de la comunicación siempre será el principal elemento de una tarea de calidad. Esta jerarquización de todas las éticas supondrá en los y las profesionales dejar de hacer cosas y consensuar organizativamente cuál es el tiempo prudencial para llevar a cabo determinadas tareas ...].

### **Considera la interacción del niño/a y su entorno social o comunitario como un factor clave en su desarrollo**

El niño/a es un ser social y, por tanto, en su desarrollo resulta determinante la calidad del proceso interactivo entre el niño/a y su entorno significativo, no solo el familiar sino también el comunitario.

Desde esta premisa la variable “territorio de proximidad del niño/a” se convierte en una variable clave para la atención precoz a dispensarle. De ahí se derivan dos de los requisitos para la prestación de la atención precoz: sectorización (o territorialización) de los servicios, y trabajo en red con los servicios del territorio.

### **Sectorización de los servicios de atención precoz**

Desde esta cosmovisión se hace necesario el conocimiento del entorno comunitario significativo para el niño/a y el trabajo en red entre servicios. Esto solo es alcanzable cuando los servicios de atención precoz están territorializados. Por tanto, se impone la sectorización territorial de dichos servicios.

### **Trabajo en red interservicios**

Siempre que sea posible hay que trabajar en red con los servicios sociales, sanitarios, educativos y otros que desarrollen tareas de prevención y detección precoz de los trastornos de desarrollo y situaciones de riesgo en la población infantil.

El trabajo en red es más exigente que la colaboración, coordinación o cooperación entre servicios, al tiempo que los incorpora.

El trabajo en red es un **modelo metodológico de articulación y trabajo conjunto entre servicios** que cuenta con una determinada mirada profesional y una manera específica de intervenir.

Gráfico. Modelo metodológico de articulación y trabajo conjunto entre servicios



### La mirada profesional

Se caracteriza por concebir a las personas con las que se está interviniendo a partir de dos premisas básicas:

- Hace hincapié en sus potencialidades, capacidades e intereses. En definitiva, fortalece sus capacidades para tomar decisiones, buscar soluciones y asumir las consecuencias.
- Da un trato particularizado a cada caso identificando la singularidad de cada niño/a y de las personas de su entorno, y no solo por lo que comparte con otros y que permite clasificar a la persona dentro de una tipología o categoría que, a pesar de ser útil cuando se utiliza con carácter orientativo, a veces sirve para justificar juicios a priori y actuaciones profesionales estándar que pueden no ser adecuadas en función de la singularidad de aquel caso.

### La intervención

La intervención desde este modelo de trabajo en red busca:

- Comprender las causas y no quedarse en la sintomatología y en los comportamientos disruptivos, cuando los hay.
- Efectuar una valoración y orientación conjuntas, y definir una estrategia de intervención que aporte coherencia y complementariedad a las intervenciones de los diferentes servicios que intervienen.
- Definir qué servicios deben intervenir directamente con el niño/a y/o la familia, cuál de ellos debe ser referente y cuál/es pasan a realizar una intervención indirecta y no presencial con el niño/a y la familia.
- Evitar que intervengan más servicios de los necesarios.

- Evitar intervenciones duplicadas o desatender necesidades por abordajes sesgados por parte de los servicios.
- Evitar dar indicaciones contradictorias al niño/a y a la familia.
- Evitar añadir gratuitamente complejidad al manejo del día a día del niño/a y la familia con multiplicidad de visitas y entrevistas sin articulación previa entre los servicios.

### Una metodología específica de articulación

El trabajo en red se basa en una determinada metodología de articulación y pacto sin jerarquías entre profesionales y servicios para analizar e intervenir en las situaciones que afectan a personas con las que se está interviniendo.

En esta articulación, “el caso” pasa a ocupar un lugar central a partir del cual se organizan los y las profesionales y servicios intervinientes.<sup>17</sup> Entendemos por caso la construcción y aproximación que hacen los y las profesionales de la realidad de una persona/familia, de su situación, su historia significativa y contexto social a partir de los cuales los síntomas toman una significación.

Esta metodología facilita el análisis conjunto de las dudas y las incertidumbres respecto al caso o a la propia intervención a fin de tomar decisiones y hacer contención, cuando sea necesario, de respuestas reactivas ante la impotencia o la angustia que determinadas situaciones provocan a los y las profesionales de diferentes servicios participantes, o al propio niño/a y/o familia.

En resumen, **se trata de seguir un protocolo de actuación que incluye:**<sup>18</sup>

- Una evaluación diagnóstica conjunta.
- El diseño de un plan de trabajo (en el que el pronóstico, los objetivos y la estrategia globales son pactados entre los servicios intervinientes y donde se establecen las actuaciones y responsabilidades específicas que asumirá cada profesional/servicio).
- La asignación de una o un profesional/servicio referente del caso.
- Un seguimiento periódico del caso (no inferior a un encuentro trimestral).

17. Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. Helsinki, enero de 2005.

18. Ubieta, J.R. “Interxarxes. Una experiència de treball en xarxa amb infància i adolescència”.

## 1.3. La atención temprana y los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP)

La atención temprana es una responsabilidad que implica a diferentes sistemas de servicios (salud, servicios sociales y educación) y, en concreto, a todos los servicios que actúan en el contexto del niño/a y su familia.

Este apartado, sin embargo, se centra en los aspectos que definen el encargo específico que reciben los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP) en Cataluña.

Para cada una de las variables que se analizan hacemos referencia a una o más normas (marco legal y normativo) en función de que añadan matices o contenidos diferentes que hemos considerado de interés recoger en el cuadro resumen que figura a continuación.

Los contenidos destacados y el resumen de conceptos clave son responsabilidad nuestra.

### Resumen

---

#### Los CDIAP

**Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

[... Son los establecimientos específicos de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública donde se prestan los servicios de atención precoz ...]. (Art. 9.)

#### Los servicios de atención precoz

[... Son servicios sociales de atención especializada del Sistema Catalán de Servicios Sociales, que forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública ...].

(Así definidos desde la Ley 4/1994, de 20 de abril, refundida posteriormente en el Decreto Legislativo 17/1994, cuando aún existía el Programa Sectorial de Estimulación Precoz).<sup>19</sup>

#### Definición

**Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

---

19. Posteriormente, el Decreto 206/1995 adscribió al entonces Departamento de Bienestar Social las funciones en materia de estimulación precoz y suprimió el citado programa.

[... Conjunto de actuaciones de cariz preventivo, de detección, diagnóstico y de intervención terapéutica, de carácter interdisciplinario, que se entiende, en un sentido amplio, desde el momento de la concepción hasta que el niño/a cumple los seis años, alcanzando, por tanto, **la etapa prenatal, perinatal, postnatal y pequeña infancia ...**].

#### **“Libro Blanco de la Atención Temprana”.**

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

---

#### **Naturaleza de los servicios**

##### **Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- **Carácter universal de los servicios** (preámbulo): [... Los servicios de atención precoz se constituyen como un **derecho subjetivo para todas las personas** que reúnen los requisitos establecidos en el Decreto y que tengan la residencia habitual en Cataluña ...]. (Art. 2.)
- **Gratuidad de los servicios**: [... Estos servicios no están sujetos a contraprestación económica por parte de las personas y familias que los reciban ...]. (Art. 2.)

---

#### **Personas destinatarias**

##### **Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- [... **Toda** la población infantil que presenta trastornos en su desarrollo o que se encuentra en situación de riesgo de padecerlos **con independencia de cuál sea la causa de este trastorno ...**]. (Preámbulo.)
- [... Los niños y niñas extranjeros que se encuentren en el territorio de Cataluña tienen derecho, en las mismas condiciones que el resto de niños/as, a los servicios de atención precoz, en los términos previstos en la legislación vigente ...]. (Disposiciones adicionales.)

##### **Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- [... Tienen derecho a los servicios de atención precoz los niños/as, con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, **desde el momento de su concepción y, como máximo, hasta que cumplan seis años ...**]. (Art. 1.)
- [... Sin perjuicio del carácter universal de los servicios de atención precoz, **se prioriza la atención a los niños/as menores de tres años y los niños/as con afectación grave**, de acuerdo con el criterio clínico de los y las profesionales del

CDIAP. Se entiende por afectación grave aquella condición familiar, de entorno o del propio niño/a, que repercute en alguna área del desarrollo del niño/a, de forma que queda comprometida, de forma significativa, su capacidad adaptativa y de relación con el entorno ...]. (Art. 1.)

**Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).**

- [... Los destinatarios son los niños y niñas con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, desde el momento de su concepción y hasta que cumplan seis años, **y sus familias.**
- Sin desatender los puntos anteriores, **se priorizarán las actuaciones para niños y niñas de 0 años hasta los escolarizados en P-4, los trastornos graves y la no duplicidad asistencial ...].**

**“Libro Blanco de la Atención Temprana”.**

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

---

**Finalidad y objetivos**

**Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

**Objetivos**

- [... Atender a la población infantil desde la concepción hasta que el niño/a cumple los seis años por lo que se refiere a la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento.
- Participar en la coordinación de las actuaciones que se realizan en esta franja de edad.
- Participar en los proyectos de coordinación interdepartamental.
- Asegurar equipos expertos en desarrollo infantil.
- Garantizar la continuidad asistencial ...].

**“Libro Blanco de la Atención Temprana”.**

**Finalidad**

[... Ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los

ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social.<sup>20</sup>

### Objetivos

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

---

### Ámbitos de actuación

**Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- [... La **prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento** de trastornos en el desarrollo, para **cualquier etiología**.
- **La crianza**, entendida como el apoyo y acompañamiento a la familia en el cuidado que es necesario tener para el desarrollo integral del niño/a.
- La prevención de situaciones de riesgo por antecedentes personales o familiares ...].

**Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).**

Menciona las mismas actuaciones del Decreto 261/2003 y añade:

**[... Todas estas actuaciones serán realizadas con la metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario ...].**

---

20. El “Libro Blanco de la Atención Temprana” utiliza el término “integración social” y no “inclusión social” porque fue elaborado en el año 2000, momento en que se empezaba a cuestionar la integración (que hace hincapié en las acciones para facilitar la adaptación de la persona con discapacidad a su entorno) para reivindicar el concepto de inclusión social que supone un cambio sustancial de mirada por la implicación del entorno en la supresión de las barreras que impiden la plena incorporación y participación en la comunidad de la persona con discapacidad.

---

## Funciones de los servicios de atención precoz

### **Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- [... Realizar un diagnóstico interdisciplinario, funcional, sindrómico y etiológico del desarrollo del niño/a, de la situación familiar y del entorno.
- Efectuar la evaluación continuada del desarrollo del niño/a.
- Llevar a cabo la intervención terapéutica interdisciplinaria al niño/a y a su entorno inmediato de forma ambulatoria y periódica.
- Colaborar y cooperar con los servicios sociales, sanitarios, educativos y otros que desarrollen tareas a nivel de prevención y detección precoz de los trastornos de desarrollo y situaciones de riesgo en la población infantil hasta los seis años.
- Orientar a las familias llevando a cabo el asesoramiento y apoyo a los padres o personas tutoras en los contenidos que le sean propios.
- Orientar a los y las profesionales de la educación infantil en las etapas de 0 a 3 y de 3 a 6 años por lo que se refiere a los trastornos del desarrollo.

Estas funciones se llevarán a cabo en los ámbitos del niño/a, la familia, el entorno y la sociedad ...].

### **Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).**

#### Funciones generales:

- [... Realizar el diagnóstico interdisciplinario, funcional, sindrómico y etiológico del desarrollo de los niños y niñas que lo requieran en el ámbito territorial mencionado. Elaborar informes funcionales y descriptivos de la realidad del niño/a.
- Después del proceso diagnóstico, establecer el programa terapéutico individualizado que será diseñado por el equipo y explicitar en un dossier donde se registrarán los informes, las evaluaciones, el programa terapéutico y todas las incidencias en relación con el caso.
- Todo este proceso se llevará a cabo mediante reuniones interdisciplinarias de todo el equipo, de coordinación con los recursos de la zona y de supervisión técnica, si procede.
- Establecer la atención integral, realizando la intervención terapéutica interdisciplinaria con el niño/a y su entorno inmediato de forma ambulatoria y periódica. En general esta atención se realizará en la sede de los servicios sociales de atención precoz o en el entorno natural del niño/a.



- Orientar a las familias llevando a cabo el asesoramiento y apoyo a los padres y madres o tutores/as en los contenidos que le son propios.
- Orientar a los/las profesionales de la educación infantil en las etapas de 0 a 3 años y de 3 a 6 años en cuanto a los trastornos del desarrollo.
- Apoyar los procesos de socialización e integración del niño/a. Colaborar con los y las profesionales de los ámbitos educativos, sanitarios y sociales.
- Desarrollar en colaboración con los servicios educativos, sanitarios y sociales las tareas de prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo y de situaciones de riesgo en la población infantil hasta los seis años.
- Promover y desarrollar la investigación, la docencia y la formación a partir del propio trabajo, tanto individual como del equipo. Establecer una formación continuada de los/las profesionales del servicio que implique, por un lado el conocimiento de diferentes técnicas y experiencias y, por otro, el análisis y la discusión de la propia metodología de trabajo.
- Evaluar y efectuar el seguimiento periódico del diagnóstico y de la intervención terapéutica.
- Aplicar la clasificación diagnóstica internacional 0-3 años y la CIE 09 o la CIE 10 ...].

#### Funciones específicas:

[... El servicio de atención precoz debe poner al alcance de la persona usuaria las técnicas y actuaciones más adecuadas para conseguir potenciar al máximo las capacidades del niño/a y adecuar su entorno a las necesidades de modo que le permita alcanzar el máximo bienestar y un óptimo desarrollo.

El servicio se concretará en el abordaje global del caso, la atención directa del niño/a y su entorno más inmediato, la familia y la escuela.

- Atención directa al niño/a: desde un abordaje global comprende el diagnóstico, la intervención terapéutica y la evaluación y seguimiento. Las sesiones de trabajo tendrán una duración de entre 45 y 60 minutos y podrán llevarse a cabo en el propio centro, domicilio del niño/a, escuela infantil...
- Atención a la familia: comprende las actuaciones de información, asesoramiento, apoyo y, cuando sea posible, grupos de padres y madres.
- Apoyo a la escuela.
- Seguimiento de los niños/as de riesgo biológico, psicológico y social.
- Trabajo interno del equipo orientado a la planificación terapéutica individual de todos los niños/as y familias atendidos, a la discusión clínica de los diagnósticos y planificación de nuevas estrategias, a la organización de grupos de trabajo específicos, a la supervisión clínica y el desarrollo de otras funciones propias del trabajo interdisciplinario.

- Coordinación con los recursos de la zona:
  - Hospitales de la zona: servicios de neonatología, servicios de pediatría, servicios de neuropediatría, servicios de psiquiatría infantil, servicios de rehabilitación y servicios de obstetricia y ginecología.
  - Servicios de orientación y valoración de las personas con disminución (CAD).
  - Áreas básicas de salud, pediatras de cabecera (ABS).
  - Otros centros de desarrollo infantil (CDIAP).
  - Equipos de asesoramiento psicopedagógico (EAP).
  - Centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ).
  - Centros de salud mental de adultos (CSMA).
  - Unidades básicas de asistencia social primaria (UBASP).
  - Equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA).
  - Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).
  - Recursos específicos para niños/as con déficit visual (ONCE), con déficit auditivo (CREDA), centros materno-infantiles, centros de acogida, centros de recursos específicos (SIRIUS), centros de día para niños/as con pluridiscapacidad y otros ...].

---

## Canales de acceso

### **Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- [... El acceso a los servicios de atención precoz se efectúa mediante solicitud de los padres, tutores o guardadores de hecho del niño/a, dirigida al CDIAP competente por razón del territorio. Pueden adjuntar informes o dictámenes emitidos por los y las profesionales del ámbito de la salud, de los servicios sociales o de la enseñanza.
- Excepcionalmente, el procedimiento lo podrán iniciar de oficio los CDIAP directamente o a partir de los casos provenientes de los servicios sanitarios, los servicios sociales o los servicios de enseñanza ...].

### **Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).**

- [... El acceso a los servicios de atención precoz es directo. La familia puede acceder directamente, por iniciativa propia, siempre que el centro le corresponda por zona y que la edad del niño/a esté en la franja de atención precoz (preferentemente niños/as desde 0 años hasta escolarizados en P-4).

- Para acceder al servicio de atención precoz será necesario que los padres y madres o tutores/as legales firmen la correspondiente solicitud de atención durante el proceso de acogida ...].

---

### Duración del servicio

**Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

[... Será la que precise cada niño/a y se extenderá hasta que las necesidades de atención puedan ser cubiertas por los servicios de carácter general, ya sean educativos, sanitarios o sociales o, en todo caso, cuando cumpla la edad de seis años ...]. (Art. 1.)

---

### Ámbitos de prestación

**Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

[... Los servicios de atención precoz se pueden prestar en un establecimiento específico (CDIAP) o en el entorno natural del niño ...]. (Art. 9.)

---

### Personal

**Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.**

- [... Para realizar las actividades y funciones indicadas en el art. 7 del Decreto los servicios de atención precoz deben disponer de profesionales con formación en desarrollo infantil e intervención familiar y social, que formarán un equipo interdisciplinario, dirigido por un/a responsable técnico/a.
- Los CDIAP que formen parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública, deben contar con las especializaciones en los ámbitos de: neurología infantil, psicología clínica, logopedia, fisioterapia y trabajo social ...].

**Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. (Vigente.)**

- [... **Perfiles profesionales:** Médico/a neuropediatra o, de forma transitoria o excepcional, médico/a con formación acreditada de pediatría o de neuropediatría; psicólogo/a clínico/a, o psicólogo/a con formación acreditada en desarrollo infantil; fisioterapeuta; logopeda; trabajador/a social. Las figuras profesionales de psicomotricista y pedagogo/a, pese a no ser obligatorias, son recomendables, dado el abanico de edad de los niños/as atendidos ...].

## Algunos conceptos clave

### Desarrollo infantil

[... Es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

El desarrollo en los primeros años se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genérica adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel biológico y a nivel psicoafectivo.

El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales:

- La base genética, específica de cada persona, establece unas capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no nos es posible modificarla.
- Los factores ambientales van a modular o incluso determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Son factores ambientales de orden biológico el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al sistema nervioso..., condiciones necesarias para una adecuada maduración.

Son factores ambientales de orden psicológico y social la interacción del niño/a con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...). Estas condiciones, que son necesidades básicas del ser humano, son determinantes en el desarrollo emocional, funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje.

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad. La situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad ante las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al sistema nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores ...].

**(Libro Blanco de la Atención Temprana.)**

### Riesgo de sufrir un trastorno en el desarrollo

- [... Se entiende por riesgo “el hecho de que un niño/a se encuentre en una situación de carácter biológico, psicológico o social que dificulta su desarrollo” ...].

**(Decreto 45/2014, art. 1.)**

- [... Se consideran de **riesgo biológico** aquellos niños/as que durante el período pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer.

Los niños/as de **riesgo psico-social** son aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que pueden alterar su proceso madurativo ...].

**(Libro Blanco de la Atención Temprana.)**

### Trastorno en el desarrollo

- [... Es la disfunción transitoria o permanente ya sea de carácter neurológico, psicológico o sensorial, que presenta un niño/a en su proceso de maduración ...].

**(Decreto 45/2014, art. 1)**

- [... **El desarrollo** es el proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

**El trastorno del desarrollo** debe considerarse como la desviación significativa del “curso” del desarrollo como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención temprana la que determina la transitoriedad del trastorno ...].

**(Libro Blanco de la Atención Temprana.)**

### Afectación grave

- [... Se entiende por afectación grave aquella condición familiar, de entorno o del propio niño/a, que repercute en alguna área del desarrollo del niño/a, de forma que queda comprometida, de forma significativa, su capacidad adaptativa y de relación con el entorno ...].

**(Decreto 45/2014, art. 1.)**

### Necesidades transitorias o permanentes

Todas las normas de referencia consideran que las necesidades del niño/a que

requiere atención precoz pueden ser transitorias o permanentes. Esto pone de relieve que los CDIAP atienden a niños/as con y sin discapacidad actual o futura. Precisamente una intervención precoz adecuada puede evitar en algunos casos que determinadas dificultades o déficits se cronifiquen o conseguir que desaparezcan.

### Carácter global de la intervención

- [... En la planificación de la intervención, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño/a en todos los ámbitos y no solo el déficit o discapacidad que pueda presentar. En atención temprana se debe considerar al niño/a en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social ...].

**(Libro Blanco de la Atención Temprana.)**

### Prevención

En el contexto de la atención precoz hablamos de:

- **Prevención primaria:** consiste en **evitar que aparezca** un trastorno del desarrollo.
- **Prevención secundaria:** consiste en la **detección precoz** cuando se presentan los primeros indicios de la existencia de un trastorno del desarrollo o de la existencia de riesgo de padecerlo.
- **Prevención terciaria:** busca **evitar que** el trastorno **sea permanente**, o bien **reducir el impacto negativo** del trastorno o de la situación de riesgo, o **restaurar la función** siempre que sea posible, o **reducir las complicaciones o agravamiento** de la sintomatología.

La **prevención** de los trastornos del desarrollo y de las situaciones de riesgo que estos puedan provocar **es una de las principales funciones de un CDIAP.**

En cuanto a la **prevención primaria y secundaria**, el CDIAP [... colaborará con las instituciones, asociaciones y otros profesionales de la zona en la elaboración de programas que tengan como objetivo la sensibilización de la población en general en aspectos de prevención relacionados con el desarrollo infantil ...].

### Programas dirigidos a las familias y futuros padres

[... Se engloban aquí todas aquellas actividades dirigidas a proporcionar una mejor información y orientación a las familias y sociedad en general para evitar la aparición de desviaciones del desarrollo normal del niño/a:

- Programas de sensibilización dirigidos a la población en edad fértil. Embarazos en adolescentes y embarazos en poblaciones que se identifiquen como de alto riesgo.
- Programas de información sobre el desarrollo normal del niño/a a familias y futuros padres en los centros de atención primaria (centros de salud y planificación familiar), centros de servicios sociales, guarderías y escuelas infantiles ...].

### Programas dirigidos a profesionales

[... Estos programas pretenden ofrecer a aquellos profesionales que están en una situación de privilegio por su relación con los padres una información operativa. El objetivo es que ellos puedan ser los primeros agentes de promoción de la salud y de la educación del niño/a, así como de detección de posibles alteraciones en el desarrollo normal. Estarán dirigidos a:

- Profesionales de la salud.
- Profesionales de servicios sociales.
- Profesionales de la educación infantil ...].

(Texto entre corchetes procedente del “**Libro Blanco de la Atención Temprana**”.)

En cuanto a la **prevención terciaria** en la atención que proporciona un **CDIAP**, es **transversal a toda la atención** personalizada (individualizada/familiar y/o grupal) que se proporciona al niño/a, su familia y a su entorno inmediato, que se inicia en el momento de la acogida a la madre/padre o tutor/a una vez han efectuado la demanda de atención.







## 2. Segunda parte. Los derechos en la primera infancia

---

### Sumario

2.1. Punto de partida: la Observación General núm. 7  
de Naciones Unidas

2.2. Los derechos de la infancia más vulnerable

Niños/as con dificultades o trastornos de desarrollo

La intervención en los servicios de atención precoz

Ejemplos de cómo hacer operativo el tema de los derechos  
en los servicios dedicados a la primera infancia

## 2.3. El papel clave de la educación infantil

El derecho a la educación en la legislación catalana:  
Ley de los derechos y las oportunidades en la infancia  
y la adolescencia (LDOIA)

El papel clave de la educación infantil, especialmente  
para la infancia vulnerable

---

Este es un tema fundamental para la definición del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD porque lo sitúa en coherencia con las aportaciones de los organismos internacionales como Naciones Unidas, UNICEF y el Consejo de Europa que explican cómo hay que interpretar la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 en relación con la pequeña infancia, teniendo en cuenta el marco que brinda la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 en lo que es de aplicación en la infancia.

Por otra parte, introduce el papel clave de la educación infantil, especialmente para la infancia en situación de vulnerabilidad, que tiene consecuencias concretas en el Modelo que aquí estamos definiendo.

Por todo ello decidimos dedicar una sesión monográfica sobre “Los derechos del niño y la niña: implicaciones en la mirada profesional e implicaciones en la organización y funcionamiento del servicio”. A continuación reproducimos entre corchetes buena parte del texto aportado por Carme Montserrat Boada,<sup>21</sup> que participó en calidad de experta externa. El texto completo se puede consultar en los dosieres del Modelo.

## 2.1. Punto de partida: la observación general núm. 7 de Naciones Unidas

[... El 14 de noviembre de 2005, el **Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas** emitió la **Observación General núm. 7<sup>22</sup>** para explicar cómo habría que interpretar la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989<sup>23</sup> en relación con la primera infancia. Esta observación surgió a partir del análisis que el Comité realizó de los informes que recibían de los estados, en los que casi no se hacía referencia a los niños/as más pequeños, como mucho se reflejaban estadísticas sobre mortalidad infantil, su salud o el tema del registro de nacimiento.

Es por ello que el Comité decidió estudiar más a fondo las implicaciones que la CDN tenía concretamente con la primera infancia con los siguientes objetivos reflejados en su **capítulo I**:

- a. Reforzar la comprensión de los derechos con respecto a los más pequeños y buscar la implicación de los estados hacia estos.
- b. Reconocer a los niños y niñas más pequeños como agentes sociales que tienen intereses, capacidades y vulnerabilidades desde el momento de su existencia, necesidad de protección, orientación y apoyo.

21. Codirectora del Equipo de investigación en infancia, adolescencia, derechos de los niños y su calidad de vida (ERIDIQV) de la Universitat de Girona.

22. Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño (2005). Observación General nº. 7 “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”. Documento de 20 páginas con 7 capítulos.

23. Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990.

- c. Señalar la atención a la diversidad en estas edades.
- d. Tener en cuenta las diferencias culturales en su trato, siempre y cuando no contravengan sus derechos.
- e. Insistir en la vulnerabilidad que presentan ante la pobreza, la discriminación y circunstancias familiares adversas contrarias a sus derechos y bienestar.
- f. Contribuir a la promoción de políticas, leyes y programas centrados en los derechos de la pequeña infancia.

El **capítulo II** de la Observación, dedicado a los derechos humanos y su relación con la primera infancia, expone con claridad que los niños y niñas más pequeños también son portadores de derechos, y define la primera infancia desde el nacimiento hasta la edad de la escolarización primaria, que en algunos países puede situarse en los 8 años, animando a los estados a legislar y dirigirles programas.

Asimismo, se exponen las características de esta franja de edad:

- a. Es el período en el que el crecimiento y el cambio es más rápido en todos los sentidos: maduración del cuerpo y sistema nervioso, movilidad creciente, comunicación y cognición y cambio de intereses.
- b. Crean fuertes vinculaciones con sus progenitores o cuidadores, de quienes necesitan atención y protección.
- c. Establecen relaciones con los otros niños y niñas y aprenden a negociar, resolver conflictos y asumir responsabilidades.
- d. Captan las dimensiones físicas, sociales y culturales de su entorno.
- e. Sus primeros años constituyen la base de su salud física y mental, emocional, identidad personal y cultural y desarrollo de competencias.
- f. Su crecimiento y desarrollo varía según sus condicionantes individuales y culturales, género, condiciones de vida, familia, sistemas de atención y educación. El documento destaca la creciente influencia del conocimiento y la investigación en materia de primera infancia, tanto en cuanto a la potencialidad de esta edad como de los riesgos y las consecuencias tan negativas que puede tener en el niño/a la enfermedad y todas las formas de exclusión social.

En el **capítulo III** se identifican los siguientes artículos de la CDN como principios generales, con consecuencias en cuanto a los derechos de la pequeña infancia: el artículo 2 (derecho a la no discriminación), el artículo 3 (el interés superior del niño/a), el artículo 6 (el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo) y el artículo 12 (el respeto a las opiniones y sentimientos de los niños/as).

El capítulo IV está dedicado a las responsabilidades paternas y maternas y otras personas tutoras, y remarca la función esencial que tienen cuando los niños/as son pequeños y el papel del Estado cuando estos no pueden protegerlo. Una de las ideas principales es el papel de las políticas globales en favor de la primera infancia que den apoyo a los padres y madres en su función con una buena provisión de atención en materia de salud y educación durante los primeros años.

El **capítulo V** se centra en los programas en favor de la primera infancia, especialmente la más vulnerable. Tiene en cuenta el hecho de poder establecer estrategias basadas en los derechos de forma multisectorial, criterios programáticos y capacitación profesional para esta edad, garantizar el acceso a los servicios –especialmente para los más vulnerables–, las condiciones de vida y la provisión de atención a su salud, la necesidad de registrarlos al nacer, **la educación en la primera infancia y las responsabilidades tanto de los progenitores como de los organismos públicos y privados en materia de educación infantil, los programas preventivos y de ámbito comunitario, la formación sobre los derechos humanos en la primera infancia, el derecho al descanso, el ocio y el juego**, así como la relación con las tecnologías.

El **capítulo VI** define cuáles son los niños/as con necesidades especiales de protección por su vulnerabilidad ante los riesgos y su concreción en los artículos de la CDN:

- en situación de abuso y negligencia (Art. 19)
- niños/as sin familia (Art. 20 y 21)
- refugiados (Art. 22)
- niños/as con discapacidades (Art. 23)
- niños/as con trabajos peligrosos (Art. 32)
- haciendo uso abusivo de sustancias adictivas (Art. 33)
- en situación de abuso y explotación sexual (Art. 34)
- venta y secuestro de niños/as (Art. 35)
- con conducta conflictiva e infracción de la ley (Art. 40)

En todas estas situaciones se insta a los estados a promover legislaciones, políticas e intervenciones para su recuperación física y psicológica y su reintegración social (Art. 39).

El **último capítulo, el VII**, versa sobre el fomento de la capacidad en materia de primera infancia en cuanto a la asignación de recursos para la primera infancia desde un marco de los derechos, a la recopilación y gestión de datos para monitorizar y evaluar los programas y las políticas; el fomento de la investigación sobre la primera infancia desde la perspectiva de los derechos; la capacitación sistemática en materia de derechos en la primera infancia a padres y niños/as pero también a todos los y las profesionales de los ámbitos educativo, de salud, social, político y judicial relacionados; la promoción de organismos internacionales que trabajen con programas de cooperación dirigidos a los más pequeños, así como seguir promoviendo en el futuro todos estos aspectos considerados en la Observación desde el nivel local al internacional.

A partir de ahí apareció en 2007 la publicación de UNICEF titulada *Observación General n° 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia*. En esta publicación, tres miembros que entonces integraban el Comité<sup>24</sup> identificaron cuatro puntos fundamentales:

24. Jacob Egbert Doek, Lothar Friedrich Krappmann y Yanghee Lee.

1. El Comité clarifica que los niños y niñas pequeños no solo deben ser considerados poseedores de derechos en sentido abstracto, sino que también deben ser aceptados como **participantes activos en los procesos rutinarios de la vida diaria**. Sin la contribución del niño/a, no se puede establecer ninguna interacción de este con otras personas y no puede emerger ninguna relación. Nadie puede aprender por el niño/a; este debe adquirir conocimientos y capacidades por sí mismo/a; debe descubrir el mundo principalmente a través de sus propias actividades y entendimiento.
2. La Observación resalta el hecho de que **los niños y niñas pequeños tienen la capacidad de comunicar puntos de vista**. La Convención no limita su petición de respeto por los puntos de vista del niño/a a aquellos que exprese de manera sofisticada. Los pequeños usan gestos y expresiones faciales, risas y llantos para expresar sus intereses y entusiasmo y para comunicar sus miedos y preocupaciones. Pueden utilizar manifestaciones de incomodidad, angustia o ansiedad para atraer la atención de los padres y de otras personas cercanas a ellos. Hay que prestar atención para comprender estas señales, escuchar y responder a las demandas y a sus estados emocionales, ya que su supervivencia, bienestar y desarrollo dependen de su integración a través de la interacción con los demás.
3. La Observación recalca que **los más pequeños deben contar con otros que tienen una responsabilidad para garantizar que tienen oportunidades** para adquirir habilidades, aprender sobre sus propios talentos y hacer realidad su potencial único. Los niños/as necesitan apoyo, comunicación, comprensión compartida y guía. Pueden ser extremadamente vulnerables si su entorno no fomenta su participación y les ayuda a desarrollar sus capacidades.
4. La Observación destaca que los gobiernos, los servicios públicos y las personas que viven y trabajan con niños y niñas comparten el deber de establecer las condiciones adecuadas, de forma que puedan hacer realidad su potencial en el **marco de políticas, leyes y programas dirigidos a estos niños/as**.

Se destaca que el Comité dividió las discusiones en dos secciones principales:

- “**Cómo empezar pronto con prácticas razonables**”, es decir, cómo garantizar el derecho a la salud, la alimentación, la educación; y cómo garantizar el derecho al descanso, al juego y al tiempo libre.
- “**Los niños y niñas pequeños como auténticos protagonistas de su propio desarrollo**”, es decir, la participación en la vida familiar, el ámbito escolar y la comunidad, y el papel de las guarderías, los programas para la primera infancia, la educación infantil y los primeros años de educación primaria, en la promoción del niño/a como portador de derechos.

También a partir de la Observación núm. 7, en 2009 la Fundación Bernard van Leer, con un papel clave en la difusión de los derechos de los niños/as, publicó<sup>25</sup> *Los derechos de los niños en la primera infancia: avances y retos*. Uno de los capítulos

25. Fundación Bernard van Leer (2009). “Los derechos de los niños en la primera infancia: avances y retos”. La Haya: Bernard van Leer Foundation.

que se debe tener en cuenta es el que dedica al artículo 31 de la CDN, titulado por la autora Valerie Fronczek “**Artículo 31: el artículo olvidado de la Convención sobre los Derechos del Niño**”. Este artículo es el que nos recuerda que:

1. Los estados parte reconocen el derecho del niño/a al descanso y el ocio, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes.
2. Los estados parte respetarán y promoverán el derecho del niño/a a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades adecuadas, en condiciones de igualdad, para participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento ...].

## 2.2. Los derechos de la infancia más vulnerable

[... Tratar el tema de los derechos referidos a la población que es atendida en los servicios de atención precoz tiene una **doble referencia**: la que se acaba de desarrollar en el apartado anterior sobre los derechos de la primera infancia, y la que hace referencia a los derechos de las personas con algún tipo de discapacidad, dado que este puede ser el caso de una parte de los niños/as que se atienden. Es por eso que hay que tener también en cuenta el marco que brinda la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** de 2006 de Naciones Unidas.<sup>26</sup>

Un documento que tiene en cuenta las dos convenciones es la nueva **Estrategia por los Derechos de la Infancia (2016-2021)**<sup>27</sup> del Consejo de Europa (CdE), la tercera que emite sobre los derechos de la infancia, donde se identifican 5 áreas prioritarias para los 47 estados miembros del Consejo de Europa:

1. Igualdad de oportunidades para todos los niños/as
2. Participación de todos los niños/as
3. Una vida libre de violencia
4. Una justicia adaptada a la infancia
5. Los derechos de los niños/as en los entornos digitales

En la **primera área identifica a los colectivos más vulnerables** a quienes se dirige, que son los niños/as en situación de pobreza, los que están en procesos de migración y los que sufren discriminación por razón de género, discapacidad u orientación sexual ...].

26. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006.

27. Consejo de Europa (2016). “Council of Europe Strategy for the Rights of the Child (2016-2021)”. Estrasburgo: Consejo de Europa. (No hay traducción al español ni al catalán.)

## Niños/as con dificultades o trastornos de desarrollo

[... Uno de los documentos a los que hace referencia esta Estrategia es la Recomendación CM/Rec(2013)2 del Comité de Ministros a los estados miembros **para garantizar la plena inclusión de los niños/as y jóvenes con discapacidades en la sociedad.**<sup>28</sup> La Estrategia 2016-21 también hace referencia a otras Recomendaciones del Consejo de Europa<sup>29</sup> en materia de niños/as con discapacidad.

En esta recomendación del Consejo de Europa se expone en el punto sexto que: algunos niños/as y jóvenes con discapacidad tienen una baja autoestima, menos oportunidades educativas y de empleo que pueden conducir a vivir por debajo del umbral de la pobreza en la edad adulta; una respuesta clave a estos problemas consiste en mejorar su inclusión social a una edad muy temprana.

El documento apuesta por la educación inclusiva para facilitar la plena ciudadanía y señala una serie de obstáculos que merman sus derechos en varios países europeos:

- Falta de colaboración intersectorial y coordinación entre servicios de manera estable.
- Lenguaje excesivamente medicalizado utilizado en una medida no recomendada por la OMS.
- Excesiva importancia a los criterios de diagnóstico y de elegibilidad como un medio para determinar el acceso a los servicios con el resultado de que algunos niños/as con discapacidad quedan excluidos, por lo que así se refuerza el modelo médico de la discapacidad.
- La ubicación y la prestación de los servicios específicos de la discapacidad que no siempre encajan con los diversos aspectos de la vida del niño/a, como el hecho de ir a la escuela, tener amistades o disfrutar de actividades deportivas, culturales, sociales y de ocio.

Es por ello que se recomienda pasar de un enfoque muy basado en la atención asistencial a otro que incorpore la mirada de los derechos humanos, a fin de que estén en igualdad de condiciones con los demás. Esto se puede conseguir si se prioriza una prestación de servicios basada en los derechos que facilite el proceso de integración y garantice la disponibilidad, asequibilidad, accesibilidad, calidad, sostenibilidad e innovación de los servicios de apoyo a las personas con discapacidad.

Esta Recomendación contiene en su apéndice una carta de un niño con discapacidad sobre sus deseos educativos dirigida a los que toman decisiones donde pone de relieve la importancia de ir a la escuela como los demás niños/as, en un entorno de calidad que favorezca su inclusión desde sus primeros años ...].

28. Recommendation CM/Rec(2013)2 of the Committee of Ministers to member States on **ensuring full inclusion of children and young persons with disabilities into society**. (No hay traducción al español ni al catalán.)

29. Recommendation CM/Rec(2009)9 of the Committee of Ministers to member states on the education and social inclusion of children and young people with autism spectrum disorders.

Recommendation CM/Rec(2010)2 on deinstitutionalisation and community living of children with disabilities. (No hay traducción al español ni al catalán.)



## La intervención en los servicios de atención precoz

[... Los retos que presenta la atención precoz en la primera infancia están bien identificados en el informe del gobierno australiano,<sup>30</sup> país con una extensa producción y desarrollo en este ámbito. En primer lugar, uno de los retos a los que se enfrentan es cómo estos servicios se adecuan al impacto de los cambios sociales de los últimos años, que repercuten en cómo las familias están criando a los más pequeños. Los servicios a menudo no han cambiado lo suficiente para mantenerse al día con los cambios y están luchando para satisfacer las necesidades de los niños/as y sus familias que son usuarias. En segundo lugar, ha crecido enormemente el reconocimiento de la importancia de la atención en los primeros años y la necesidad de mejorar la calidad y disponibilidad de servicios durante este período.

En tercer lugar, se ha producido una importante reconceptualización de la razón y el propósito de la atención precoz y el desarrollo de nuevas estrategias. Esta reconceptualización ha ido en paralelo al cambio de paradigma sobre cómo definir y conceptualizar la discapacidad en las últimas décadas, **pasando de un modelo basado en los déficits y las limitaciones a un modelo social que reconoce la forma en la que los entornos pueden facilitar o dificultar el desarrollo de las capacidades funcionales y la participación de las personas con discapacidad en las actividades de la comunidad.**

En este sentido, con respecto a las familias de los niños/as con discapacidades, la evidencia indica que se enfrentan a muchos desafíos que los ponen en riesgo de tener consecuencias negativas para ellas y para sus hijos e hijas. Sin embargo, muchas de estas familias son capaces de superar estos retos gracias a sus recursos personales, el apoyo de la familia y amistades, y con la ayuda de los servicios especializados.

Ahora bien, **mientras que la ayuda profesional puede ser muy útil para las familias, también les puede crear muchos problemas**, sobre todo cuando los padres/madres se sienten poco valorados o muy cuestionados, cuando los servicios no comprenden o no tienen en cuenta las demandas efectuadas por las familias, y cuando los servicios son de difícil acceso o están mal coordinados con el resto de servicios de la red. Los servicios de atención especializada necesitan –cada día más– estar conectados, unidos o integrados en los servicios generales para niños/as y familias. En este sentido es clave poder revertir la fragmentación que se da a menudo de la red de servicios de atención a la pequeña infancia, que la hace menos normalizadora y a veces de difícil acceso por el lugar donde están, horarios o condiciones para algunas familias.

Un cuarto reto que propone el informe australiano es la importancia de implementar un enfoque basado en los **resultados para los niños/as y sus familias**, de la planificación, ejecución y **evaluación de los servicios ...**].

## Ejemplos de cómo hacer operativo el tema de los derechos en los servicios dedicados a la primera infancia

[... Un ejemplo de cómo operativizar los derechos de los niños/as en las guarderías y

30. Centre for Community Child Health (2011). "Early childhood intervention reform project". Melbourne: Department of Education and Early Childhood Development.

en la atención y educación a la primera infancia es el que se ha desarrollado en Nueva Zelanda.

La denominan **Código de los Derechos del Niño** y se entrega una copia cuando los padres inscriben al niño/a en el servicio, copia que también tiene el personal del servicio. Recoge 10 derechos básicos que tiene cada niño/a:<sup>31</sup>

1. Derecho a poder recibir la atención principal de parte de su familia, siempre que sea posible.
2. Derecho a disfrutar de la educación temprana de calidad.
3. Derecho a recibir atención cualificada y oportunidades de aprendizaje para satisfacer las necesidades y preferencias personales.
4. Derecho a tener relaciones estables y cariñosas con las personas adultas responsables del centro educativo que incluya relaciones de apoyo a la familia.
5. Derecho a mantenerlo/a a salvo de daños, protegiéndolo/a contra el abuso infantil, la intimidación y los riesgos para la salud.
6. Derecho a respetar su privacidad.
7. Derecho a estar en un entorno inclusivo que respete su diversidad funcional y recibir apoyo para ser autónomo/a y desarrollar la autoestima.
8. Derecho a ser tratado/a con respeto, incluyendo la participación en todas las decisiones que le afecten –recibiendo información de una manera comprensible, teniendo la oportunidad de expresar puntos de vista– hacer preguntas y recibir respuestas consistentes.
9. Derecho a recibir orientación positiva libre de coacción y discriminación.
10. Derecho a poder quejarse si es necesario y ser tomado/a en serio.

Otro ejemplo nos llega de Australia,<sup>32</sup> donde definen 5 áreas de acción:

- el derecho a ser escuchado/a
- el derecho a estar libre de violencia, abuso o negligencia
- el derecho a tener la oportunidad de prosperar
- el derecho a la participación ciudadana
- y el derecho a conocer los resultados y consecuencias de las acciones.

Cada acción queda desglosada en tres columnas y se detallan qué acciones conlleva ese derecho para el niño/a, cuáles para las personas profesionales y cuáles para la administración o institución ...].<sup>33</sup>

31. Para más detalles se puede consultar: <https://www.myece.org.nz/code-of-rights-for-children>.

32. Las tablas completas pueden consultarse en: ECA (2015). Supporting Young Children's rights. Statement of intent (2015-2018). Early Childhood Australia (ECA) and Australian Human Rights Commission.

33. Se puede consultar el ejemplo que incluye la autora a su escrito en los "Dossieres del Modelo".

## 2.3. El papel clave de la educación infantil

El derecho a la educación en la legislación catalana: Ley de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (LDOIA)<sup>34</sup>

[... El artículo 13.4 habla del derecho a la educación, incluidas las actividades extraescolares, deportivas, de ocio y las actividades culturales de los niños/as y los/las adolescentes, que deben prevalecer por encima de las prácticas culturales, la tradición y la religión, y sus manifestaciones; dichas prácticas no pueden justificar en ningún caso una discriminación, limitación o exclusión de niños/as y adolescentes en el pleno ejercicio de este derecho.

Del capítulo V, dedicado a la educación, destacan los artículos:

- 48. Derecho a la educación, donde no solo se habla de tener derecho y obligación de recibir las enseñanzas obligatorias, sino también **del derecho de recibir las enseñanzas no obligatorias y que, por tanto, las administraciones públicas deben crear servicios educativos dirigidos a los niños/as de 0 a 3 años y a sus familias.**
- El artículo 49 trata de la atención educativa a niños/as enfermos, que deben tener, en caso de enfermedad u hospitalización que dure más de treinta días, cubiertas las necesidades escolares, el juego y la realización de actividades culturales y de acompañamiento.
- El artículo 50 explicita que **los niños/as con necesidades educativas especiales** deben recibir una formación educativa que les permita la inclusión social en el contexto más normalizado posible, y de acuerdo con sus aspiraciones y actitudes. Los niños/as con discapacidad tienen derecho a disfrutar de un sistema de educación inclusivo, con acceso a la educación obligatoria en las mismas condiciones que los demás miembros de la comunidad, sin exclusión por razón de discapacidad, y los ajustes y apoyos necesarios para potenciar el máximo desarrollo académico, personal y social. El artículo trata también de la necesidad de los centros educativos de asumir la responsabilidad de acoger y educar de manera inclusiva todo el alumnado para atender las diferencias individuales en los contextos ordinarios ...].

### El papel clave de la educación infantil, especialmente para la infancia vulnerable

[... La aplicación de los derechos infantiles en las edades más tempranas de la infancia es especialmente importante, dado que en estas edades son más vulnerables precisamente a las violaciones de los derechos. Pero, por otro lado, pueden resultar altamente beneficiados si estos derechos son atendidos. Por ejemplo, hay pruebas

34. LDOIA: Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

sustanciales que sugieren que los niños/as en circunstancias de desventaja pueden conseguir mucho mejores resultados educativos –y sociales– si han participado en programas de educación temprana de alta calidad.<sup>35</sup> Esta bibliografía demuestra la relevancia del derecho a la educación en la primera infancia y muestra la base teórica del pensamiento de los derechos.

Son numerosos los estudios que muestran los efectos positivos a corto, medio y largo plazo de los niños/as que han disfrutado de un entorno de calidad en la educación infantil. El estudio de Browning<sup>36</sup> sobre primera infancia que incluía 15 países presentó unos resultados de una investigación longitudinal donde indicaba que la participación en programas de preescolar promueve el desarrollo cognitivo, social, emocional y físico a corto plazo y los prepara para el éxito escolar posterior, por lo que contribuía decisivamente a la reducción de las desigualdades educativas así como a la promoción de la ocupación laboral de sus progenitores, especialmente las madres. Además, señalan la inversión económica que supone al reducir el gasto social posterior en cuanto a repetición de curso, educación especial, delincuencia juvenil y abuso de drogas.

Un informe muy completo de la Agencia Europea EACEA<sup>37</sup> expone que la importancia que se otorga actualmente a la educación en la primera infancia ha adquirido una especial relevancia de manera generalizada en los países occidentales desde principios del siglo XXI, a pesar de las numerosas iniciativas de la segunda mitad del s. XX.<sup>38</sup>

Son varios los factores que nos ayudan a comprender esta tardía introducción en la esfera política y social (EACEA, 2009). Desde una perspectiva histórica, se observa cómo los grandes cambios en los sistemas educativos han aparecido de arriba a abajo, donde los primeros en crearse fueron los universitarios (s. XIII) y después vinieron los de educación secundaria (s. XVI), siempre dedicados a las élites; y no fue hasta el siglo pasado cuando se universaliza la educación primaria a partir de 6 años. La extensión de la educación al conjunto de la población o la democratización de la educación fue inspirada básicamente por la confluencia de dos ideas: la que emana de la tradición humanista según la cual todos los individuos tienen el derecho a la educación; y la fundamentada en la teoría económica, que considera que la formación de los niños/as producirá un beneficio para la sociedad.

Pero la mirada hacia los más pequeños está motivada por un cambio en nuestra visión hacia este sector de población, muy motivado por el desarrollo de la psicología infantil, donde emerge la comprensión de la importancia de los primeros años de vida. Este último factor, actualmente es el que ha resultado clave cuando hablamos de la franja de 0 a 6 años.

Pero en términos de educación, esta franja de edad no tiene una visión unitaria ni consensuada, y se muestra muy separada en dos: de 0 a 3 y de 3 a 6.

35. Smith A. y Taylor, N. (2015). "Children's Rights in Early Childhood Education". Oxford Bibliographies..

36. Browning, K. (2004). "Early Childhood Care and Development Programs: An International Perspective". Fundación High/Scope de Investigaciones Educativas: Ypsilanti, Michigan.

37. Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (2009). "Tackling Social and Cultural Inequalities through Early Childhood Education and Care in Europe". Bruselas: Eurydice.

38. Por ejemplo, las guarderías en el Ayuntamiento de Barcelona.

La **etapa educativa 3-6 años de edad** se considera el **primer peldaño de la escala educativa** en la mayoría países europeos donde la misión de educar es clara y anula la función inicial que tenía de cuidado de los niños/as en relación con la ocupación de los padres. España tiene una de las tasas más altas en el contexto europeo de escolarización de esta etapa, por encima del 95%.

Los indicadores que muestran que se considera propiamente un nivel educativo son seguramente su objetivo –estimular el área cognitiva y el desarrollo social y cultural– y la profesionalización del personal que trabaja en él (en nuestro país tiene formación de nivel universitario). Otro indicador es la forma en la que estos servicios se sostienen, cuando en la mayoría de los países europeos están financiados por las autoridades centrales. Coexiste la provisión pública y la privada, pero el hecho de que exista oferta gratuita es un tema clave, sobre todo en cuanto a los niños/as en situación de riesgo. Si es concebido como una forma clara de lucha contra la desigualdad social y el fracaso escolar, el acceso universal debe estar garantizado.

Ahora bien, otro tema es la provisión de centros educativos para **niños/as de menos de 3 años**, que todavía no está plenamente reconocido como un nivel de pleno derecho de la educación. Varía mucho de un país a otro y en la mayoría los padres y madres están obligados a contribuir en los costes y también una parte de la financiación pública proviene de los entes locales y, por tanto, la gratuidad tiene aún mucho camino por recorrer. Son una excepción algunos países nórdicos, donde el Estado debe garantizar la atención diurna cuando se acaba el permiso de maternidad y que incluyen horarios amplios, también de tarde o fin de semana.

Asimismo, en el informe se plantea como polémico el tema de las prestaciones económicas a la familia, que se pueden utilizar para costear el centro educativo o para asumir ellas mismas el cuidado del niño/a, siendo esta medida poco efectiva cuando se trata de población de riesgo, donde el entorno educativo de los centros puede ser altamente compensatorio y está más indicado que basarse únicamente en programas de apoyo a los progenitores, no suficientes para revertir la brecha educativa.

La encuesta realizada en 2004 en Bélgica<sup>39</sup> mostraba que **las tasas de participación en escuelas de 0-3 son más bajas entre los niños/as en situaciones de vulnerabilidad social**, entre otros motivos debido a: las listas de espera, el requisito de asistir regularmente, la obligación de respetar las normas internas de los centros, las formas en que se difunde la información sobre los servicios, el lenguaje utilizado y las actitudes del personal.

Desde un punto de vista educativo, la separación entre 0-3 y 3-6 años de edad no parece tener ningún fundamento científico y hay voces que apuestan por un sistema unitario (de 0 a 6 años) de alta calidad desde el punto de vista educativo, con un único equipo de gestión y profesionales cualificados, flexible y de acceso universal.

Además, todo indicaría que la **creación de un sistema unitario de educación infantil** dirigido a todo el grupo de edad de 0/1 a 5/6 años, y siempre que sea de alta calidad, es clave para combatir las desigualdades sociales en la educación. Los niños/as con

39. Proyecto desarrollado en Flandes en 2004 denominado "Community Services in the Neighbourhood".

poco éxito escolar y abandono prematuro del sistema educativo tienen más probabilidad de provenir de entornos de pobreza, pertenecientes a las clases sociales desfavorecidas, con analfabetismo funcional y niveles bajos de educación de los padres, con trabajo mal remunerado y un estilo de vida donde la alfabetización tiene poca importancia. Además, un bajo nivel de educación, en general, se correlaciona con bajos ingresos en la vida adulta y altas tasas de desempleo.

En España, el porcentaje de niños/as en riesgo de pobreza o de exclusión social en 2015 era de los más altos de la Unión Europea, del 34,4% (solo superado por Grecia, Bulgaria y Rumanía), mientras que la media de los 28 países es de 26,9%.<sup>40</sup> El problema es grave si tenemos en cuenta que, según las investigaciones más relevantes, el factor de la pobreza prevalece sobre todos los demás factores de riesgo. Y más preocupante si sabemos que los que menos participan de un entorno formal de educación a estas edades son a menudo la infancia más vulnerable.<sup>41</sup>

Para los niños/as de familias con dificultades, el programa más eficaz es el que combina la participación de estos en un centro educativo de calidad acompañado del apoyo a los padres. Ya los estudios de Schweinhart y Weikart (1997)<sup>42</sup> mostraron cómo los niños/as que habían asistido a la educación infantil llegaban más preparados a la educación primaria, lo que tenía un efecto positivo en la visión de los maestros en relación con ellos, que aumentaban las expectativas y que éstas tenían un efecto positivo sobre el niño o la niña y, de rebote, sobre las expectativas que los padres y madres tenían sobre su educación. Finalmente, también influía en la calidad de las interacciones que beneficiarían a los niños/as a lo largo de la educación primaria y secundaria ...].

---

Hay que hacer, pues, grandes esfuerzos para que la educación formal en las primeras edades esté al alcance de todo el mundo y muy especialmente para la población de riesgo.

---

---

40. Información disponible en la web oficial de EUROSTAT: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People\\_at\\_risk\\_of\\_poverty\\_or\\_social\\_exclusion](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion).

41. En concordancia con lo acordado en 2011 por el Consejo de la Unión Europea en sus conclusiones expuestas en el "Council conclusions on early childhood education and care: providing all our children with the best start for the world of tomorrow".

42. Schweinhart, L.J. y Weikart, D.P. (1997). The High/Scope preschool curriculum study through age 23. "Early Childhood Research Quarterly", 12(2), 117-143.



## 3. Tercera parte. Los CDIAP del IMPD

---

Sumario

3.1. Ficha básica

3.2. El marco conceptual del Modelo

Marco epistemológico

Marco teórico de referencia

La perspectiva de género: carácter transversal en la diversidad de líneas teóricas

La multiculturalidad de la población atendida: un factor clave en la intervención de los CDIAP del IMPD

### 3.3. Las prioridades del Modelo

El acceso del niño/a al CDIAP

Aspectos del proceso de intervención una vez se produce la demanda de atención y el niño/a y su familia acceden al CDIAP

Garantizar los derechos del niño/a: una prioridad

Potenciar, ampliar y diversificar la intervención con las familias

Potenciar la prevención primaria y secundaria: una prioridad

Inter y transdisciplinariedad: dos requisitos del trabajo en equipo en un CDIAP

Incorporar el ámbito del ocio: una necesidad

Los CDIAP del IMPD: un agente proactivo en los territorios y en las redes de articulación interservicios que intervienen en la infancia



En esta tercera parte se desarrolla propiamente el Modelo municipal de los CDIAP que el IMPD quiere impulsar.

¿Por qué necesitamos ahora definir este Modelo? ¿Acaso hasta ahora no hemos tenido ninguno? O tal vez significa que se pone en cuestión la forma de funcionamiento hasta ahora?

Nada más lejos de la realidad. Justamente este Modelo parte del reconocimiento del buen trabajo que se realiza actualmente y del que ha tenido lugar hasta ahora, y se nutre de la experiencia acumulada a lo largo de los 36 años transcurridos desde la puesta en marcha de los equipos interdisciplinarios de la pequeña infancia (EIPi) en 1983.

Este Modelo, por consiguiente, no pretende tanto innovar como reordenar y contextualizar los CDIAP EIPi en unos sistemas de servicios (servicios sociales, educación, salud) que se han transformado cuantitativa y cualitativamente en las últimas tres décadas, y señalar prioridades en función de los requerimientos de una sociedad compleja en rápida evolución y con cambios profundos.

El IMPD, orgulloso de nuestra historia y de lo que somos, quiere proporcionar con este Modelo un nuevo impulso que fortalezca los CDIAP EIPi Ciutat Vella y EIPi Nou Barris para asumir con éxito los nuevos retos que nuestra sociedad plantea.

Este Modelo define lo que queremos ser y hacer como CDIAP, y compromete al IMPD en la definición de una hoja de ruta que permita progresar en esta dirección hasta alcanzar su plena implementación en un futuro que deseamos cercano, objetivo que implica, necesariamente, el establecimiento de acuerdos con otras instancias institucionales, tanto municipales como de la Generalitat.

Dicho esto, y antes de entrar en el contenido, necesitamos hacer algunas consideración previas.

### Algunas consideraciones previas:

1. En la primera parte de este documento hemos desarrollado qué es la atención precoz y cuál es el encargo que reciben los servicios que la proporcionan. Todo lo que allí se expone es preceptivo para nuestros servicios debido a que forman parte de la Red Pública de CDIAP de Cataluña. En consecuencia, no corresponde aquí repetir lo que ya se ha dicho, más allá de lo que reproducimos brevemente en la ficha descriptiva con la que iniciamos este capítulo.
2. Tampoco corresponde aquí reproducir lo establecido en el Sistema de gestión de calidad definido por la Generalitat para el proceso de acreditación de los CDIAP que quieren formar parte de la Red Pública de Atención Precoz y que, a pesar de que no obliga al Ayuntamiento de Barcelona, el IMPD ha decidido incorporar garantizando los criterios, procedimientos y estándares definidos para una gestión de calidad con la voluntad de hacer efectivo un criterio de equidad entre todos los CDIAP integrantes de la Red Pública de Cataluña.

Así pues, en este capítulo desarrollamos en qué consiste el Modelo municipal que los CDIAP del IMPD deben implementar, incorporando lo que se quiere visibilizar –aunque ya se esté haciendo– y/o lo que se quiere potenciar, sistematizar o incorporar de nuevo.

## 3.1. Ficha básica del servicio

### Ficha

---

#### Nuestro nombre:

**CDIAP EIPI Ciutat Vella**

**CDIAP EIPI Nou Barris**

CDIAP por la tipología de servicio que somos.

EIPI es nuestro nombre que recuerda de dónde venimos y nuestra historia.

Ciutat Vella y Nou Barris, los distritos donde escogimos estar.

---

#### Somos:

- Centros de desarrollo infantil y atención precoz.
- Servicios sociales de atención especializada del Sistema Catalán de Servicios Sociales (Cartera de Servicios Sociales).
- De titularidad municipal, adscritos al IMPD, con **gestión directa y financiados por la Generalitat de Catalunya** (actual Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias).
- Servicios de **carácter universal**.

Universales en el acceso, por lo que todo niño/a nacido que tenga entre 0 y 6 años y resida en los distritos de Ciutat Vella o Nou Barris, así como el no nacido, que tenga un trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, tiene derecho a recibir atención precoz en el CDIAP correspondiente y este la obligación de atenderle.

- **Gratuitos**.
- **Un servicio, dos puntos de prestación**.

Los dos CDIAP integran un único servicio que se presta en dos distritos diferentes. De esta manera el IMPD garantiza la **equidad** en la atención en función de cuál sea la necesidad y la idiosincrasia de cada niño/a, familia, entorno y situación, con independencia de cuál sea su lugar de residencia.

Las diferencias entre ambos CDIAP están justificadas en función de la necesaria adaptación de sus estrategias de intervención a la idiosincrasia de cada realidad territorial en lo que hace diferente un distrito, o parte de él, del otro.

La personalidad propia y el estilo de cada equipo tiene como límite la garantía

del criterio de equidad en la atención y el cumplimiento de la ética organizativa al servicio de la ética cívica.

---

### Donde estamos:

En los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris.

En su origen se escogieron estos distritos porque eran territorios donde no había servicios privados que proporcionaran atención precoz, con población mayoritariamente de poco poder adquisitivo y que se encontraba a menudo en situaciones de vulnerabilidad.

La ubicación actual es:

#### **CDIAP EIPI Ciutat Vella**

Reina Amàlia, 33  
08001 Barcelona  
93 256 46 85  
eipicv@bcn.cat

#### **CDIAP EIPI Nou Barris**

##### **Equipamiento Base**

Luz Casanova, 11  
08042 Barcelona  
93 256 47 00  
eipinb@bcn.cat

##### **Antena Zona Nord**

(Casal de Barri Torre Baró)  
Escolapi Càncer, 5  
08033 Barcelona  
93 256 47 00  
eipinb@bcn.cat

La implementación del Modelo municipal requiere equipamientos con una superficie sustancialmente mayor que los actuales, lo que conllevará un cambio de ubicación en el futuro.

---

### Ofrecemos:

**Servicios de atención precoz**, entendidos como un conjunto de actuaciones de carácter preventivo; de detección, diagnóstico y de intervención terapéutica; de carácter interdisciplinario; que se entiende, en un sentido amplio, desde el momento de la concepción hasta que el niño/a cumple los seis años (abarca, por tanto, **la etapa prenatal, perinatal, postnatal y pequeña infancia**), y que tienen por objetivo dar respuesta lo antes posible a las **necesidades transitorias o permanentes** que presentan los niños/as con trastornos en su desarrollo o que corren el riesgo de padecerlos.

---

### Atendemos:

Toda la población infantil que presenta trastornos en su desarrollo o que se encuentra en situación de riesgo de padecerlos desde el momento de la concepción y, como máximo, hasta que cumplen los seis años, **con independencia de cuál sea la causa de este trastorno (biológica, psicológica y/o social)**.

Los niños/as extranjeros que estén en el territorio de Cataluña tienen derecho, en las mismas condiciones que el resto de niños/as, a los servicios de atención precoz, en los términos previstos en la legislación vigente.

**Se interviene siempre con el niño/a, con su familia y con su entorno significativo.**

---

### Formamos parte de:

- La Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública.
- La Red Pública de CDIAP de Cataluña.

---

### Que hacemos:

#### Objetivos

- Atender a la población infantil desde la concepción hasta que el niño/a cumpla los seis años en lo que a prevención, detección, diagnóstico y tratamiento se refiere.
- Empoderar a la familia para que acepte y sepa dar una respuesta adecuada a las limitaciones, dificultades o déficits permanentes o transitorios de su hijo/a, y que al mismo tiempo le facilite crecer, experimentar, equivocarse y ganar en autoconfianza, acompañando al niño/a en los retos del desarrollo sin caer en la sobreprotección o la infraprotección.
- Trabajar con el entorno significativo del niño/a con el fin de facilitar el reconocimiento de su valía como persona con todas sus capacidades y limitaciones, y la valía de su familia, así como facilitar que sea un entorno verdaderamente inclusivo de este niño/a y que genere oportunidades que este pueda hacer efectivas transformándolas en capacidades.
- Participar en la coordinación de las actuaciones que se realizan en esta franja de edad.
- Participar en los proyectos de coordinación interdepartamental.
- Asegurar equipos expertos en desarrollo infantil.
- Garantizar la continuidad asistencial.

#### Ámbitos de actuación

- La **prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento** de trastornos en el desarrollo para **cualquier etiología**.

- **La crianza**, entendida como el apoyo y acompañamiento a la familia en el cuidado que hay que tener para el desarrollo integral del niño/a.
- La prevención de situaciones de riesgo por antecedentes personales o familiares.

### **Funciones generales**

- Realizar el diagnóstico interdisciplinario, funcional, sindrómico y etiológico del desarrollo de los niños/as que lo requieran en el ámbito territorial mencionado. Elaborar informes funcionales y descriptivos de la realidad del niño/a.
- Después del proceso diagnóstico, establecer el programa terapéutico individualizado que estará diseñado por el equipo interdisciplinario del servicio y explicitar en un dossier en el que se registrarán los informes, las evaluaciones, el programa terapéutico y todas las incidencias respecto al caso.

Todo este proceso se llevará a cabo mediante reuniones interdisciplinarias de todo el equipo del servicio, de coordinación con los recursos de la zona y de supervisión técnica, si procede.

- Establecer la atención integral, haciendo la intervención terapéutica interdisciplinaria al niño/a y a su entorno inmediato de forma ambulatoria y periódica. En general esta atención se realizará en la sede de los servicios sociales de atención precoz o en el entorno natural del niño/a.
- Orientar a las familias con el asesoramiento y apoyo a los padres/madres o tutores/as en los contenidos que les son propios.
- Orientar a los y las profesionales de la educación infantil en las etapas de 0 a 3 años y de 3 a 6 años sobre los trastornos del desarrollo.
- Apoyar los procesos de socialización y de inclusión del niño/a. Colaborar con los y las profesionales de los ámbitos educativos, sanitarios y sociales.
- Desarrollar en colaboración con los servicios educativos, sanitarios y sociales las tareas de prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo y/o situaciones de riesgo en la población infantil hasta los seis años.
- Promover y desarrollar la investigación, la docencia y la formación a partir del propio trabajo, tanto individual como del equipo. Establecer una formación continuada de los/las profesionales del servicio que implique, por un lado, el conocimiento de diferentes técnicas y experiencias y, por otro, el análisis y la discusión de la propia metodología de trabajo.
- Evaluar y efectuar el seguimiento periódico del diagnóstico y de la intervención terapéutica.
- Aplicar la clasificación diagnóstica internacional de 0-3 años y la CIE 09 o la CIE 10.

### **Funciones específicas**

El servicio de atención precoz debe poner al alcance de la persona atendida las técnicas y actuaciones más adecuadas para conseguir potenciar al máximo las capacidades del niño/a y adecuar su entorno a las necesidades de tal manera que le permita alcanzar el máximo bienestar y un óptimo desarrollo.

El servicio se concretará en el abordaje global del caso y la atención directa del niño/a, su familia, la escuela y su entorno más inmediato.

- Atención directa al niño/a: desde un abordaje global comprende el diagnóstico, la intervención terapéutica y la evaluación y seguimiento. Las sesiones de trabajo tienen, de ordinario, una duración de entre 45 y 60 minutos y se llevan a cabo en el propio centro, domicilio del niño/a, escuela infantil, etc.
- Atención a la familia: comprende las actuaciones de información, orientación, acompañamiento y apoyo, tanto individual/familiar como grupal.
- Apoyo a la escuela.
- Seguimiento de los niños/as en riesgo biológico, psicológico y social.
- Trabajo interno del equipo orientado a la planificación terapéutica individual de todos los niños/as y familias atendidos, a la discusión clínica de los diagnósticos y planificación de nuevas estrategias, a la organización de grupos de trabajo específicos, a la supervisión clínica y al desarrollo de otras funciones propias del trabajo interdisciplinario.
- Coordinación con los servicios y recursos de la zona:
  - Hospitales de la zona: servicios de neonatología, servicios de pediatría, servicios de neuropediatría, servicios de psiquiatría infantil, servicios de rehabilitación y servicios de obstetricia y ginecología.
  - Servicios de orientación y valoración de las personas con disminución (CAD).
  - Áreas básicas de salud (ABS), equipos de pediatría.
  - Otros centros de desarrollo infantil (CDIAP).
  - Equipos de asesoramiento psicopedagógico (EAP).
  - Centros de salud mental infantojuvenil (CSMIJ).
  - Centros de salud mental de adultos (CSMA).
  - Centros de servicios sociales (CSS).
  - Equipo de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA).
  - Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).
  - Recursos específicos para niños/as con déficit visual (ONCE), con déficit auditivo (CREDA), centros materno-infantiles, centros de acogida, centros de recursos específicos (SIRIUS), centros de día para niños/as con pluridiscapacidad y otros.
  - Otros que se consideren necesarios en cada territorio.

---

### **Atendemos hasta:**

Mientras lo necesite cada niño/a y se extiende hasta que las necesidades de atención puedan ser asumidas por los servicios de carácter general, ya sean educativos, sanitarios o sociales o, en todo caso, hasta que el niño/a cumpla los seis años.

---

### **Disponemos de equipos interdisciplinarios:**

Se trata de equipos expertos en desarrollo infantil.

Conocen tanto cuál es el desarrollo normativo del niño/a y los niveles de conducta que cabe esperar, como los trastornos que se pueden dar en este proceso y los factores de riesgo que pueden provocarlos.

### **El equipo de cada CDIAP está integrado por:**

- Dirección
- Personal administrativo
- Profesionales de las disciplinas de:
  - Trabajo social
  - Neuropediatría
  - Psicología clínica o psicología con formación acreditada en desarrollo infantil
  - Fisioterapia
  - Logopedia
  - Psicomotricidad
  - Terapia ocupacional (pendiente de incorporación)

### **Metodología**

- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Funcionamiento en equipo que incorpora la transdisciplinariedad.

## 3.2. El marco conceptual del Modelo

### 3.2.1. Marco epistemológico

La epistemología se ocupa de estudiar el proceso del conocer, es decir, “cómo conocemos lo que conocemos”. Por eso hemos considerado necesario explicitar desde qué posicionamiento nos acercamos a la realidad de nuestra población diana: desde la perspectiva y postulados que nos proporciona el construccionismo social.

El construccionismo se constituye como una epistemología que pone el énfasis en los procesos de significación, tanto personales como sociales. Cada uno de nosotros creamos nuestros propios “sistemas de significados” (constructos, narrativas) para dar sentido a las experiencias. Vivimos, por tanto, en un proceso continuo de adaptación de nuestros “sistemas de significados” con el fin de asimilar nuevas experiencias.

Para la filosofía y la epistemología, el construccionismo (también llamado constructivismo epistemológico) es una corriente que comenzó a desarrollarse a mitad del siglo XX. Según este paradigma, la realidad es una construcción creada por aquel que la observa. Edgar Morin, Humberto Maturana, Michel Foucault, Gregory Bateson o Ernst von Glasersfeld son algunos de los filósofos que también dejaron su huella palpable en el constructivismo. Es considerada la corriente de pensamiento que revolucionó el siglo pasado, ya que cuestionaba el pensamiento más lineal y convencional.

En el día a día de nuestras vidas somos, de hecho, producto de nuestra época y no escapamos a las convenciones sociales o las órdenes morales establecidas. Por ello, la epistemología constructivista es una invitación a examinar dichas convenciones y entenderlas como reglas socialmente construidas e históricamente localizadas. Es, también, una invitación a cuestionar las verdades establecidas y a participar activamente en los procesos de transformación social. Asumir un posicionamiento construccionista nos obliga como profesionales a participar activamente de los procesos de transformación social.

Desde la mirada del construccionismo nos podemos plantear el conocimiento como versiones consensuadas de la realidad, producto de la interacción y negociación interpersonal (Gergen, 1985).<sup>43</sup> En otras palabras, el construccionismo plantea que el nivel donde el significado es generado y actualizado es externo al individuo, pertenece a una dimensión interpersonal-social que puede ser revisada y cuestionada.

Los elementos que definen las posiciones construccionistas son:

- **El antiesencialismo**, afirmando que la realidad no es independiente del conocimiento que producimos sobre ella.
- **El cuestionamiento de las “verdades” establecidas**, lo que pone el énfasis en el carácter cultural e histórico del conocimiento,
- El papel otorgado **al lenguaje en la construcción del mundo social**.

43. Gergen, K. (1996). “Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social”. Barcelona: Paidós.



Este movimiento ha provocado una revisión y redefinición muy importante de nociones como la identidad, el yo (*self*), el sujeto, el lenguaje, la sexualidad, el cuerpo y el género, entre otros. Y ha ejercido una influencia decisiva en ámbitos como la pedagogía, la intervención social, el arte o la arquitectura, por poner algunos ejemplos.

### 3.2.2. Marco teórico de referencia

---

#### Sumario

- 1. Algunas consideraciones previas**
  - 2. Mentalidad y actitudes abiertas: un requisito profesional**
  - 3. Perspectiva bio-psico-social del desarrollo**
  - 4. Líneas teóricas útiles para un abordaje bio-psico-social en el contexto de nuestros CDIAP**
- 

El marco teórico de referencia es el conjunto de ideas, procedimientos y teorías que sirven a la persona profesional para orientar su exploración de la situación, le aporta elementos de comprensión y de interpretación para plantear hipótesis diagnósticas y un pronóstico, la orienta en la definición de los objetivos a alcanzar y en la estrategia o estrategias de intervención más adecuadas y, por último, la ayuda a definir los parámetros de evaluación de los resultados alcanzados.

O dicho en otras palabras, el marco teórico es una guía que ayuda a la persona profesional sobre qué debe mirar, da significado a lo que ve aportándole elementos de comprensión de la realidad y orienta los pasos a seguir.

#### 1. Algunas consideraciones previas

##### Realidad compleja y marco teórico

Trabajamos en realidades que son complejas.

Para entender una realidad compleja se necesitan diferentes perspectivas, miradas y aproximaciones. Y eso, entre otras muchas cosas, implica la interacción de disciplinas diversas y también de diversas teorías.<sup>44</sup>

Cuando el objetivo no es solo comprender una realidad compleja, sino también intervenir para introducir cambios en una determinada dirección, esta diversidad de miradas y teorías es, aún más, un requisito ineludible. Sin embargo, cuando hablamos de diversidad lo hacemos desde la exigencia de integración y complementariedad, no de un sumatorio de disciplinas (multidisciplinariedad) y/o de teorías, entre otros.

---

44. Por “teoría” entendemos aquel conjunto organizado y coherente de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico. Una teoría tiene que ser de alguna manera verificable.

O dicho en otras palabras: **es necesario un diálogo entre diferentes modos de mirar y de hacer.**

### **El marco teórico es dinámico y evoluciona**

Un marco teórico es una obra humana que se construye en respuesta a la necesidad que tiene el ser humano de comprender la realidad en la que vive y de incidir en ella para transformarla.

Y esta realidad está en constante evolución, así como el conocimiento de ella que tiene el ser humano, por lo que las teorías tienen un carácter histórico y evolutivo.

### **Por qué definir el marco teórico en el contexto de este Modelo**

- Por un ejercicio de transparencia, tanto hacia la ciudadanía como ante la Administración competente (Generalitat de Catalunya) y las personas profesionales que trabajan o que desean trabajar en un CDIAP del IMPD.
- Para orientar la formación permanente de los equipos de los CDIAP del IMPD.
- Para orientar la selección de personal en nuevas incorporaciones.
- Para facilitar la coherencia de la supervisión externa con el modelo teórico definido.

## **2. Mentalidad y actitudes abiertas: un requisito profesional**

---

**Tan importante como tener un marco teórico de referencia es tener y mantener una mentalidad y actitudes abiertas sin las cuales la teoría se transforma en dogma.**

---

### **Se necesita un marco teórico, pero, por encima de todo, hay que tener capacidad y voluntad de escucha y de reflexión**

Hay que dejar que la propia realidad y los demás puedan descolocarnos para resituarnos de nuevo encontrando nuevos equilibrios a partir de la experiencia y sin renunciar al bagaje adquirido.

### **Cada uno/a de nosotros somos producto de nuestra época y no escapamos a las convenciones sociales o al código moral establecido**

- Partimos del hecho de que como terapeutas estamos atravesados/as por una historia personal y por un contexto familiar y social a partir de los cuales incorporamos unos determinados valores y juicios. Creamos nuestros propios sistemas de significados para dar sentido a las experiencias. Es importante ser conscientes de esta subjetividad para mantener una actitud de escucha siempre abierta, dispuesta a plantearse interrogantes y buscar la mirada del otro/a también cuando nos interpela de un modo que nos incomoda.

De ahí la importancia de trabajar y hacer reuniones en equipo interdisciplinario para construir un espacio común donde compartir miradas y visiones como un mecanismo necesario para reducir la arbitrariedad que puede haber en la mirada de cada uno/a de nosotros/as considerados/as individualmente.

- La teoría pasa por la subjetividad de la persona. La parte fácil es el marco teórico explícito. La parte difícil es la actitud interna. Cuando se considera que el marco teórico en el que nos apoyamos es la verdad se impide que la realidad nos interpele y dejamos de poner en cuestión la propia práctica. Cuando esto sucede es difícil escuchar otros posicionamientos y es fácil caer en la rigidez y el dogmatismo.

En otras palabras, hay que descolocarse para situarse de nuevo. Y ese es un equilibrio constante que no debería finalizar nunca si queremos crecer personal y profesionalmente.

### Hay que huir de la confrontación entre teorías

La confrontación entre teorías no solo es estéril y nos impide crecer profesionalmente, sino que nos hace daño. Primero, porque no hay una única teoría que aporte todos los elementos necesarios para alcanzar a comprender e intervenir en una realidad compleja. Segundo, porque la confrontación conlleva una simplificación de la realidad que la reduce a dos extremos (bueno/malo, blanco/negro, etc.), niega la multiplicidad y riqueza de matices entre uno y otro, e impide la escucha y el aprendizaje mutuo.

Hay que construir un marco teórico que parta del diálogo y, por tanto, de la escucha activa del otro/a que opina diferente de mí, y del respeto mutuo; no de la confrontación abierta o soterrada entre profesionales “puros” y “no puros”.

El marco teórico no debería ser un obstáculo para este diálogo sino que, al contrario, habría que potenciarlo y orientarlo hacia un crecimiento profesional y de equipo.

### El uso que hacemos de las teorías

Lo importante no es tanto si todos compartimos el mismo marco teórico o no, sino el uso que de él hacemos.

- Lo importante es que queden claros los criterios de diagnóstico y de tratamiento en todo el equipo y que no se generen diferencias por desconocimiento o porque no hayan sido sometidos a un diálogo suficiente en el CDIAP. **Lo fundamental es el diálogo desde el respeto y disponer de los espacios formales para hacerlo.**
- Un elemento clave es la capacidad de reflexión sobre la propia práctica.

Por ejemplo: por un lado hay una madre o un padre que no puede aceptar/tolerar que su hijo/a tenga una discapacidad; y por otro hay un/a profesional que no puede tolerar que esta madre o padre no acepte a su hijo/a. La actitud de esta madre o padre y la de la persona profesional es la misma. Debemos poder verlo y tener la disposición para trabajarlo. Difícilmente se puede trabajar con esta madre o padre para que pueda modificar su actitud respecto a su hijo o hija si este/a profesional no trabaja por un cambio en su actitud respecto a la madre o padre.

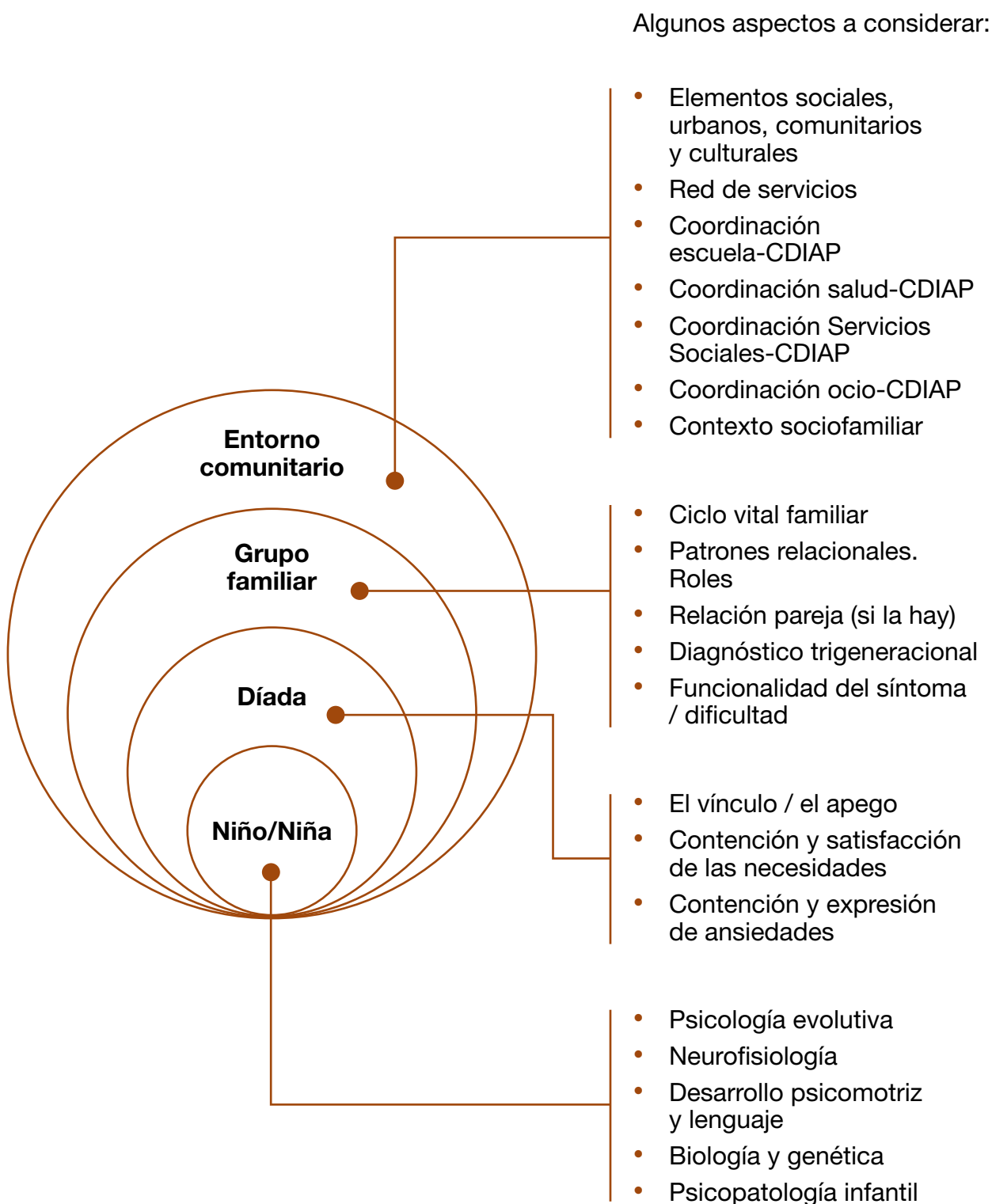
## 3. Perspectiva bio-psico-social del desarrollo

En Cataluña los CDIAP de la Red Pública tenemos que garantizar una perspectiva bio-psico-social del desarrollo. Por lo tanto, el marco teórico que oriente la intervención de nuestros CDIAP debe:

- Situar al niño/a en el centro y en interrelación permanente con su entorno.

- Considerar la complejidad relacional y multifactorial de las diferentes situaciones del desarrollo humano.

Gráfico. Niveles de análisis e intervención



#### 4. Líneas teóricas útiles para un abordaje bio-psico-social en el contexto de nuestros CDIAP

##### El abordaje “bio”<sup>45</sup>

Comporta una doble mirada:

- La mirada especializada desde la neuropsiquiatría.
- La mirada compartida por todas las personas que integran el equipo.

##### La mirada especializada desde la neuropsiquiatría

Se trata de una mirada especializada que se debe garantizar a lo largo del proceso de atención del niño/a mediante:

- Una intervención directa con el niño/a y la familia siempre que sea necesario.  
Por ejemplo, siempre que haya antecedentes de riesgo neurológico (prematuridad, pérdida de bienestar fetal/asfixia perinatal, infarto/hemorragia cerebral perinatal, etc.), otros antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes (malformaciones congénitas, etc.), alteraciones del crecimiento craneal, deformaciones craneales, trastornos del desarrollo motor y cuadros que cursan con alteraciones motoras, entre otros.
- Una intervención indirecta a través de las interconsultas del resto de profesionales del CDIAP y en los espacios conjuntos del equipo interdisciplinario del servicio (reuniones de equipo, sesiones clínicas, supervisión externa, etc.).

Se trata de garantizar la especificidad de la mirada “bio” en el abordaje integral que el CDIAP proporciona al niño/a que presenta determinadas patologías, antecedentes de riesgo o circunstancias en su salud que afectan o pueden comprometer su desarrollo, y que es necesario tener en cuenta a lo largo del proceso terapéutico de intervención ya desde el inicio –en la fase de valoración diagnóstica– y mientras dure la atención terapéutica de tratamiento.

La mirada compartida por todas las personas que integran el equipo interdisciplinario del CDIAP que incorporan en su intervención el concepto amplio de salud que, en el contexto de un CDIAP, se entiende como [... la promoción de la salud, la prevención, la detección y el diagnóstico del trastorno del desarrollo y de cualquier patología añadida.

La incorporación de la mirada bio-psico-social en la Red de CDIAP entre los años 1995-1998 representó un cambio para la mayoría de equipos.

Todas las personas profesionales debían equilibrar su mirada entre este concepto marco y sus tres contenidos o ámbitos de actuación...]. Y esta mirada bio-psico-social

45. La autoría del texto entre corchetes de este apartado corresponde a Anna Fornós i Barreras. Documento elaborado expresamente en el contexto del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD

hay que tenerla incorporada [... durante todo el proceso asistencial, no solo en la fase de valoración diagnóstica.

Sabemos que los niños/as atendidos en el CDIAP pueden tener patologías añadidas a su diagnóstico principal.

No se trata de hacer de pediatras de cabecera, sino de poner de manifiesto la importancia de conocer y no descuidar otras enfermedades recurrentes que interfieren en el desarrollo y otras patologías que acompañan a los niños/as diagnosticados de síndromes conocidos.

Podríamos hablar de muchas patologías añadidas, a modo de ejemplo empezaremos por las patologías sensoriales: la importancia de realizar una buena exploración auditiva y visual, y saber que tener alterados alguno de estos canales sensoriales repercute de manera muy directa en el desarrollo ...].

En el contexto de un CDIAP [... se trata de detectar estos trastornos e indicar a la familia lo que tiene que hacer.

Cuando un niño/a sufre otitis de repetición, puede perder audición de manera transitoria y durante un tiempo sentirse aislado del mundo que le rodea y mostrar una conducta desconectada. La posibilidad de que este trastorno auditivo provoque la desconexión de un niño/a frágil, pero no con un trastorno del espectro autista (TEA), y tener a nuestro alcance la mejora inmediata, nos pone en la responsabilidad de pensar en cualquier hipótesis diagnóstica, también las de salud general.

Un déficit de refracción visual comporta en un niño/a miedos e inseguridad en el movimiento, este sería otro ejemplo. Podríamos estar trabajando la motricidad y no sería suficiente, ya que al presentar un déficit visual el movimiento puede estar comprometido.

Hay patologías del desarrollo que presentan dentro de su perfil sindrómico otras patologías añadidas. Estas patologías son conocidas y pueden aparecer en el transcurso de la infancia ...].

Así, por ejemplo, un CDIAP [... atiende a niños/as que presentan una parálisis cerebral de diferentes etiologías; todos estos niños/as tienen patologías añadidas que pueden ser muy graves y cambiar el pronóstico de la patología primaria: epilepsia, trastornos metabólicos y endocrinos, sensoriales, respiratorios, de alimentación, ortopédicos, de crecimiento, etc. No tener en mente estas patologías añadidas sería un error grave en la intervención integral que debemos llevar a cabo.

Los CDIAP somos un servicio social especializado y de proximidad que trabaja de manera coordinada con la red de pediatría de la atención primaria de salud. Por lo tanto, podemos detectar, compartir y derivar a los y las pediatras cualquier sospecha de enfermedad que incrementa la comorbilidad.

Esta detección puede ir a cargo de cualquier profesional del CDIAP. Lo que es relevante es hacer la detección y tener en mente esta concurrencia de factores y el cuidado integral del niño/a. Cada miembro del equipo tiene su parte de

responsabilidad para contribuir a implementar los tres ámbitos que forman el concepto integral bio-psico-social ...].

### El abordaje “psico-social”

Podemos afirmar que tanto la perspectiva psicodinámica como la perspectiva ecosistémica nos son útiles para orientar nuestra intervención, pero no con carácter excluyente de otras. Y siempre que se haga un uso flexible y nada dogmático.

No se trata de un sumatorio de teorías.

Un requisito es la articulación de estas líneas teóricas en la práctica asistencial y en el trabajo interdisciplinario.

A continuación vemos brevemente cada una de las líneas teóricas mencionadas.

#### La perspectiva psicodinámica<sup>46</sup>

[... La perspectiva psicodinámica es especialmente útil en el contexto de la atención proporcionada por un CDIAP porque aborda temas fundamentales que estructuran la comprensión del desarrollo del niño/a, los problemas que se pueden presentar, los posibles trastornos y las diferentes modalidades de intervención. Y también por el interés, especialmente en los últimos tiempos, por integrar avances en la comprensión de estos procesos que provienen de otras disciplinas y corrientes teóricas.

Tres de estos temas especialmente relevantes son: la relación, las emociones y lo que no es evidente, de lo que no somos claramente conscientes pero que puede estar detrás de lo que se expresa y verbaliza.

- **El desarrollo del niño/a no se puede concebir fuera de la relación.** Es el vínculo que se crea entre la madre, el padre y el hijo o hija lo que provee las condiciones necesarias para que el potencial constitucional del niño/a se pueda desarrollar para conseguir adaptarse a la realidad, ser más libre y creativo, y conseguir más bienestar.

Pero no hay que olvidar que **este vínculo es**, entre otras cosas, **un vínculo emocional**. Los padres no cuidan del bebé solo porque los obligue la sociedad. Primariamente y naturalmente lo hacen porque probablemente lo han deseado y en cualquier caso porque se crea una relación entre ellos que los lleva a proporcionar al bebé, y luego al niño/a pequeño, aquello que necesita para su bienestar y para desarrollar sus capacidades. Seguramente predominará en los padres el afecto pero estarán igualmente presentes la inseguridad, el miedo, la rabia, la desesperanza, etc. Es importante que estas vivencias, naturales en la crianza de cualquier bebé, se puedan contener dentro de la familia para que no interfieran en el desarrollo del niño/a y en las propias funciones parentales. Sin olvidar la importancia del entorno social en el que viven. El entramado de relaciones en torno a la familia ayudará a

46. Este apartado ha sido elaborado expresamente por Rafael Villanueva Ferrer en el contexto de este Modelo municipal (texto entre corchetes).

salir adelante con la crianza, tanto emocional como prácticamente. Todo ello para que los padres puedan tener unas condiciones suficientemente buenas para conocer y entender a su hijo o hija.

El niño/a necesitará que le ayuden a regularse física y emocionalmente para que, poco a poco, interiorice estas formas de regulación y pueda empezar a caminar hacia una suficiente independencia. La familia tendrá que adaptarse y contener al niño/a, empatizar con lo que siente para captar lo que necesita y lo que desea y deberá darse cuenta de que crece, que se hace mayor, y permitir que tenga su espacio y que se pueda separar. Para que entre en “lo social”, en un tipo de relación en la que pueden haber otras personas importantes con otras formas de pensar y que ofrecen una experiencia diferente al niño/a. Del mismo modo, el mismo niño/a irá ampliando su interés por el mundo e irá entrando en el mundo del significado de las cosas y más tarde del lenguaje verbal. Este es el camino de la individuación. Del reconocimiento de la propia subjetividad y la de las otras personas. El niño/a irá construyendo poco a poco su yo y descubriendo el yo de los demás. Entendiendo que las otras personas piensan, sienten, actúan y se expresan como él o ella puede pensar, actuar, expresarse y sentir.

Desde la orientación psicoanalítica no se ha dejado de profundizar, desde sus inicios, en estos procesos complejos. Podemos encontrar múltiples contribuciones de autores/as desde la observación o desde la clínica que nos aportan conocimientos y experiencia para mejorar nuestra comprensión de estas primeras etapas. Sin conocer estos procesos será muy difícil que podamos entender a las familias y los niños/as que atendemos. Será muy complicado que capturemos el impacto de las interferencias de los problemas y los trastornos en el desarrollo y que podamos proponer ayudas adecuadas a lo que le está pasando a este niño/a, en esta familia y en este entorno social.

- **El psicoanálisis nos ayuda también a ver más allá de lo evidente.** A entender, por ejemplo, que esta familia que no expresa preocupación puede estar muy asustada sin poder reconocerlo en ese momento; que al sobreproteger al niño/a se protegen ellos mismos, por ejemplo, de conectar con la lentitud del aprendizaje del niño/a o de sentir la frustración de no poder tener lo que quieres; que bajo el enojo con el que se dirigen a nosotros hay tristeza, rabia y decepción ante lo que les está sucediendo y que no están encontrando otra manera de entenderlo y comunicarlo más que actuando como si nosotros les estuviéramos haciendo daño; o que detrás de la demanda lógica de pautas para la crianza de su hijo o hija con problemas se puede esconder la vivencia de que no son capaces de conocer y ayudar a su hijo o hija, poniendo toda la capacidad de pensar y saber en la persona profesional, como si ellos ya no fueran competentes.

A partir de este modelo de organización mental y de manejo de la ansiedad podremos entender mejor las reacciones de los padres, lo que nos permitirá empatizar con lo que sienten y responder de una forma más ajustada a lo que necesitan.

El camino hacia el crecimiento y la autonomía que recorren el niño/a y su familia se puede ver interrumpido, ya en los inicios o durante el proceso de desarrollo, por



dificultades que se presentan en el niño/a, en los padres o debido a circunstancias del entorno que interfieran práctica y/o emocionalmente.

Diagnosticar lo que le pasa al niño/a, en estas edades tempranas, no es solo identificar un síndrome, un trastorno o una etiología. Sobre todo es entender cómo este niño/a y esa familia están siendo afectados, entorpecidos, bloqueados, limitados, etc. para progresar. Es comprender cómo viven lo que está pasando y qué recursos desarrollan para enfrentarse a ellos. Recursos que ayudarán o que entorpecerán el desarrollo. Debemos intentar entender con qué capacidades cuentan y qué dificultades presentan. Pero también cómo se organizan internamente y externamente para adaptarse a una experiencia en gran parte inesperada y lógicamente dolorosa de tener un niño/a con problemas, unos padres con dificultades o un entorno que no provee de lo necesario para la crianza y/o la interfiere.

También tenemos que poder entender la subjetividad de este niño/a. Los síntomas que nos permiten situarlo en un síndrome también nos muestran aspectos de su forma de responder ante lo que le interesa o ante lo que le angustia. Una estereotipia de un niño/a con TEA es un elemento más que nos permite situarlo en este trastorno, pero también puede ser que nos indique que está aburrido, angustiado por el exceso de ruido o que, al retirarse de la relación, encuentra en la repetición alguna estabilidad y tranquilidad. Decidir qué hacemos con esta estereotipia no solo tendrá que ver con la interferencia que provoca en su adaptación a la realidad sino, sobre todo, con la identificación del motivo que la ha desencadenado y con la comprensión del funcionamiento mental del niño/a. Nuestra respuesta será eliminar el ruido, ayudar a jugar o buscar un entorno en el que la oferta relacional vaya al ritmo que él o ella puede tolerar.

El tratamiento no se despliega solo por las características del síndrome sino por las del propio niño/a, que incluyen muchos más elementos que los síntomas o limitaciones del trastorno que padece y que transmiten una forma personal de sentir y de pensar.

Las aportaciones de la perspectiva psicodinámica nos permiten comprender mejor a padres y niños/as y ha hecho hincapié en la importancia de escuchar y observar para conocer y entender.

Por otra parte, la perspectiva psicodinámica también aporta una gran experiencia clínica sobre **cómo debe ser nuestra posición como terapeutas**, sobre nuestra actitud, sobre cuál es la distancia y la implicación emocional adecuada para ayudar mejor al niño/a y los padres. Necesitamos acercarnos al niño/a y a los padres con interés por conocerlos y para ayudarlos, pero respetando su posición y su función en la relación familiar. Hay que intentar tener la capacidad de reconocer y contener el dolor psíquico y empatizar sin confundirnos con lo que sienten los padres; acompañar sin juzgar; ayudar sin suplantar; interesarse sin ser intrusivo; orientar y dar esperanza sin crear falsas expectativas; activar y animar pero no forzar, respetando el ritmo del niño/a y la familia. Todo esto y, sobre todo, intentar no generar culpa, pero teniendo la capacidad de aceptar y aliviar los sentimientos que en esta línea puedan aparecer.

Debemos tener en cuenta que, si queremos realmente proporcionar una atención integral, la familia y el entorno cuidador son básicos en el tratamiento del niño/a con dificultades. El “tratamiento” debe intentar generar un “trato” ajustado a las necesidades del bebé o del niño/a. Esto supone adaptarse al hijo o hija real que tienen y conocerse y tolerar como padres de este niño/a. Seguramente lo que les está pasando no coincide con lo que esperaban y eso comportará un duelo por la pérdida, en parte, de ese niño/a y de aquella relación parental que se habían imaginado y que probablemente les había ilusionado. Familia y niño/a deben ir encontrándose y se tienen que ir conociendo para construir una relación más realista que pueda promover el crecimiento. Comprender estos procesos de duelo es también fundamental para situar y entender el momento por el que pasa la familia y para darle el tiempo que necesite para encontrar su propio camino. Si no es así, si no acompañamos emocionalmente a la familia y los ayudamos a encontrar su papel activo como padres que entienden a su hijo o hija y toman decisiones, aunque sea con ayuda, nos arriesgamos a convertir a los padres en meros espectadores o, como máximo, en entrenadores o pseudoterapeutas del niño/a, con el peligro que ello supone para el desarrollo de sus propias funciones parentales.

Cuando la familia es la que tiene problemas graves, el psicoanálisis nos ayudará a entender mejor sus dificultades y a ajustarnos a sus posibilidades reales. Situándonos de forma más realista en el nivel de mejora que podemos esperar, sin pretender conseguir lo que puede ser imposible. A la vez que intentaremos poner en marcha los recursos sociales que sean necesarios para garantizar la seguridad y el bienestar del niño/a.

La psicología de orientación psicodinámica nos ayuda a reconocer los estados internos de los niños/as y que los padres puedan también reconocerlos y entenderlos. A captar lo que siente el niño/a, lo que le interesa, lo que le angustia o lo que no entiende, por poner algún ejemplo. A dar valor al lenguaje como herramienta terapéutica que ayuda a comunicarse y organizarse mentalmente. A situar las pautas o consejos en una relación de respeto y de interés por el otro/a. A generar diferenciación a través de promover la capacidad de reconocer los estados mentales de cada uno (mi miedo quizás no sea el miedo del niño/a, o su enfado será más fácil de manejar si no me confundo y termino yo también enfadado o enfadada). A promover el juego y la creatividad en el niño/a y facilitar que los padres puedan reconocer la importancia del mundo interno de su hijo o hija y promuevan la simbolización.

El juego es el vehículo del tratamiento con los niños/as pequeños. Cuando el niño/a es muy pequeño, el juego con la persona cuidadora es un vehículo para la comunicación, para la satisfacción mutua y para el fortalecimiento de los vínculos. En los niños/as pequeños muy pronto será una de las formas básicas de expresarse y de pensar. Nos informa de sus deseos y de sus preocupaciones y en general de lo que siente y piensa. La importancia del juego en el desarrollo ha sido investigada y explicada por diferentes autores/as psicodinámicos y de otras corrientes, a veces cercanas.

Por último, hay que recordar que para el modelo psicodinámico la relación terapéutica es la base del tratamiento. La ayuda que podemos ofrecer no son solo

los consejos que damos a los padres o las acciones terapéuticas que realizamos con el niño/a, sino la relación que establecemos con todos ellos a partir de la comprensión de su realidad externa e interna. En esta relación tendremos la información que el niño/a y los padres nos transmiten, pero también lo que nos hacen sentir nos hablará de cómo se sienten ellos mismos y de cómo resuena en nosotros/as. De experiencias y vivencias anteriores que se actualizan en el aquí y ahora de la relación terapéutica ...].

### La perspectiva ecosistémica<sup>47</sup>

La perspectiva ecosistémica [... conjuga dos cuerpos teóricos complementarios: el enfoque sistémico y el modelo ecológico.

El enfoque sistémico es una perspectiva teórica que permite comprender y explicar los comportamientos de las personas no solo a partir de sus características individuales, sino también en función de las relaciones que estas personas establecen con sus contextos más cercanos. El significado de los diversos fenómenos y problemas se busca en los contextos en los que se producen y en las relaciones que cada persona establece. El modelo ecológico amplía el enfoque sistémico, al considerar diferentes niveles para el análisis: individual, microsistémico, mesosistémico y macrosistémico.

Una de las aportaciones del pensamiento sistémico consistió en dar prioridad al contexto en la comprensión de los fenómenos humanos y poner de relevancia los aspectos interaccionales. Esta óptica ha contribuido a ampliar la comprensión y evaluación de los problemas (síntomas, conductas) poniendo énfasis en el diagnóstico relacional e interaccional, priorizando el cambio en las interacciones.

La lectura sistémica implica analizar los fenómenos humanos en su complejidad contextual, a partir de un enfoque multidimensional y circular. Esta mirada define los problemas o fenómenos en relación con las personas y sus contextos. **El cambio no puede ser solo individual, sino entre las personas y/o entre sistemas.** Esto implica desplazar el foco del análisis del individuo a sus contextos significativos. Así se pasa a considerar la familia (primer contexto significativo) como objeto de estudio y de tratamiento, y a incluir también el contexto y la persona profesional “como parte del sistema que se analiza”.

Se considera que el observador/a es siempre parte de lo que observa. Esto significa que para la comprensión del fenómeno de que se trate, las creencias, los marcos teóricos y las emociones del operador/a social deben ser tomados en cuenta en la descripción del fenómeno, en el diagnóstico y en la intervención.

El enfoque sistémico desplaza el foco de lo individual a lo relacional, y de una causalidad lineal a una circular. Cada miembro del sistema influye en los demás y, al mismo tiempo, es influido por ellos en una retroalimentación permanente.

47. El texto entre corchetes está extraído del apartado “Marco conceptual y técnico” de la publicación “Els processos tècnics dels Equips d’Atenció a la Infància i l’Adolescència (EAI). Presentació, mapa general, processos estratègics i de suport”. Ayuntamiento de Barcelona (2017).

Por su parte, el modelo ecológico nos ayuda a no perder de vista la complejidad del problema o fenómeno de que se trate, a no tener solo en cuenta un único nivel y, además, a considerar las interacciones entre ellos (véase U. Bronfenbrenner, 1987; C. Bouchard, 1982; J. Barudy, 1998). Esto significa que no solo intervienen múltiples factores y niveles, sino que, además, existe una retroalimentación o una circularidad entre todos de manera que se condicionan recíprocamente ...].

En cada nivel encontraremos factores diversos del mismo orden:

- **Nivel individual.** En este nivel se identifican los factores psicológicos y biológicos que influyen en el comportamiento de las personas. Desde una mirada ecosistémica podemos distinguir distintas dimensiones del individuo interrelacionadas entre sí. Son:
  - **La dimensión cognitiva:** comprende las estructuras y esquemas de conocimiento que definen las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.
  - **La dimensión conductual:** incluye el repertorio de comportamientos con los que una persona se relaciona con el mundo.
  - **La dimensión psicodinámica:** se refiere a la dinámica en sus diferentes niveles de profundidad (desde las emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente).
  - **La dimensión interaccional:** hace referencia a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.
- **El microsistema.** Se refiere a las **relaciones más cercanas** de la persona. Es el contexto inmediato, la familia, las amistades, etc.
- **El exosistema.** Lo integran **la comunidad** más cercana después del entorno familiar. Incluye las instituciones mediadoras entre una determinada cultura y la persona: la escuela, los y las profesionales y los servicios, el grupo, el esplai u otros espacios de educación no formal y de ocio, la iglesia, los medios de comunicación, etc.
- **El macrosistema.** Comprende el ambiente ecológico con un alcance que va mucho más allá de la situación inmediata que afecta a la persona. Es el contexto más amplio y remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida dominantes en una cultura o subcultura. En este nivel se considera que la persona se ve afectada profundamente por hechos en los que no participa ni está presente. La integración social conlleva que las personas que forman parte de ella asuman las normas de conducta, los valores imperantes y la cultura de un determinado grupo social o de una determinada **sociedad**.

La perspectiva ecológica se sostiene en el análisis de los determinantes y los factores de riesgo y de protección que impactan en la relación dinámica de las personas con su entorno y viceversa, interfiriendo o favoreciendo la transformación recíproca.

### 3.2.3. La perspectiva de género: carácter transversal en la diversidad de líneas teóricas

La perspectiva de género es un constructo social que busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones que llevan a cabo con otros/as.

Pretende desnaturalizar, desde el punto de vista teórico y desde las intervenciones sociales, el carácter jerárquico atribuido a la relación entre los sexos y los géneros y mostrar que los modelos de hombre o de mujer, así como la idea de heterosexualidad obligatoria, son construcciones sociales que establecen formas de interrelación y especifican el que cada persona “debe” y “puede” hacer, de acuerdo con el lugar que le corresponde según lo que el sistema social atribuye a cada género.

Es un instrumento que permite cuestionar y desmontar las creencias en las que se sustenta el patriarcado como sistema de organización social.

La perspectiva de género permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a hombres y mujeres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias.

Desde esta perspectiva se analizan las posibilidades vitales de unos y otras, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos sexos, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben atender y las múltiples maneras de hacerlo.

Incorporar la perspectiva de género en la intervención con niños/as y familias desde del contexto de un CDIAP es necesario principalmente por dos motivos:

- Contextualizar las expectativas, requerimientos y atribuciones que se hacen al niño/a en función de que sea niño o niña por parte de la familia, del entorno (del que formamos parte) y de la sociedad en sentido más amplio.

La construcción social del género tiene lugar a través del proceso de socialización entendido como el proceso psicosocial que se inicia con el nacimiento y mediante el cual una persona adquiere las normas de conducta, los valores imperantes y la cultura de un determinado grupo social o de una determinada sociedad. El proceso de socialización dura toda la vida.

En una sociedad sexista como todavía es la nuestra se asigna a cada sexo biológico unos atributos, características y habilidades diferenciadas a las que deben responder todos los hombres y todas las mujeres. Establece que los hombres deben ser masculinos y las mujeres femeninas. Define qué significa masculinidad y feminidad, y lo que corresponde ser y hacer a un hombre para ser masculino y a una mujer para ser femenina. Salir de estos patrones comporta, en mayor o menor medida, discriminación o incluso la exclusión social.

Estas atribuciones diferenciadas en función del sexo biológico definen los roles sociales, los perfiles y las responsabilidades diferenciadas según se sea hombre o mujer. En otras palabras, qué corresponde que haga, piense, desee o sienta la

mujer, y qué corresponde que haga, piense, desee o sienta el hombre. Constituyen por tanto un mecanismo de control social, definiendo lo que es normal y lo que no lo es en relación con el hecho de ser un sujeto masculino, un sujeto femenino y un sujeto heterosexual.

- Incorporar la perspectiva de género en el análisis de la parentalidad es necesario para entender la evolución de muchas realidades familiares que ya no responden a los esquemas y roles tradicionales, como las familias monoparentales (con una monoparentalidad elegida o impuesta) o las familias LGTBI, por poner dos ejemplos. O incluso los nuevos roles que ejercen madres y padres en familias heterosexuales.

A menudo existe confusión entre conceptos que se refieren a aspectos diferentes de la identidad de la persona (sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual). Esta confusión, cuando existe, puede determinar actuaciones que no correspondan a la necesidad o al deseo de la persona afectada, en este caso el niño/a.

La perspectiva de género nos ayuda a entender que las atribuciones que damos a los roles de madre y de padre y lo que socialmente consideramos normal son construcciones socioculturales, no atribuciones derivadas de la naturaleza y de los atributos biológicos. El solo hecho de establecer una distinción entre función maternal y función paternal implica que definimos como normalidad de familia aquella conformada por un hombre y una mujer, cuando la normalidad es mucho más diversa y plural (parejas integradas por dos mujeres o por dos hombres, familias de una sola persona cuidadora –hombre o mujer–, etc.).

Hay que aproximarse a la familia integrando la diversidad como un hecho y no como una anomalía o una excepción.

Lo importante es identificar cuáles son los elementos necesarios para un crecimiento y un desarrollo sano de cualquier niño/a (en los aspectos físico, cognitivo, emocional y relacional-social) y cuáles son las figuras del entorno de este niño/a que pueden ofrecerlos, sin predeterminar qué le corresponde al padre y qué a la madre.

Estas figuras (madre/padre, madre/madre, padre/padre, madre o padre solo) deben ser capaces de generar amor, generar pensamiento, promover esperanza, afrontar la verdad, etc. O en otros términos, tener las habilidades y capacidades necesarias para ofrecer al niño/a una aportación nutritiva, afecto, cuidado y estimulación, una aportación educativa, socializadora, protectora, y promover la resiliencia del niño/a.<sup>48</sup>

Lo importante es que exista un buen vínculo del niño/a con la persona o las personas cuidadoras principales, y que se produzca una desvinculación saludable cuando corresponda por el desarrollo del niño/a. Cuando hay más de una persona

---

48. Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan (2011).

cuidadora principal lo importante no es a quién le toca asumir una u otra función, sino la armonía, la complementariedad, las ganas de hacerlo.

Desde la perspectiva de género se busca deconstruir las atribuciones sociales basadas en el género para centrar el foco de atención en la naturaleza y calidad del vínculo en la díada integrada por el niño/a y la persona o personas cuidadora/s principal/es.

Pero, más allá de las ideas, la perspectiva de género nos obliga a una reflexión interna y a un trabajo personal para identificar qué de todo esto hay en nosotros y qué proyectamos en los niños/as y familias que atendemos.

### 3.2.4. La multiculturalidad de la población atendida: un factor clave en la intervención de los CDIAP del IMPD

Los datos de atención de 2016 son suficientemente elocuentes:

#### **Del total de niños/as atendidos por el CDIAP EIPI Ciutat Vella:**

- Las personas representantes legales de los niños/as eran ambas de procedencia extranjera en el 66,40% de los casos. Y mixta (una de las personas representantes legales era de origen extranjero y la otra española) en el 7,53% de los casos. Solo en el 26,08% ambas personas representantes legales eran de procedencia española.
- Por continentes, la procedencia mayoritaria es Asia (36,83%) seguida de Europa (34,95% que incluye España), América (12,10%) y África (8,33%).
- Los países de procedencia de las personas representantes legales extranjeras son, de más a menos: Pakistán, Bangladesh, Filipinas y Marruecos.

#### **Del total de niños/as atendidos por el CDIAP EIPI Nou Barris:**

- Las personas representantes legales de los niños/as eran ambas de procedencia extranjera en el 46,24% de los casos. Y mixta (una de las personas representantes legales era de origen extranjero y la otra española) en el 10,32% de los casos. En menos de la mitad, el 43,44% de los casos, ambas personas representantes legales eran de procedencia española.
- Por continentes, la procedencia mayoritaria es Europa (49,98% que incluye España), seguida de América (32,47%) y, a mucha distancia, África (5,16%).
- Los países de procedencia de las personas representantes legales extranjeras son, de más a menos: Ecuador, Bolivia, Perú, Honduras, República Dominicana y Marruecos.

Es un hecho que los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris son multiculturales, lo que conlleva modelos de crianza no solo diversos sino también diferentes, con valores y significaciones que pueden diferir mucho de la cultura autóctona dominante en la mayoría de las personas integrantes de los equipos de nuestros dos CDIAP.

Este hecho incrementa considerablemente la complejidad de la intervención, no solo por las barreras idiomáticas existentes en muchos casos y que se superan gracias al servicio de traducción y mediación del Ayuntamiento de Barcelona, sino básicamente porque las pautas de crianza son muy diversas, así como el papel asignado a la mujer (como mujer y como madre) y al hombre (como hombre y como padre), el concepto de “lo público” y “lo privado” es muy diferente entre unas y otras culturas incluida la nuestra; e igualmente ocurre con la gestualidad o la manera de entender el cuerpo y de interactuar y relacionarse socialmente, por poner algunos ejemplos.

Por otra parte, cada país de procedencia no es homogéneo y, por tanto, podemos encontrar familias con un mismo país de procedencia, pero con modelos y valores de crianza muy diferentes.

Esto nos obliga a:

- Conocer para entender las diferentes culturas, sus valores, modelos de crianza y formas de interacción, etc.
- Tener muy en cuenta esta realidad en el momento de hacer las valoraciones diagnósticas y el plan de atención terapéutica de tratamiento, para evitar incurrir en errores de interpretación que puedan alejar a las familias del CDIAP o que las puedan hacer sentir juzgadas o incomprendidas.

Un elemento clave en la intervención del CDIAP es implicar a la familia para que comprenda las necesidades del niño/a, las acepte y dé respuestas adecuadas que favorezcan de manera efectiva su bienestar y desarrollo actual y futuro.

Para implicar a la familia en un contexto multicultural es necesario hacer un esfuerzo para conocer su contexto cultural de origen, cómo ha sido el proceso migratorio y su encaje aquí; ser flexibles y tener una actitud respetuosa. Como con todas las familias de los niños/as atendidos es necesario:

- **Que la familia se sienta acogida, escuchada y comprendida** no solo respecto a su vínculo con el niño/a y todo lo que tiene que ver con él/ella, sino también respecto de su manera de hacer y de vivir.

Es necesario que la familia sienta que la persona profesional tiene interés por conocer y entender desde una actitud respetuosa (sin rehuir de su obligación de velar por el interés superior del niño/a).

- **Acompañar y ayudar a la familia a entender** cuáles son las dificultades y necesidades específicas que tiene su hijo/a, a aceptarlas y dar una respuesta adecuada.

No se trata de informar a la familia de lo que le pasa al niño o niña y darle indicaciones de lo que tienen que hacer. Es preciso un acompañamiento en este proceso de comprensión, de incertidumbre y de aceptación que, a menudo, no es fácil.

- **Que la familia sienta que se conecta con sus vivencias sin ser juzgada.**

Hay que escuchar y ayudar a poner palabras y explicitar las vivencias de las diferentes personas de la familia en relación con el impacto que el nacimiento de este hijo o hija ha tenido en su vida y en la dinámica familiar; en relación con los



sentimientos que despierta y en las dificultades que puedan tener para hacer frente a la situación (duelo, rechazo, decepción, sobreprotección, miedo, etc.) y respecto de su vínculo con el niño/a.

Alcanzar estos objetivos cuando la familia proviene de culturas muy diferentes a la nuestra no es nada fácil, por lo que en el contexto de este Modelo uno de los retos es proporcionar a los equipos las herramientas necesarias para hacer frente a esta realidad compleja en las mejores condiciones posibles.

### 3.3. Las prioridades del Modelo

#### 3.3.1. El acceso del niño/a al CDIAP

---

##### Sumario

- 1. El acceso del niño/a al CDIAP es universal**
- 2. Forma parte de la misión del CDIAP trabajar de manera proactiva para facilitar el acceso a la atención precoz de los niños/as que lo necesitan**
  - Trabajar para identificar las barreras existentes y desarrollar estrategias para eliminarlas
  - Contribuir a fortalecer la capacidad de prevención primaria y de detección precoz de los servicios del territorio

---

#### 1. El acceso del niño/a al CDIAP es universal

##### ¿Qué significa?

Que todo niño/a nacido que tenga entre 0 y 6 años y viva en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris, así como el no nacido, que tenga un trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo tiene derecho a recibir atención precoz en el CDIAP correspondiente y este la obligación de atenderle.

O dicho en otras palabras: no puede haber barreras de ningún tipo que dificulten el acceso de este niño/a al CDIAP, dado que se trata de un derecho subjetivo que hay que garantizar.

La única limitación razonable, que tiene que ver con el límite máximo de edad para acceder al CDIAP, es poder disponer del tiempo suficiente para asegurar la realización de una valoración diagnóstica y una orientación inicial para proponer a la familia antes de que el niño/a cumpla los seis años. Estamos hablando de que, en la mayoría de los casos, no es factible el acceso de un niño/a a partir de los cinco años y seis meses de edad.

Cualquier otro criterio de limitación del acceso contradiría el principio de universalidad.

Es por este motivo que en aplicación de este Modelo no se deben implementar los criterios de priorización en el acceso que contempla el Decreto 45/2014, de modificación del Decreto 261/2003, por el que se regulan los servicios de atención precoz cuando dice: [... Sin perjuicio del carácter universal de los servicios de atención precoz, se prioriza la atención a los niños/as con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos de menos de tres años y los niños/as con afectación grave, de acuerdo con el criterio clínico de los y las profesionales del CDIAP...].

O, en la misma línea, lo que establece el Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y el IMPD cuando dice: [... La familia puede acceder directamente, por iniciativa propia, siempre que el centro le corresponda por zona y que la edad del niño/a esté en la franja de atención precoz (preferentemente niños/as de 0 años hasta escolarizados a P-4) ...].

---

Es importante poder **garantizar a todos los niños/as de cero a seis años** que presenten un trastorno del desarrollo, transitorio o permanente, o riesgo de padecerlo, **una valoración diagnóstica inicial** que permita identificar:

- qué le ocurre al niño/a,
  - cuáles son los riesgos y las fortalezas que presenta el propio niño/a, su familia y resto de entorno significativo,
  - y cuál es la gravedad de la afectación que tiene el niño/a.
- 

Con esta información, sometida al análisis del equipo interdisciplinario del CDIAP, los y las profesionales sí pueden tener un criterio clínico sobre el que decidir si es pertinente o no incorporar criterios de priorización que se aplicarán en la definición del plan de atención terapéutica que se propondrá a la familia. Pero no antes de la valoración diagnóstica inicial.

Por otra parte, hay que recordar que, tal y como se especifica en la normativa legal vigente, tienen derecho a los servicios de atención precoz [... los niños/as con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, desde el momento de su concepción y hasta que cumplan los seis años, y sus familias ...]. Es decir, que **el derecho de acceso a los servicios de atención precoz que proporciona el CDIAP se extiende también al no nacido**.

Cuando hablamos del no nacido con trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo nos referimos a la necesidad de iniciar la intervención ya en la **etapa del embarazo** siempre que se den determinadas circunstancias. Por ejemplo:

- Cuando se detectan malformaciones, discapacidades de origen genético u otras circunstancias similares, o se producen daños por causas traumáticas (accidentes, violencia, autonegligencia, etc.) que afectan al feto, siempre y cuando el embarazo se lleve a cabo.

- Cuando se trata de un entorno de riesgo: madre y/o padre toxicómano, madre y/o padre con trastorno mental severo (depresión mayor, esquizofrenia, etc.), madre y/o padre con una discapacidad cuando esta comporte dificultades en la crianza, etc.

En líneas generales el CDIAP, en estos casos, debería proporcionar una atención en el propio contexto hospitalario o ambulatorio donde esté siendo atendida la madre embarazada con tres objetivos:

- Escuchar y atender las necesidades de la madre/s, padre/s y entorno familiar complementando la atención asistencial hospitalaria.
- Vincular la familia al CDIAP una vez nazca el niño/a.
- Acompañar a la familia en el acceso al CDIAP una vez nacido el niño/a.

## **2. Forma parte de la misión del CDIAP trabajar de manera proactiva para facilitar el acceso a la atención precoz de los niños/as que lo necesitan**

Y esto conlleva dos líneas de acción:

**a) Trabajar de manera proactiva para identificar las barreras existentes que dificultan el acceso al servicio de aquellos niños/as que lo necesitan, y desarrollar estrategias para eliminarlas, a menudo en colaboración con otros agentes del territorio (servicios, personas significadas, etc.).**

Así, por ejemplo,

### **Barreras por razón de género**

En nuestros CDIAP hace años que recibimos una proporción significativamente superior de demandas de atención de niños que de niñas. Si analizamos los datos de atención de 2016 vemos que la proporción fue de 2 niños por cada niña (el 67,58% eran niños y el 32,42% niñas). Y si lo desglosamos por distritos, en Nou Barris la diferencia es aún más acusada:

- CDIAP EIPI Ciutat Vella:
  - El 66,83% eran niños y el 33,17% eran niñas.
  - En cambio, la proporción de niños y niñas de la población diana<sup>49</sup> era del 51,56% y del 48,44%, respectivamente.
- CDIAP EIPI Nou Barris:
  - El 68,16% eran niños y el 31,84% eran niñas.
  - En cambio, la proporción de niños y niñas de la población diana<sup>50</sup> era de 50,85% y de 49,15% respectivamente.

49. Calculada a partir del estándar establecido por la Generalitat según el cual el 7,5% de la población infantil de 0 a 5 años y 11 meses de un determinado territorio necesita los servicios de atención precoz proporcionados por un CDIAP.

50. Ídem nota 49.

Sabemos que los niños tienen menos material genético que las niñas para compensar alteraciones o carencias de material genético o cromosómico, por lo que tienen más probabilidad de sufrir enfermedades asociadas al cromosoma X que las niñas.

Pero este hecho no explica por sí solo la desproporción que observamos desde hace años en nuestros CDIAP. Otras hipótesis explicativas harían referencia a la existencia de barreras por motivos varios que habría que eliminar para garantizar que todos los niños/as que lo necesitan puedan llegar al CDIAP con independencia de cuál sea su género.

Algunas de las hipótesis explicativas posibles nos hablan de menor detección de la existencia de trastornos de desarrollo en las niñas porque a menudo los manifiestan con sintomatología de inhibición, menos visible que la conductual, más frecuente en los niños. O que, por razones culturales, las expectativas diferentes respecto de lo que se espera de niños y niñas en determinados colectivos pueda influir para que se efectúe más demanda de atención si un determinado trastorno o dificultades del desarrollo afecta a un niño que si se trata de una niña.

Es importante identificar cuáles son las causas que explican esta desproporción por razón de género entre población diana o potencial y población efectivamente atendida por nuestros CDIAP, y llevar a cabo las estrategias adecuadas para eliminar las barreras que dificultan el acceso de las niñas a los servicios de atención precoz.

### Comunidades culturales muy cerradas

Hay comunidades que por razones culturales y/o de tradición no suelen hacer demanda de ayuda fuera de la propia comunidad. O en las que poner en evidencia que un niño/a tiene dificultades y necesita la ayuda de un servicio de atención específica estigmatiza a la familia y al propio niño/a. Estas son barreras que, cuando se dan, dificultan el acceso a los CDIAP de los niños/as que lo necesitan.

Cuando esto ocurre hay que buscar las alianzas necesarias dentro de la propia comunidad o con otros agentes más cercanos y aceptados (servicios y/o líderes o personas reconocidas y respetadas dentro de estas comunidades) que nos ayuden a establecer las estrategias más adecuadas a la realidad de cada comunidad.

### Familias en situación de vulnerabilidad y de exclusión social que, a pesar de ser derivadas al CDIAP, no llegan a realizar demanda de atención

Para poder establecer estrategias adecuadas que faciliten el acceso de estos niños/as a los servicios de atención precoz es importante saber cuáles son los motivos por los que la familia no efectúa demanda de atención, y valorar si se trata de una situación que afecta a familias concretas o, al contrario, es algo frecuente en determinados territorios o zonas del distrito o determinados colectivos de población.

En función de las respuestas que encontramos, las estrategias que se deben desarrollar para conseguir llegar a estas familias y estos niños/as pueden ser muy diversas. Por ejemplo:

- Llevando el CDIAP adonde están los niños/as y las familias.
  - En la Zona Nord de Nou Barris, que integra los barrios de Ciutat Meridiana, Torre Baró y Vallbona, hemos decidido **acercar el CDIAP a la población abriendo en el territorio una antena del CDIAP** de manera estable, en la línea de lo que están haciendo otros servicios, ya que se ha observado que la falta de demanda en servicios fuera del territorio cercano es un fenómeno bastante extendido en una parte significativa de la población. Hay que decir que el índice sintético de desarrollo/vulnerabilidad social<sup>51</sup> sitúa a estos tres barrios en los niveles de vulnerabilidad más altos de la ciudad.
  - Llevando a cabo proyectos como el “EIPI con la escuela” a través del cual psicólogas del CDIAP EIPI Nou Barris se desplazan mensualmente a dos guarderías de Ciutat Meridiana donde permanecen todo el día en jornada de mañana y tarde trabajando conjuntamente con el equipo educativo. Realizan una labor de prevención primaria (fortaleciendo las habilidades del equipo educativo para abordar determinadas situaciones y evitar que deriven en problemas que requieran atención terapéutica), de detección precoz de niños/as que presentan dificultades o trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo y de acceso a las familias que quieren hacer consultas puntuales o demandas de atención, o bien que somos nosotros/as quienes les pedimos hablar con ellas en la misma guardería.
- Intensificar la colaboración con los servicios derivadores.
  - **Facilitando al servicio derivador** la información necesaria para que explique a las familias qué somos y qué hacemos, que las motive a pedir atención al CDIAP. Para lograr esto es necesario que haya conocimiento mutuo y confianza entre profesionales y servicios.
  - **Realizando entrevistas conjuntas, derivador y CDIAP**, con la familia en la sede del servicio derivante con el fin de “poner rostro al CDIAP” y establecer una relación que facilite la confianza de la familia y la incline a solicitar demanda de atención.
  - **Llevando a cabo proyectos conjuntamente con otros servicios**, por ejemplo, de intervención grupal donde la conducción del grupo esté compartida por profesionales de cada servicio.

**Familias que sí realizan demanda de atención al CDIAP y que acuden con regularidad, pero con un sobreesfuerzo enorme debido a las circunstancias de su situación**

Las situaciones pueden ser muy diversas, pero ante situaciones de familias muy sobrecargadas, que viven en entornos con múltiples barreras de todo tipo (pisos

---

51. El índice sintético de vulnerabilidad social pretende ser una herramienta de apoyo para la evaluación y el seguimiento de las desigualdades sociales en los diferentes barrios de la ciudad de Barcelona. Es un índice que resume el estado de cada área geográfica analizada combinando tres dimensiones básicas del desarrollo/vulnerabilidad: salud, educación y economía. En cada una de las dimensiones se observa el comportamiento de indicadores clave: en “salud” el índice sintético incorpora la esperanza de vida al nacer; en “educación” se utilizan dos indicadores (la proporción de población del territorio con estudios primarios o menos, y el porcentaje de personas con titulación superior) y en “economía” se considera el índice de renta familiar disponible per cápita.

compartidos por más de una familia, con escaleras sin ascensor, con varios hijos/as de corta edad, sin personas de apoyo, con medios económicos muy precarios, etc.) que se suman a las necesidades específicas del hijo o hija con dificultades o un trastorno del desarrollo, hay que buscar estrategias que faciliten al mismo tiempo que el niño/a disponga de la atención precoz que proporciona el CDIAP y también aligerar el sobreesfuerzo de la persona cuidadora, habitualmente la madre.

Además de orientar y acompañar, cuando sea necesario, a estas familias para que puedan beneficiarse de otros recursos y servicios que puedan mejorar sus condiciones de vida, cuando se considere que esto no es suficiente habrá que facilitar otras estrategias que hagan menos costoso para la familia el acceso a la atención precoz que le dispensa el CDIAP. Por ejemplo:

- Proporcionar atención a domicilio.
- Proporcionar atención en los equipamientos de otros servicios que también atienden a la familia y con los que se haya llegado previamente a un acuerdo en este sentido.
- Otras medidas que, de forma temporal o permanente, sean adecuadas a las características de cada caso y situación.

#### **b) Contribuir a fortalecer la capacidad de prevención primaria y de detección precoz de los servicios del territorio**

La detección precoz de trastornos del desarrollo y de las situaciones de riesgo que pueden provocarlos es responsabilidad compartida por diferentes sistemas de servicios, principalmente los de servicios sociales, de educación y de salud, aunque no exclusivamente.

Nuestros CDIAP pueden contribuir a facilitar esta detección y derivación por parte de los otros servicios del territorio, entre otros:

- Ofreciendo apoyo y asesoramiento desde la proximidad con el fin de identificar de forma precoz los signos de alerta que puedan apuntar a la existencia de un trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo.
- Facilitando los procedimientos de derivación y diversificando las estrategias de motivación a la familia para que realice demanda de atención al CDIAP.

Para lograr estos objetivos hay que garantizar, entre otros aspectos, los siguientes:

- **Que los servicios derivadores conocen el CDIAP de su distrito:** qué situaciones atienden, cuál es el procedimiento de acceso, cómo trabaja y qué ofrece a los niños/as, a sus familias y a los propios servicios derivadores, de qué manera se establecerá la coordinación entre ambos servicios, etc.

Teniendo en cuenta que hay servicios con una gran movilidad de personal, este es un objetivo siempre vigente para el CDIAP.

- **Que los servicios derivadores cuentan con el CDIAP como servicio de apoyo y asesoramiento** cuando tienen dudas sobre la pertinencia o no de una derivación

o si, disponiendo de las indicaciones adecuadas proporcionadas por el CDIAP, se puede hacer prevención primaria y evitar que determinadas conductas o sintomatología del niño/a puedan derivar en una situación objeto de intervención del CDIAP.

- **Que existe un protocolo de derivación interservicios** que establece los criterios y procedimientos de derivación entre servicios.

Pero esto no es suficiente.

Para facilitar el acceso al CDIAP de los niños/as que lo necesitan hay que establecer acuerdos interinstitucionales que aseguren de manera estable la colaboración entre servicios más allá de la voluntad personal y la sensibilidad de las personas profesionales que trabajan en ellos.

En el contexto de este documento se plantea la necesidad de que el IMPD proponga el establecimiento de los siguientes acuerdos de colaboración interinstitucional, entre otros posibles:

#### En el ámbito de la educación infantil

Con el Instituto Municipal de Educación de Barcelona (IMEB) para extender el proyecto del EIPI con la escuela, llevado a cabo en dos guarderías de Ciutat Meridiana, a todas las guarderías municipales de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris y, si fuera posible, también en las concertadas.

#### En el ámbito de la salud

- En cuanto a la **atención primaria de salud** (CAP, ABS y programa ASSIR), con el Consorcio Sanitario de Barcelona y las empresas proveedoras de estos servicios en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris y/o las instancias institucionales que corresponda.
- En cuanto a los **departamentos de ginecología y de neonatología**, con el Consorcio Sanitario y los hospitales que atienden población de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris y/o las instancias institucionales que corresponda.

Se trataría de establecer un procedimiento de articulación entre servicios que se inicie cuando cualquiera de estos agentes sanitarios detecten o tengan conocimiento de situaciones como las que se detallan a continuación y que requerirían una intervención precoz de nuestros CDIAP.

#### **Durante el embarazo:**

- Cuando se detectan malformaciones, discapacidades de origen genético u otras circunstancias similares, o cuando se han producido daños por causas traumáticas (accidentes, violencia, autonegligencia, etc.) que afectan al feto, siempre que la madre decida llevar a término el embarazo.
- Cuando se trata de un entorno de riesgo: madre y/o padre toxicómano, madre y/o padre con trastorno mental severo (depresión mayor, esquizofrenia, etc.), madre y/o padre con una discapacidad que le pueda dificultar la crianza, madres adolescentes en situación de vulnerabilidad, etc.

### **Una vez nacido el bebé**

- Cuando se trata de niños/as nacidos prematuramente y que presentan signos que indican trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos.
- Cuando en el momento del parto se producen o detectan signos que indican trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos.

### **En el ámbito de los servicios sociales**

En cuanto a los **centros de servicios sociales (CSS)** y los **equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA)** con el Instituto Municipal de Servicios Sociales (IMSS) del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona.

## **3.3.2. Aspectos del proceso de intervención una vez se produce la demanda de atención y el niño/a y su familia acceden al CDIAP**

---

### **Sumario**

- 1. Necesidad de reflexionar sobre cuál debería ser el límite de edad para causar baja en el CDIAP**
- 2. Lugar de prestación del servicio**
- 3. La intervención grupal**
- 4. Los CDIAP y el acceso de los niños/as a las guarderías**

---

Los procesos y procedimiento de atención a seguir una vez la familia del niño/a hace demanda de atención están definidos en el sistema de acreditación de los CDIAP, por tanto no corresponde aquí detallarlos. Y respecto de la atención que se debe proporcionar, forma parte de la naturaleza de los servicios de atención precoz que hemos desarrollado en la primera parte de este documento.

En este apartado, sin embargo, queremos abordar los siguientes cuatro aspectos.

### **1. Necesidad de reflexionar sobre cuál debería ser el límite de edad para causar baja en el CDIAP**

Los CDIAP son centros de desarrollo infantil y atención precoz y, como hemos visto al analizar la normativa legal actual, atienden a niños/as, como máximo, hasta que cumplen los seis años.

La vertiente de atención precoz de los CDIAP es clara: hay que detectar y actuar lo antes posible y, si se puede, antes de que una situación de riesgo termine causando un trastorno del desarrollo en ese niño/a. La razón es bien sencilla y contrastada: cuanto antes se interviene, más posibilidades de éxito hay.



Ahora bien, los CDIAP trabajamos sobre el desarrollo infantil y este no se detiene a los seis años.

Tal y como hemos visto en la primera parte de este documento, el desarrollo infantil es un “proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad”. Y **este proceso no finaliza a los seis años**, ni tampoco las situaciones de riesgo que pueden provocar en un niño/a un trastorno del desarrollo.

Por otra parte, el ritmo de mejora y evolución de cada niño/a es diferente y no se puede forzar. Tampoco son iguales las circunstancias del entorno donde vive cada niño/a y que condicionan su desarrollo.

En nuestros CDIAP nos encontramos a menudo con niños/as que, a pesar de valorar profesionalmente que necesitan todavía uno o más años para poder completar una evolución satisfactoria o para consolidar los avances logrados, debemos interrumpir la intervención de tratamiento debido a que cumplen seis años.

Y no estamos hablando de niños/as susceptibles de ser derivados a un centro de salud mental infantojuvenil (CSMIJ). En estos casos la continuidad de la atención está asegurada en el contexto de este servicio hasta la mayoría de edad y, de ser necesario prolongar la atención, sería el centro de salud mental de personas adultas (CSMA) el servicio público encargado de proporcionar la atención requerida.

En los casos de los niños/as a los que hacemos referencia, solamente las familias con recursos económicos suficientes pueden asegurar que se complete el proceso madurativo y evolutivo que su hijo o hija necesita pagando servicios privados para continuar la atención que hasta entonces les hemos proporcionado desde el CDIAP.

Pero buena parte de la población atendida por nuestros CDIAP en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris no dispone de los recursos económicos necesarios para asegurar esta continuidad asistencial, por lo que muchos de los niños/as, al ser dados de baja en el CDIAP debido al tope de edad establecido, se encuentran en una situación de desigualdad que condicionará en mayor o menor medida su evolución y proyecto de vida.

Para estos niños/as que son dados de baja en el CDIAP porque han llegado al máximo de edad permitida legalmente, pero que siguen teniendo necesidad de atención, no hay ningún servicio público de naturaleza análoga al CDIAP que les garantice la continuidad asistencial que la misma legislación vigente dice que tenemos que asegurar. Hay un gran vacío asistencial en el sistema público de servicios sociales que puede afectar muy negativamente a los niños/as que requieren esta continuidad asistencial una vez cumplidos los seis años.

Consideramos que estos son argumentos de peso para justificar la necesidad de revisar la edad de finalización de la atención proporcionada por los CDIAP. Pero hay otros:

- Hoy sabemos que la plasticidad cerebral no se detiene a los seis años y, aunque es mucho mayor en los primeros años de vida, se ha demostrado que continúa a

lo largo de toda la vida. Por lo tanto, es una evidencia que la plasticidad cerebral sigue siendo muy alta en toda la etapa de la infancia.

- El marco legal vigente considera que la etapa de la infancia dura hasta los 11 años. Y que la adolescencia se inicia a los 12 años y dura hasta los 17, otorgando la mayoría de edad legal a los 18 años.

Todas estas son razones suficientes para elevar a la Generalitat, en tanto que administración competente, la necesidad de revisar el límite de edad actual y de ampliar de nuevo la población diana, tal y como ya se hizo con el Decreto 261/2003, que modificó el límite de edad pasándolo de los cuatro a los seis años.

Para acompañar esta demanda con datos que ayuden a dimensionar la necesidad existente, en enero de cada año, junto con la memoria anual requerida por la Generalitat, se entregará también el número de niños/as dados de baja en el CDIAP por el hecho de haber llegado al límite de edad de los seis años pero que siguen necesitando atención.

## 2. Lugar de prestación del servicio

La normativa reguladora de los servicios de atención precoz establece que la atención directa al niño/a y su familia se puede llevar a cabo [... en el propio CDIAP, en el domicilio del niño/a, en la escuela infantil, etc ...].

En el contexto de este Modelo se parte del hecho de que mayoritariamente se prestará la atención en el propio centro, pero se quiere incrementar y potenciar de manera importante la intervención realizada en el entorno natural del niño/a porque, entre otras ventajas, permite:

- Un mejor conocimiento y comprensión de la realidad y las condiciones en las que vive el niño/a y su familia y, por tanto, una mejor valoración diagnóstica y una orientación realista y más efectiva en tanto que las pautas e indicaciones que se faciliten a las personas cuidadores del niño/a (familiares, profesionales, etc.) lo tendrán en cuenta y, por tanto, será más factible que se lleven a la práctica (espacio físico, medios materiales, etc.).

Por ejemplo, si la familia comparte piso con otras personas o familias y duermen todos juntos en una sola habitación no es viable indicar a la familia que el niño/a debe acostumbrarse a dormir en su propia cama y habitación y no con los padres. En estas circunstancias dar esta indicación, a pesar de ser adecuada a las necesidades y momento evolutivo del niño/a, es inviable y genera frustración e impotencia en la familia.

- Facilitar el acceso a los servicios de atención precoz en aquellos casos en los que la familia tiene que superar muchos obstáculos para llevar al niño/a al CDIAP.

Por ejemplo, cuando la operativa que debe poner en práctica la madre/padre o persona cuidadora de que se trate para llevar al niño/a al CDIAP es realmente complicada y no dispone de personas de apoyo que le ayuden ni tiene capacidad económica para poder pagar apoyos puntuales u otros medios que faciliten el desplazamiento; o cuando el niño/a debe trasladarse en ambulancia medicalizada; etc.

- Integrar las indicaciones proporcionadas por los o las profesionales intervinientes del CDIAP de diferentes disciplinas, aplicándolas en la vida cotidiana y en los escenarios habituales del niño/a.

Se trata de ayudar a la familia, persona cuidadora o profesional en cuestión (guardería, etc.) a llevar a la práctica e incorporar determinadas pautas en situaciones concretas de la vida cotidiana del niño/a, fortaleciendo sus habilidades y capacidades de cuidado de este niño/a.

- Realizar los ajustes que hagan falta, cuando sea necesario, en los aparatos y medios o apoyos utilizados en casa, en la escuela y donde sea, para facilitar al niño/a su movilidad, el control del equilibrio, etc., garantizando que están plenamente adaptados a las necesidades, momento evolutivo y características del niño/a que los debe utilizar.

Cuando esto se hace en otros entornos del niño/a, como por ejemplo la guardería, significa proporcionar un apoyo directo a la persona profesional, lo que facilita:

- Su empoderamiento, le aporta mayor seguridad y fortalece sus habilidades implementando las indicaciones proporcionadas por el CDIAP en el contexto real.
- Información necesaria al CDIAP para poder dar indicaciones realistas a los y las profesionales del servicio de que se trate, que puedan ser llevadas a cabo en los escenarios reales donde el niño/a realiza su vida.
- Unificar criterios con los y las profesionales de este otro servicio que cuida del niño/a.

Potenciar e incrementar la intervención realizada en el entorno natural del niño/a implica, entre otras, las siguientes medidas:

- **Incorporar con carácter general la realización de una visita a domicilio en la fase de valoración diagnóstica**, siempre y cuando la familia o representantes legales no muestren su desacuerdo. Y definir qué profesionales deben realizarla en función de la demanda y de la información disponible respecto de las dificultades que presenta el niño/a.
- **Definir en qué casos se proporcionará atención directa en el domicilio u otros escenarios de la vida cotidiana del niño/a**, y qué profesional del CDIAP lo tiene que hacer.

### 3. La intervención grupal

#### Utilidad de la intervención grupal

La herramienta grupal es, en general, muy valiosa y útil por muchas razones. También cuando es utilizada con fines terapéuticos tanto con los niños/as como con las familias atendidas en el CDIAP. Veamos algunos de los beneficios que puede aportar.

---

52. Roca Cortés, N y Masip Serra, Júlia (ed.) et al. (2011) "Intervención grupal en violencia sexista. Experiencia, investigación y evaluación". Barcelona: Editorial Herder.

- [... Más personas atendidas en menos tiempo es un buen argumento para proponer la intervención grupal. Sin embargo, su valor es de orden cualitativo. Afirmamos que el grupo es un escenario con valor diferencial y único.<sup>52</sup>

Los grupos son eficaces en la intervención psicológica y social ya que en ellos ocurren procesos humanos fundamentales para la supervivencia y la autorrealización de la persona. Los grupos [...] operan especialmente en varios ejes de la psique humana: en la orientación vital, en la formación de la identidad social y las actitudes, en la socialización y en el aprendizaje, en la diferenciación y en la integración social. Tienen también un papel esencial en las transiciones del ciclo vital, en situaciones estresantes, de carencia y de vulnerabilidad.

En el contexto grupal el aprendizaje se acelera por varias razones:

- Porque la descentralización de lo individual favorece los procesos de “mentalización” y de “simbolización” (Soledad Calle y Montserrat Pérez-Portabella, 1999), ya que transformar los actos y las emociones en palabras da pie a la expresión y también su análisis.
- Porque a través de estas verbalizaciones expresadas por iguales, más cercanas a los bagajes culturales propios de las personas participantes, se proporciona un paso intermedio a los discursos adaptados profesionales. Con ello se refuerza la incorporación de repertorios cada vez más abstractos, ya sean cognitivos, conativos o emocionales.
- En la atención social, el grupo es un instrumento que proporciona diferentes posibilidades según las profesionales (Soledad Calle y Montserrat Pérez-Portabella, 1999): posibilita acciones interdisciplinarias, permite un primer contacto con ciertos temas a personas que de forma individual les sería difícil tratar, hace que los aprendizajes se reconozcan como propios y cuestiona estereotipos. Evita también la cronificación de conflictos ya que el contraste de opiniones, la reflexión y el diálogo sobre los propios deseos, vivencias e inquietudes permite la conexión con aspectos internos clave prácticamente inexplorados de un/a mismo/a ...].

---

**El grupo es un mediador natural entre la persona y la sociedad que puede y debe ser utilizado a conciencia en la intervención profesional. El grupo es un facilitador del cambio personal.**

---

- El grupo es un escenario social de interacciones en el que se ponen de manifiesto los roles, creencias, vínculos, habilidades sociales y actitudes de las personas que lo integran, tanto en el posicionamiento personal de cada una de ellas como en el posicionamiento que se atribuye a las otras personas.

Esta “microsociedad” es un espacio óptimo para que el/la profesional pueda incidir en cada persona a través de las dinámicas y relaciones establecidas entre los miembros del grupo. A través de las normas establecidas en el grupo se determina un modelo de relación que aporta estrategias para afrontar las dificultades, y los conflictos cuando los hay, de manera sana y constructiva.

- ¿Qué aporta el grupo a las personas que lo integran, ya sean niños/as o personas adultas?
  - El grupo contrarresta los sentimientos de soledad. La persona comprueba que no es “especial”, que los problemas no se deben a algún tipo de fracaso personal dado que otras personas también viven situaciones estresantes similares y experimentan reacciones emocionales similares. Al niño/a le es más fácil compartir la situación en la que vive y contrastarla con los otros sin que ello sea malo para él/ella ni sentirse desleal con el padre y/o la madre, o con el hermano o hermana.
  - El grupo aporta legitimidad social, el reconocimiento de ser alguien, reduce el aislamiento en que se puede encontrar la persona y atenúa su soledad.
  - El grupo fortalece a la persona para posicionarse de una manera activa respecto de sí misma, del hijo/a o hijos/hijas con dificultades, del resto de miembros de la familia, de las relaciones sociales con los demás y con el entorno, y para construir un proyecto de futuro.
  - Se comparten experiencias que resuenan en las otras personas, se encuentra comprensión y se intercambian diferentes maneras de afrontar las dificultades, actuando de estímulo para intentar otras estrategias y para tomar decisiones respecto de la propia vida. Los niños/as comprueban que ante situaciones más o menos similares hay diferentes posicionamientos y pueden comparar, intercambiar y experimentar otras estrategias que puedan ser “sanas”, protectoras y satisfactorias.
  - Se da y se recibe ayuda emocional, práctica o instrumental y orientación y consejo de las otras personas que se encuentran en situaciones similares.

### **El impulso de la intervención grupal en nuestros CDIAP por parte del IMPD**

La convicción sobre la utilidad terapéutica de la intervención grupal con niños/as y familias llevó al IMPD a organizar en 2014 una formación dirigida a los dos equipos de CDIAP con el objetivo de potenciar la herramienta grupal, que ya se estaba utilizando pero que se quería intensificar y diversificar.

Cinco años después podemos afirmar que la herramienta grupal está plenamente incorporada en la práctica habitual de los equipos. Por tanto, el objetivo en el contexto de este Modelo es consolidar lo que se ha logrado y avanzar en los siguientes aspectos:

- Incorporar la disciplina del trabajo social en la intervención grupal con familias.
- Incorporar la disciplina de neuropsiquiatría en determinadas sesiones con familias cuando sea adecuado.
- Proporcionar formación permanente sobre intervención grupal en el contexto del encargo que recibe el CDIAP.
- Incorporar la supervisión técnica externa también respecto de los proyectos grupales en marcha.
- Mejorar la sistematización de la metodología empleada y del registro de la información significativa.

- Avanzar en la evaluación de proceso y de resultados de los proyectos grupales en marcha y de los que se puedan realizar en el futuro.
- Visibilizar el conjunto de proyectos grupales en marcha por parte de ambos CDIAP al interno del IMPD y entre ambos CDIAP.
- Facilitar el intercambio de experiencias de intervención grupal entre ambos CDIAP del IMPD, dentro de la Red de CDIAP de Barcelona u otros espacios que la UCCAP o la ACAP puedan organizar.

#### 4. Los CDIAP y el acceso de los niños/as a las guarderías

##### Algunas evidencias como punto de partida

- Internacionalmente hay consenso en afirmar la gran importancia de que el niño/a, en los primeros años de vida, tenga un entorno educativo de calidad y cómo este aporta una base sólida para un desarrollo saludable física y emocionalmente y para un proceso de socialización que aporte al niño/a seguridad y sentido de pertenencia social.
- Una parte significativa de la población de 0 a 3 años en situación de vulnerabilidad y/o riesgo de exclusión social no va a la guardería y tampoco tiene un entorno educativo alternativo de calidad. Las personas expertas coinciden en la importancia, que estos niños/as accedan a las guarderías para favorecer un desarrollo presente y futuro lo más saludable posible.

Esto, en cambio, no ocurre con la educación infantil de 3 a 6 años: en Cataluña el 97% de los niños/as de esta franja de edad van a la escuela a pesar de que es una etapa de escolarización no obligatoria. La escolarización en esta etapa del desarrollo infantil está claramente extendida en todas las capas de la población.

La no escolarización en la etapa de 0 a 3 años de población en situación de vulnerabilidad y/o riesgo de exclusión social, sin embargo, es una realidad compartida con otros países europeos.

Así, por ejemplo, en Bélgica se realizó un estudio para conocer por qué este sector de la pequeña infancia no iba a las guarderías públicas. Averiguaron que la mayoría de las familias decían que los horarios no se adecuaban a sus necesidades, y tampoco entendían los requisitos y demandas que estos servicios hacían a las familias, así que no llevaban a sus niños/as. Las conclusiones de este estudio fueron que la oferta pública de guarderías no acababa de encajar con las necesidades, características y requerimientos de las familias en situación de riesgo. Por eso algunas de las recomendaciones que se derivaron iban en la dirección de la necesidad de revisar los horarios así como otros aspectos organizativos y de funcionamiento de las guarderías públicas.

- Por otro lado, en España estudios recientes indican que el 34,4% de la población infantil se encuentra en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social por motivos de pobreza.

Es preciso recordar que los dos CDIAP del IMPD están ubicados en dos distritos de la ciudad (Ciutat Vella y Nou Barris) con un alto índice de vulnerabilidad social

en todos, o en la mayoría, de sus barrios. Aquí, por tanto, son muchos los niños/as que convendría que estuvieran escolarizados en las guarderías públicas.

- Diversos estudios realizados en todo el mundo demuestran que “la educación es un factor que marca la diferencia” con respecto a las oportunidades de desarrollo personal y de una futura vida adulta con independencia e inclusión social.
- Y, por último, en los territorios de nuestros CDIAP observamos que la asistencia del niño/a a la guardería aporta otro beneficio colateral no menos importante: muchas de las madres de los niños/as atendidos en nuestros CDIAP están muy aisladas y muy solas. El hecho de llevar a sus hijos/hijas a la guardería puede facilitar conocer a otras madres, compartir espacios y ampliar las relaciones, también de apoyo mutuo.

### **Papel del CDIAP en este tema**

Cuando se da la circunstancia de familias que no pueden proporcionar un entorno educativo de calidad ni disponen de otros espacios alternativos, tales como “espacios de crianza” o similares, desde los CDIAP del IMPD debemos favorecer, en la medida de lo posible y de manera proactiva, que los niños/as de estas familias puedan acceder a las guarderías públicas de los territorios.

Esto conlleva varias líneas de acción, entre otras:

- Motivar a estas familias para que soliciten plaza en la guardería para sus hijos/hijas. Y, cuando haya la voluntad de hacerlo pero tengan dificultades para dar los pasos necesarios, actuar desde el CDIAP de manera proactiva a fin de facilitar el acceso del niño/a a la guardería sin mermar el necesario empoderamiento y responsabilidad de la familia.
- Pedir flexibilidad cuando sea necesario a las guarderías públicas y concertadas en el funcionamiento (horarios, etc.) y en el acceso (criterios, procedimientos y/o en el calendario de presentación de las solicitudes). Y aportar la información de la que disponemos siempre que el IMEB requiera nuestra participación o colaboración en procesos de reflexión orientados a la adopción de medidas que faciliten el acceso de los niños/as que más lo necesitan a las guarderías públicas, una vez identificadas las barreras que lo dificultan.
- Buscar la complicidad de personas reconocidas como líderes o personas significadas con capacidad de influencia en determinadas comunidades en las que llevar a sus hijos o hijas a las guarderías no se ve como una necesidad o una oportunidad a pesar de la existencia de situaciones de vulnerabilidad y/o de exclusión.

### 3.3.3. Garantizar los derechos del niño/a: una prioridad

---

#### Sumario

##### 1. El interés superior del niño/a

##### 2. La participación de los niños/as en el funcionamiento del servicio

---

Es una obviedad decir que hay que garantizar los derechos de la pequeña infancia definidos en los términos que se han desarrollado en la segunda parte de este documento.

Por otra parte, en la primera parte hemos visto cómo la atención precoz considera al niño/a sujeto de derechos y oportunidades. Lo convierte en protagonista. Los CDIAP no solo trabajan “para” el niño/a sino “con el niño/a”.

Dicho esto, hay espacio de mejora para incorporar la voz, la participación y la mirada del niño/a, entre otros derechos que hay que garantizar. Por este motivo, esta es una prioridad del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD.

Y eso se traduce tanto en los temas que se detallan a continuación, así como en otros apartados que se desarrollan en la cuarta parte de este documento como, por ejemplo, en la definición de los horarios de atención teniendo en cuenta las necesidades y derechos de los niños/as que atendemos o cuando el Modelo introduce determinadas mejoras en los estándares de atención definidos en la acreditación para una gestión de calidad de los CDIAP de la Red Pública de Cataluña.

#### 1. El interés superior del niño/a

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989) y la Ley catalana de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (2010) establecen claramente que ante una colisión de intereses en los que esté implicado un niño/a, prevalece siempre el interés superior de este/a por encima de los derechos de las personas progenitoras, tutores/as, culturas o instituciones.

Y ese es un principio rector que obliga a todos los ámbitos de la intervención, tanto social como judicial, educativa, de salud o policial.

En el contexto de la intervención de un CDIAP, y como criterio general útil en la mayoría de las situaciones en las que el bienestar del niño/a está en juego, se aconseja:

- Dar un tiempo prudencial para trabajar la transformación de la actitud de la familia acompañando este proceso activamente por parte de las personas profesionales.
- Evitar “regañar”, culpabilizar o emitir juicios reprobatorios a la familia, muy a menudo la madre que acompaña al niño/a y que en muchas ocasiones está



sobrecargada. Trabajar para situarse al lado y averiguar las razones por las que hacen determinadas acciones que perjudican al niño/a (ahora o en el futuro) o el porqué de lo que no hacen y deberían hacer. Debemos intentar entender, comprender y situarnos a su lado. Esto en todos los casos, pero aún más cuando se trata de familias con culturas muy diferentes de las nuestras.

- Anticipar con la familia los escenarios negativos de lo que pasará si el niño/a no recibe lo que necesita o si, por el contrario, continúa recibiendo algo que le está perjudicando. Se trata de anticipar a la familia lo que no queremos que pase pero que pasará si no se llevan a cabo determinadas acciones. Hacer un “mapa anticipatorio del futuro que tendrá el niño/a”, un “plan de nubes negras”, un “plan de decisiones anticipadas” que permita a la familia visualizar lo que le espera al niño/a si ahora no siguen las indicaciones dadas desde el servicio.

Estas indicaciones son siempre de utilidad cuando hay un conflicto de intereses que pueda perjudicar el bienestar del niño/a, pero aún más cuando se trabaja con familias procedentes de otras culturas con códigos, valores y significaciones que pueden diferir sustancialmente de los nuestros. De ahí la importancia de querer conocer y entender para poder interpretar y actuar adecuadamente en cada situación.

Cuando todo esto no funciona y se trata de una situación de alto riesgo para el niño/a de manera que su interés superior queda gravemente vulnerado, es preceptivo poner en marcha el sistema de protección a la infancia.

## **2. La participación de los niños/as en el funcionamiento del servicio**

Tal y como hemos dicho en apartados anteriores, a pesar de los avances innegables desde que en 1989 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, todavía se está muy lejos de hacer realidad en la pequeña infancia uno de sus derechos: el de la participación en lo que les afecta.

Aunque los CDIAP hacemos protagonistas a los niños/as hay espacio de mejora para incorporar la voz, la participación y la mirada del niño/a.

En el contexto del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD existe el compromiso de profundizar en el significado de esta participación aplicada a la pequeña infancia para:

- Identificar las áreas de mejora.
- Conocer las iniciativas existentes en otros territorios y países a fin de valorar su idoneidad y aplicabilidad en nuestro contexto.
- Definir medidas para implementar en las áreas de mejora identificadas y hacerlas efectivas.

En esta línea, la búsqueda de nuevos equipamientos con mayor superficie para los dos CDIAP nos da una oportunidad para incorporar también la mirada y la voz del niño/a pequeño en la configuración y rotulación de los espacios, en el mobiliario y demás materiales útiles para la atención, etc., además de garantizar el cumplimiento de lo establecido en la normativa legal vigente y otros criterios que se deben considerar.

### 3.3.4. Potenciar, ampliar y diversificar la intervención con las familias

---

#### Sumario

- 1. Potenciar la intervención grupal con padres/madres y otras personas cuidadoras del niño/a en el entorno familiar**
  - 2. Potenciar la intervención directa con los hermanos y hermanas del niño/a atendido en el CDIAP**
  - 3. Garantizar la atención a la familia del niño/a no nacido**
  - 4. Iniciar la atención a la familia del niño/a nacido prematuramente desde el primer momento**
  - 5. La importancia de la implicación del padre en el cuidado del niño/a**
- 

Como hemos visto anteriormente, **la familia es el núcleo esencial de la acción del CDIAP** precisamente porque debemos atender al niño/a en su realidad biológica y social.

Al definir la atención precoz en la primera parte de este documento hemos visto cómo **la familia es sujeto de la intervención del CDIAP** ya que:

- Es la principal responsable, la que tiene el cuidado y la tutela del niño/a: la principal unidad de acción.
- Es quien conoce al niño/a seguramente más que nadie, por el tiempo de dedicación y por el amor que normalmente los seres humanos sentimos por los hijos e hijas.
- Es el principal agente educativo y quien lo acompañará mucho más tiempo.
- La llegada del niño/a con dificultades o con un trastorno del desarrollo tiene un impacto en las dinámicas familiares y en la vida de las personas que integran esa familia.

Cuando hablamos de familia no solo se hace referencia a sus miembros, sino a la familia como grupo con sus dinámicas, interacciones y vínculos.

Ayudar a visibilizar, potenciar y mejorar, cuando sea necesario, las capacidades de las familias para proporcionar un buen trato al niño/a es una tarea fundamental de todo CDIAP.

La intervención con la familia está plenamente incorporada a nuestros CDIAP desde que se pusieron en marcha hace 36 años. En coherencia con esta trayectoria, nuestro Modelo define como una prioridad la necesidad de potenciar, profundizar, ampliar y diversificar la intervención con las familias.

#### **1. Potenciar la intervención grupal con padres/madres y otras personas cuidadoras del niño/a en el entorno familiar**

Esta línea de trabajo ya está implantada pero, precisamente por los buenos resultados obtenidos, se quiere incrementar diversificando tanto la tipología de grupos como el grado de compromiso requerido a las personas destinatarias.

## 2. Potenciar la intervención directa e indirecta con los hermanos y hermanas del niño/a atendido en el CDIAP

### Algunas evidencias como punto de partida

- Cuando hay otros hijos/hijas en la familia el impacto de la llegada de un niño/a que necesita atención precoz tiene unas repercusiones que afectan también en mayor o menor medida a los hermanos y hermanas. Para el padre/madre y/o personas cuidadoras, gestionar el impacto que puede tener en las propias vidas y en las dinámicas familiares la llegada de un niño/a con un trastorno del desarrollo, o con riesgo de padecerlo, suele suponer una gran dificultad y, en todo caso, representa un reto.

A menudo se necesita apoyo del CDIAP no solo para poder proporcionar una buena vida al hijo o la hija con un trastorno del desarrollo, sino también para poder ver y gestionar el impacto de la situación en los otros hijos e hijas y en las dinámicas familiares.

- Existe la evidencia de que puede haber un retraso sobrevenido del desarrollo en hermanos y hermanas debido a que la madre/padre y/o personas cuidadoras se han “volcado” mucho con el hijo o hija que tiene un trastorno del desarrollo.
- Es frecuente que las familias hagan explícita la expectativa de que el otro hijo o hija asuma el cuidado del hermano o hermana con dificultades/discapacidad cuando ellos ya no estén. Por no mencionar situaciones más minoritarias pero no excepcionales de familias que han tenido otro hijo o hija con la misión de ser donante del órgano que necesita su hermano o hermana para sobrevivir o para tener una vida con mejor calidad, evitando así los riesgos de rechazo del órgano trasplantado.

### Dar voz a los hermanos y hermanas, una necesidad en el contexto de un CDIAP

Por varias razones:

- La familia es un sistema dinámico en el que las diferentes personas miembros están totalmente interrelacionadas entre sí. Las relaciones entre hermanos/as y los vínculos establecidos son un elemento importante e influyente en la vida del niño/a que tiene un trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo.
- Por una cuestión ética: el buen trato y la buena vida del niño/a con un trastorno del desarrollo no puede lograrse en detrimento del bienestar de sus hermanos o hermanas.
- Hay que actuar preventivamente para evitar perjuicios y un sufrimiento innecesario a los hermanos y hermanas del niño/a con dificultades o trastorno en el desarrollo.

### Hay que actuar en dos direcciones:

- Interviniendo con el padre/madre o persona/s cuidadora/s de que se trate para ayudar a gestionar el impacto en las dinámicas familiares de la llegada del niño/a con dificultades, evitando la desatención de los otros hijos y hijas, su sobrerresponsabilización, y/u otras consecuencias no deseadas por nadie.

- Dar voz y un espacio de atención directa a los hermanos y hermanas en relación con el impacto que esta situación está teniendo en sus vidas y en el vínculo establecido con el niño/a que ha motivado la intervención del CDIAP.

### 3. Garantizar la atención a la familia del niño/a no nacido

Tal y como ha quedado recogido en este capítulo en el apartado sobre “El acceso del niño/a al CDIAP”, hay que recordar que, tal y como se especifica en la normativa legal vigente, tienen derecho a los servicios de atención precoz [... los niños/as con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, **desde el momento de su concepción** y hasta que cumplan los seis años, y sus familias ...]. Es decir, que el derecho de acceso a los servicios de atención precoz que proporciona el CDIAP se extiende también al no nacido.

Cuando hablamos del no nacido con trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlos nos referimos a la necesidad de iniciar la intervención ya en la **etapa del embarazo**, siempre que se den determinadas circunstancias. Por ejemplo:

- Cuando se detectan malformaciones, discapacidades de origen genético u otras circunstancias similares, o se producen daños por causas traumáticas (accidentes, violencia, autonegligencia, etc.) que afectan al feto, siempre y cuando el embarazo se lleve a término.
- Cuando se trata de un entorno de riesgo: madre y/o padre toxicómano, madre y/o padre con trastorno mental severo (depresión mayor, esquizofrenia, etc.), madre y/o padre con una discapacidad cuando esta comporte dificultades en la crianza, etc.

En estos casos el CDIAP debe proporcionar una atención en el propio contexto hospitalario o ambulatorio donde sea atendida la madre embarazada, con tres objetivos:

- Escuchar y atender las necesidades de la madre/s, padre/s y entorno familiar, complementando la atención asistencial hospitalaria.
- Vincular la familia al CDIAP una vez nazca el niño/a.
- Acompañar a la familia en el acceso al CDIAP una vez nacido el niño/a.

### 4. Iniciar la atención a la familia del niño/a nacido prematuramente desde el primer momento

En la misma línea que en el punto anterior, es importante que el CDIAP proporcione lo antes posible atención a la familia que ha tenido un niño/a prematuro que presenta signos que indican trastornos del desarrollo o riesgo de tenerlos.

Cuanto antes se pueda incidir en la angustia y el sufrimiento que genera el nacimiento prematuro del niño/a que, como consecuencia, presenta determinadas dificultades y un futuro incierto, mejor podremos ayudar a esta madre y este padre, o persona cuidadora de que se trate, a hacer frente a la situación de la manera más sana posible,

además de iniciar el vínculo con el CDIAP que debe atender a su hijo o hija una vez salga del hospital.

En el contexto del Modelo municipal que estamos construyendo, **el CDIAP debe poder garantizar esta atención en el propio contexto hospitalario mientras el niño/a esté hospitalizado** el fin de:

- Concentrar la atención que la madre y el padre, o persona cuidadora de que se trate, necesitan en un único punto de prestación: el hospital donde está su hijo o hija.
- Facilitar desde el primer momento la coordinación entre el departamento de neonatología y el CDIAP, haciendo evidente a la familia que ambos servicios actúan de manera coordinada y complementaria.
- Facilitar el acceso y vinculación de la familia con el CDIAP una vez el niño/a salga del hospital.

## 5. La importancia de la implicación del padre en el cuidado del niño/a

Las familias son diversas y no siempre son biparentales (padre/madre, madre/madre, padre/padre). La siguiente reflexión se hace respecto de las familias que, mayoritariamente en nuestros CDIAP, están conformadas por una madre y un padre (pareja heterosexual), aunque podría aplicarse también en otros contextos de familias biparentales no heterosexuales.

- En nuestra sociedad el cuidado de las personas y en este caso de los niños/as, sobre todo cuando son pequeños, se continúa depositando mayoritariamente en las mujeres, aunque con la colaboración creciente de los hombres. Facilitar y potenciar la implicación del padre en el cuidado de su hijo o hija no solo es reconocer su derecho y obligación como padre, sino también una cuestión de justicia ante madres a menudo sobrecargadas y un requisito para el establecimiento de un buen vínculo con su hijo o hija.
- Es importante que servicios como el CDIAP impliquen al padre ya desde la entrevista de acogida, interpelando a ambos (madre y padre) desde el primer momento de recogida de la demanda, facilitando horarios de atención del niño/a que permitan que el padre y la madre puedan alternarse para acompañar al hijo o hija al servicio, etc.
- Ser protagonista en el cuidado del hijo o hija es un derecho y una obligación compartida por el padre y la madre. Pero es cierto que la expectativa social de implicación del padre en la tarea de cuidado en la vida cotidiana del niño/a es mucho menor que la implicación que se espera, e incluso exige, a la madre.

Las personas que trabajamos en los CDIAP formamos parte de la sociedad y, de una manera o de otra, estamos impregnadas de los valores sociales dominantes. De ahí la importancia de ser conscientes con el fin de facilitar y potenciar de manera eficaz que los padres (hombres) tengan un espacio principal en el cuidado de sus hijos e hijas y que contribuyan de manera decidida a proporcionar una buena vida al niño/a.

### 3.3.5. Potenciar la prevención primaria y secundaria: una prioridad

---

#### Sumario

- 1. Con las guarderías**
  - 2. Con los equipos pediátricos (pediatría y enfermería pediátrica) de los servicios de atención primaria de salud**
  - 3. Con los centros de servicios sociales (CSS)**
- 

¿De qué hablamos?

- De **evitar la aparición** de un trastorno del desarrollo infantil. (Prevención primaria.)
- De **garantizar la detección precoz** cuando se presentan los primeros indicios de la existencia de un trastorno del desarrollo infantil o de la existencia de riesgo de padecerlo. (Prevención secundaria.)

En el contexto de este Modelo se priorizan tres líneas de actuación para potenciar la prevención primaria y secundaria en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris:

- **Con las guarderías.** Con esta línea se fija la prioridad en la franja de 0 a 3 años.
- **Con los equipos pediátricos (pediatría y enfermería pediátrica) de los servicios de atención primaria de salud.** En este caso se prioriza un servicio universal de salud que comprende toda la franja de edad susceptible de atención por parte del CDIAP. En el año 2016 derivó el 57,3% de los niños/as atendidos en el CDIAP EIPI Ciutat Vella y el 63% de los niños/as atendidos en el CDIAP EIPI Nou Barris.
- **Con los centros de servicios sociales.** Se trata de priorizar un servicio social universal y generalista del sistema de servicios sociales públicos que interviene, entre otras, en las situaciones de riesgo que vive la infancia de su territorio y que recibe la demanda de atención de familias en situación de vulnerabilidad y de exclusión social que no necesariamente llevan a sus hijos e hijas pequeños a la guardería.

Los tres son servicios derivadores al CDIAP que tienen un gran potencial preventivo respecto a los trastornos del desarrollo infantil.

Veamos en qué consiste cada una de estas líneas de prevención que queremos desarrollar en el contexto de este Modelo.

#### **1. Con las guarderías**

Esta línea de prevención primaria y secundaria de los trastornos del desarrollo infantil pretende desarrollar el proyecto “El CDIAP con la escuela” en todas las guarderías municipales y concertadas de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris mediante un acuerdo entre el IMPD y el IMEB.

Se trata de generalizar en estos dos distritos, con las adaptaciones necesarias, los buenos resultados alcanzados por el proyecto “El EIPI con la escuela” realizado, previo

acuerdo con el IMEB, en las guarderías municipales Muntanya y Aqüeducte, ubicadas en la Zona Nord del distrito de Nou Barris, y que se ha desarrollado con éxito desde que se inició el curso 2014-15.

El proyecto “El CDIAP con la escuela”, tal y como se desarrolla en la actualidad, consiste en desplazar mensualmente a un/a psicólogo/a del CDIAP a cada guardería municipal o concertada de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris con los siguientes objetivos.

## Objetivos

### Generales

- Promover la adecuada satisfacción de las necesidades físicas, afectivas, cognitivas y sociales de los niños/as.
- Reducir la influencia de los factores de riesgo y potenciar la influencia de los factores de protección de la familia y el entorno significativo del niño/a.
- Facilitar la detección precoz de trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos.
- Promover el trabajo en red y coordinado de las personas profesionales y de los servicios que atienden a los niños/as de 0 a 3 años.

### Específicos

- En relación con los niños/as
  - Evaluar y hacer un seguimiento del desarrollo de los niños/as.
  - Realizar las derivaciones oportunas a los recursos de la red de servicios, entre ellos el propio CDIAP cuando sea necesario hacer una intervención interdisciplinaria desde los servicios de atención precoz.
  - Orientar al equipo docente respecto de las dificultades de estos niños/as.
- En relación con las familias
  - Proporcionar, siempre que sea necesario, conocimientos y habilidades básicas de pautas de crianza y educativas.
  - Acompañar y apoyar a las familias en las dificultades cotidianas generadas por el ejercicio de la función parental.
  - Promover los recursos personales para detectar las necesidades de los niños/as y para responder adecuadamente, minimizando la dependencia del apoyo externo.
  - Ofrecer información sobre los recursos especializados.
  - Motivar y facilitar que la familia haga demanda de atención al CDIAP cuando el niño/a requiera atención precoz.
- En relación con el equipo educativo de la guardería
  - Fortalecer la capacidad de detección precoz de los trastornos del desarrollo en la primera infancia.
  - Ofrecer asesoramiento y apoyo técnico especializado.

- Potenciar el trabajo en red y coordinado de las personas profesionales y servicios que atienden a los niños/as de 0 a 3 años.

### **Descripción de las actuaciones**

#### **Mensualmente**

Cada psicóloga o psicólogo del CDIAP se desplaza una vez al mes a la escuela de la que sea profesional referente donde permanece todo el día en jornada de mañana y tarde trabajando conjuntamente con el equipo educativo y realizando las siguientes tareas:

- Observación de los niños/as en el aula y en los espacios no estructurados.
- Consultas individuales con las familias mediante entrevistas concertadas.

Este proyecto facilita el establecimiento de una relación de confianza con las familias desde la proximidad que favorece tanto la posibilidad de realizar consultas puntuales como su vinculación con el CDIAP cuando el niño/a lo necesita.

- Coordinación con el personal educativo de cada aula y con todo el equipo docente para:
  - Hacer la devolución de las observaciones realizadas.
  - Reflexionar conjuntamente sobre casos y situaciones.
  - Pensar conjuntamente estrategias educativas.
  - Proponer coordinaciones, derivaciones y recursos.

Se trata de dar herramientas y apoyo directo a los equipos docentes desde el conocimiento directo, tanto de los niños/as que atienden como de su contexto de trabajo, para atender adecuadamente determinadas situaciones y niños/as y para hacer una detección precoz cuando sea necesario.

#### **Cada dos o tres meses**

Se organiza un espacio de reflexión colectiva dirigido a todas las familias de la guardería para abordar temas de su interés, dificultades, interrogantes, en relación con la crianza y con la forma de dar respuesta a las necesidades de los niños/as. Se trata de espacios abiertos de debate en los que tras una introducción sobre un tema relacionado con la crianza, previamente acordado, las familias pueden transmitir inquietudes, dudas y compartir experiencias.

Se trata de un espacio donde poder pensar conjuntamente sobre las propias dificultades y compartirlas con las demás personas mediante el diálogo y la participación o, dicho en otras palabras, se trata de desarrollar y reforzar los recursos personales y familiares para el cuidado de niños/as.

Este tipo de actuaciones sirven también para acercar a las familias al CDIAP al entender que les ofrece ayuda y apoyo útil desde su realidad.

En estas sesiones, además del o de la profesional de la psicología, también pueden participar profesionales del CDIAP de otras disciplinas en función de los temas de interés que se quieran tratar.



## 2. Con los equipos pediátricos (pediatría y enfermería pediátrica) de los servicios de atención primaria de salud

Se trata de establecer un acuerdo de colaboración entre el IMPD, el Consorcio Sanitario de Barcelona y las empresas gestoras de los centros de atención primaria de salud (CAP) y las áreas básicas de salud (ABS) de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris para garantizar el trabajo en red entre los equipos pediátricos y nuestros CDIAP con los siguientes **objetivos**:

- Fortalecer la capacidad de detección de los trastornos o alteraciones del desarrollo en la primera infancia o de las situaciones de riesgo biológico o social que puedan provocarlos.
- Ofrecer asesoramiento y apoyo técnico especializado.
- Potenciar el trabajo en red y coordinado de las personas profesionales y servicios que atienden a los niños/as de 0 a 6 años.
- Facilitar la derivación de niños/as y familias al CDIAP cuando estas no llegan por los motivos que sean:
  - Facilitar la información necesaria para que pediatría y enfermería pediátrica de los CAP y las ABS expliquen a las familias qué somos y qué hacemos; que las motive a pedir atención al CDIAP. Para lograr esto es necesario que haya conocimiento mutuo y confianza entre profesionales y servicios.
  - Facilitar la realización de entrevistas conjuntas con la familia en el mismo CAP o ABS para “poner cara al CDIAP” y establecer una relación que facilite la confianza de la familia y la decida a hacer demanda de atención.
- Realizar conjuntamente proyectos preventivos diseñados en función de la realidad y las necesidades de la población de cada territorio. Proyectos que aborden salud infantil y crianza.

## 3. Con los centros de servicios sociales (CSS)

Nuestros CDIAP se coordinan habitualmente con los CSS de su distrito, pero raramente reciben casos derivados por este servicio. En el año 2016 los casos derivados por los CSS en el CDIAP EIPI Ciutat Vella representaron el 0,8% del total de niños/as atendidos y el 0,6% en el CDIAP EIPI Nou Barris.

Los CSS, sin embargo, son servicios sociales universales y generalistas que atienden, entre otros sectores de la población de sus territorios, a muchas familias en situación de vulnerabilidad y de exclusión social que, cuando tienen niños/as de corta edad, a menudo no pueden ofrecer un entorno educativo de calidad, ni necesariamente llevan a sus hijos e hijas pequeños a la guardería ni disponen de espacios alternativos (espacios de crianza o similares).

De ahí la importancia de establecer un acuerdo de colaboración entre el IMPD y el Instituto Municipal de Servicios Sociales (IMSS) del Ayuntamiento de Barcelona para promover el trabajo en red de carácter preventivo entre los CDIAP y los CSS de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris y alcanzar los siguientes **objetivos**:

- Fortalecer la capacidad de los CSS de detección precoz de los trastornos o alteraciones del desarrollo en la primera infancia o de las situaciones de riesgo que puedan provocarlos.
- Ofrecer asesoramiento y apoyo técnico especializado a los CSS cuando atiendan a familias con niños/as de corta edad en situación de riesgo social que pueda ser causa de un trastorno en su desarrollo.
- Facilitar la derivación de niños/as y familias al CDIAP:
  - Facilitar la información necesaria para que los equipos profesionales de los CSS conozcan qué somos, qué hacemos y qué niños/as necesitan los servicios de atención precoz.
  - Facilitar que expliquen a las familias qué somos y qué hacemos y que las motiven a pedir atención al CDIAP.
  - Facilitar la realización de entrevistas conjuntas con la familia en el mismo CSS o en su domicilio, con el fin de “poner cara al CDIAP” y establecer una relación que facilite la confianza de la familia y la decida a hacer demanda de atención.
- Llevar a cabo conjuntamente (ambos servicios o también con la colaboración de otros agentes del territorio) proyectos preventivos diseñados en función de la realidad y las necesidades de la población de cada territorio. Proyectos que aborden las dificultades en relación con la crianza y con la forma de dar respuesta a las necesidades de los niños/as.

### 3.3.6. Inter y transdisciplinariedad: dos requisitos del trabajo en equipo en un CDIAP

El Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y el IMPD establece que todas las actuaciones en los ámbitos de la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos en el desarrollo, de la crianza y de la prevención de situaciones de riesgo [... serán realizadas con la metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario ...].

Las abordamos a continuación.

#### **La interdisciplinariedad: condición necesaria y un reto**

La interdisciplinariedad es uno de los rasgos que definen la atención precoz y que determina su composición y funcionamiento.

#### **Composición de nuestros equipos: los perfiles profesionales.**

De acuerdo con lo establecido en la Cartera de Servicios Sociales nuestros equipos disponen de profesionales de las disciplinas de la neuropsiquiatría, psicología (con perfil

clínico), fisioterapia, logopedia, trabajo social y psicomotricidad. En un futuro nuestros CDIAP incorporarán también la disciplina de la terapia ocupacional en cumplimiento de lo establecido en este Modelo.

### **Funcionamiento en equipo interdisciplinario.**

La integración de las miradas bio-psico-social es un requisito imprescindible para:

- Conseguir una visión global e integradora de las necesidades, capacidades y debilidades de la realidad niño-familia y el vínculo existente, y de las fortalezas y debilidades del entorno significativo del niño/a (valoración diagnóstica).
- Definir en equipo interdisciplinario del servicio el tratamiento terapéutico necesario incorporando las disciplinas, de manera simultánea y/o consecutiva, que tengan que intervenir en cada caso concreto (plan de atención terapéutica) bajo la coordinación global de la figura del o de la profesional referente del caso.

En resumen, la interdisciplinariedad no solo es un mandato normativo, es una necesidad y un requisito para poder entender e intervenir en una realidad que es compleja, para poder garantizar la integración de las miradas bio-psico-social y para conseguir una visión global e integradora de las necesidades del niño/a y su familia, y del papel que juega el entorno de cada niño/a.

Pero no es nada fácil. Por eso sigue siendo un reto que nos exige un proceso de mejora continua donde repensar cómo funcionamos para introducir los cambios que nos permitan profundizar esta interdisciplinariedad.

Comporta, entre otros:

- **Metodología.**
- Un funcionamiento organizativo que defina y facilite los **espacios necesarios de encuentro del equipo interdisciplinario** de servicio y que estos funcionen de manera eficaz.<sup>53</sup>
- **Actitud de escucha y de respeto** por parte de todas las personas miembros del equipo. Y la voluntad de compartir, aunque la respuesta del otro/a no siempre sea cómoda.
- **Un diálogo entre las diferentes maneras de mirar y de hacer.**
- **Equilibrio entre las diferentes disciplinas que integran un CDIAP.**

La psicología es la disciplina que tiene más profesionales en los equipos en relación con el resto de perfiles profesionales dada la naturaleza de la atención que debe proporcionar un CDIAP.

Es importante tener mucho cuidado para que esto no comporte minimizar la necesidad y la importancia de la mirada y de las aportaciones hechas desde el

53. Nos remitimos a la cuarta parte de este documento, donde se definen y desarrollan estos espacios de trabajo en equipo interdisciplinario del servicio.

resto de disciplinas. Cuando esto ocurre el CDIAP debilita su mirada bio-psico-social, que queda sesgada y limita la visión global e integradora que necesita.

Para conseguir el equilibrio necesario entre todas las disciplinas, más allá del número de profesionales de cada una de ellas, es necesario, entre otros:

- Asegurar que se oiga la voz de todas las disciplinas en los espacios interdisciplinarios.
- Facilitar que las personas profesionales de las disciplinas del trabajo social, neuropediatría, fisioterapia, logopedia, psicomotricidad y terapia ocupacional puedan compartir espacios con profesionales de la misma disciplina y contexto.

Por ello, y en el contexto de este Modelo, **se promoverá su participación en los grupos de rol profesional que funcionan** en la Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) o en los respectivos colegios profesionales (siempre y cuando trabajen el rol profesional en el contexto de un CDIAP). Por otra parte, siempre que se considere necesario **se crearán espacios de coordinación estable entre las personas profesionales de los dos CDIAP del IMPD de una misma disciplina.**

### **De la inter a la transdisciplinariedad**

**La interdisciplinariedad no es suficiente para poder asegurar la integración de las miradas bio-psico-social. Hay que lograr, además, la transdisciplinariedad.**

Un rasgo definitorio de la atención precoz es precisamente que requiere que se trabaje en equipo interdisciplinario pero también que los y las profesionales de las diferentes disciplinas terminen incorporando elementos de las otras. O dicho con otras palabras, es necesario que cada profesional y disciplina del equipo de un CDIAP incorpore conocimientos del resto de disciplinas y profesionales para lograr una atención lo más global posible.

Transdisciplinariedad no significa indiferenciación o que las especificidades y responsabilidad de cada disciplina queden diluidas en el equipo. Este es el riesgo de una interpretación y aplicación incorrectas de la transdisciplinariedad.

Para lograr una mirada bio-psico-social se necesita, al mismo tiempo, que:

- Haya disciplinas diversas que aporten miradas y formaciones específicas y diferenciadas.
- Y, al mismo tiempo, que la articulación entre disciplinas facilite la construcción de un cuerpo de conocimiento compartido.

Toda persona miembro del equipo del CDIAP debe saber un poco de todo, no solo de su disciplina.

La/el terapeuta se enfrenta a una realidad compleja en la que a menudo están presentes en el entorno familiar la angustia, el duelo por las expectativas no alcanzadas del hijo/a esperado, dolor, incertidumbre, etc. Ante esto el/la fisioterapeuta o logopeda, por poner un ejemplo, debe poder intervenir incorporando también todos estos aspectos sin por ello renunciar a lo que le es

propio como disciplina. Debe saber escuchar, contener, motivar, etc. en coherencia con el plan de atención terapéutica acordado en el equipo interdisciplinario de servicio, más allá de la especificidad de su saber, que es igualmente imprescindible e irrenunciable.

Y el/la psicólogo/a debe incorporar en sus sesiones con el niño/a y la familia los elementos que le aportan desde fisioterapia, logopedia o trabajo social. Por ejemplo, si hay que trabajar por una mayor autonomía del niño/a y una desvinculación saludable de la madre es importante que sepa que aquella familia comparte piso con otras dos y que todas las personas del núcleo familiar comparten un único colchón para dormir. O que en la población de origen de la familia los niños/as hasta los dos años están siempre en contacto con la madre, que los lleva a la espalda con un pañuelo mientras realiza las actividades de la jornada.

Ciertamente, del mismo modo que no es fácil trabajar de manera interdisciplinaria, tampoco lo es alcanzar la transdisciplinariedad.

Es cierto que existe el riesgo de confusión entre roles de disciplinas diferentes. Por eso hay que estar alerta para evitar que el ejercicio de la transdisciplinariedad pueda llevar a la indiferenciación entre disciplinas. Un motivo más para poner énfasis en la necesidad de espacios de reflexión como puede ser, entre otras, la supervisión técnica externa que pueda alertar si esto ocurre. O de la misma formación permanente.

Pero el hecho de reconocer que existe este riesgo no debe impedir el ejercicio de la transdisciplinariedad.

### ¿Cuál es el reto?

- Fortalecer la propia disciplina para fortalecer el equipo interdisciplinario aportando esta mirada específica.
- Incorporar otros conocimientos y miradas del resto de disciplinas y profesionales del equipo en la práctica de cada profesional.

### 3.3.7. Incorporar el ámbito del ocio: una necesidad

Como hemos visto, la prevención primaria para evitar la aparición de trastornos del desarrollo en la infancia y su detección precoz es responsabilidad de varios sistemas de servicios, principalmente los de salud, educación y servicios sociales. Nosotros consideramos que hay que incorporar también el ámbito de ocio. Los motivos y qué papel corresponde al CDIAP es lo que explicamos a continuación.

#### Algunas evidencias como punto de partida

- Cada vez se dispone de más evidencias de que el ocio tiene un efecto estimulador, preventivo y protector del niño/a. Diferentes autores y autoras lo identifican como un factor de resiliencia infantil.<sup>54</sup>

Como hemos visto en la primera parte de este documento al hablar de la resiliencia humana, diferentes autores y autoras identifican un conjunto de factores que facilitan la resiliencia infantil. Siguiendo las aportaciones de Jorge Barudy y Maryorie Dantagnan,<sup>55</sup> [... la existencia de uno o varios de estos factores de resiliencia explican cómo niños/as afectados por contextos familiares, institucionales y sociales de malos tratos, pobreza y violencia se sobrepone a las consecuencias de estos y presentan un desarrollo y una integración social adecuados ...].

Algunos de estos factores de resiliencia son:

- [... La posibilidad de participar y recibir nutrientes afectivos y educativos en redes sociales formales e informales: grupos de amistad, vecinos y vecinas, esplais, clubes deportivos, grupos culturales, etc.
  - El acceso a la educación en valores.
  - Actividades sociales y de ocio: actividades de tiempo libre, culturales, de apoyo mutuo.
  - La participación en actividades creativas: teatro, pintura, escultura, etc.
  - La participación en actividades sociales que promuevan el humor ...].
- Otra evidencia es que en las clases sociales más desfavorecidas hay mucho más sedentarismo e inactividad tanto en la infancia como en las personas adultas.

Estas evidencias han motivado que ciudades como Rotterdam, con el objetivo de paliar las diferencias entre clases sociales, obligue a que todos los niños/as y adolescentes participen en una actividad de ocio que les interese. Y si la familia no

54. En la década de los ochenta se denominó “resiliencia humana o facultad de recuperación” a la “capacidad de una persona o grupo para desarrollarse adecuadamente y para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas en ocasiones graves”. O, también “la capacidad del individuo para hacer las cosas bien y de manera socialmente aceptable en un entorno estresante o adverso que suele conllevar un elevado riesgo de efectos negativos”. La resiliencia no evita el sufrimiento y el daño, pero capacita a las personas para seguir creciendo y desarrollándose, integrando incluso las experiencias difíciles y traumáticas de una manera constructiva.

55. Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). “La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil”. Barcelona: Editorial Gedisa.

puede asumir el coste, es la Administración quien lo hace. Todos los niños/as de Rotterdam, con independencia de su género, la capacidad adquisitiva de las familias o su diversidad funcional, realizan alguna actividad de ocio como medida de cuidado de la población infantil.

### **El papel del CDIAP**

**Facilitar y promover, siempre que sea posible en función de la edad del niño/a, su participación en actividades y grupos de su entorno que le aporten satisfacción, alegría, sentido del humor, creatividad y actividad física, siempre teniendo en cuenta sus intereses y aficiones.**

Esto conlleva por parte de los CDIAP del IMPD:

- Un mejor conocimiento de los servicios de ocio existentes en el territorio (tanto si funcionan de manera estable a lo largo del año o en épocas concretas): cuáles son, cómo funcionan y los requisitos de acceso.

Y, a la inversa, darnos a conocer si aún no lo hemos hecho.

- Pedir a los organismos, entidades o empresas titulares, públicas o privadas, de estos servicios criterios flexibles de acceso (plazos de inscripciones, acceso a becas y facilidades de pago de las cuotas, etc.) ya que desde los CDIAP atendemos a familias que tienen muchas dificultades para acceder efectivamente a los servicios. Son las que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad o de exclusión social. Y justamente los niños/as de estas familias son los que más necesitan estos espacios.
- Con estas familias en situación más vulnerable, es necesario que desde el CDIAP realicemos un acompañamiento, ya sea de manera directa o asegurando que otro servicio lo haga. Cuando hablamos de acompañamiento queremos decir: informar a la familia de las posibilidades que tienen a su alcance, motivarlas a hacer la solicitud, hablar previamente con el servicio de ocio para que la acojan y le faciliten los pasos a dar, etc. Y si todo esto no es suficiente, también poder hacer un acompañamiento presencial cuando sea necesario.

**Coordinarnos y dar apoyo a servicios estables de ocio como los esplais, los casals de niños/as, etc. tal y como se hace con los servicios del ámbito de la educación, la salud y servicios sociales.**

Y esta coordinación con dos finalidades:

- Cuando se trata de niños/as atendidos en el CDIAP, facilitar la inclusión por parte de los servicios de ocio a los que acudan y un trato adecuado a sus necesidades específicas.
- Fortalecer los monitores y monitoras para que se conviertan en agentes de detección precoz y de prevención efectiva.

Los CDIAP debemos convertirnos en un servicio de apoyo también en este ámbito.

**Señalar la necesidad de promover la aparición y la puesta en marcha de servicios de ocio destinados a la pequeña infancia en aquellos territorios con gran carencia de estos servicios.**

Hay zonas y barrios con una gran carencia de servicios de ocio destinados a la pequeña infancia y este es un factor más que agrava la situación de vulnerabilidad de muchas familias y, especialmente, de sus hijos e hijas.

### 3.3.8 Los CDIAP del IMPD: un agente proactivo en los territorios y en las redes de articulación interservicios que intervienen en la infancia

Participar en las redes de articulación interservicios existentes en el territorio es una necesidad para nuestros CDIAP por los siguientes motivos:

- Darse a conocer al resto de servicios existentes en el territorio como requisito para facilitar el acceso al servicio de los niños/as que necesitan la atención precoz proporcionada por el CDIAP.
- Conocer los servicios y recursos existentes en el territorio (barrio y distrito), así como sus criterios de atención, procedimientos de acceso y funcionamiento, para poder orientar adecuadamente a las familias en respuesta a sus necesidades, tanto en relación con su hijo o hija como respecto a otros miembros de la familia.
- Establecer una relación de confianza entre servicios que facilite la coordinación y el trabajo conjunto cuando sea necesario.
- Facilitar que el resto de servicios públicos y privados del territorio se conviertan en agentes de prevención primaria y secundaria.

Nuestra prioridad, sin embargo, será participar de forma activa o promover la existencia, cuando no haya, de redes o de espacios de articulación de los servicios que se dirigen a la infancia. Pueden ser espacios propios o comisiones específicas dentro de redes más amplias. Pueden ser espacios de ámbito de barrio, de zona o de distrito.

La argumentación es clara. Se trata de contribuir de manera proactiva a:

- Tener una visión global de los servicios dirigidos a la infancia existentes en el territorio, conociendo cómo acceder a ellos, cuáles son los criterios de atención y cómo funcionan.
- Tener una aproximación global compartida de cuál es la realidad y las necesidades de la infancia del territorio de que se trate.
- Construir de manera conjunta el mapa de necesidades y de recursos para identificar duplicidades y carencias. Trabajar para equilibrar la correlación entre necesidades y recursos y comunicar estas valoraciones a las instancias que tienen



la capacidad para generar nuevos recursos cuando sea el caso o regular los que ya existen.

- Buscar sinergias y puntos de confluencia, colaboración y trabajo conjunto entre servicios que permita dar mejores respuestas, y/o llegar a sectores de población con más dificultades para acceder a los servicios, y/o convertir los servicios existentes en agentes de prevención primaria y detección precoz de las necesidades de la infancia del territorio.

---

Se trata, en definitiva, de contribuir activamente a construir territorios facilitadores del bienestar de la infancia, especialmente de la que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad, haciendo más efectiva e integral la actuación del propio CDIAP con los niños/as que atiende y con sus familias.

---

Con este objetivo, cada persona profesional de los equipos de ambos CDIAP de todas las disciplinas, con la excepción de neuropediatría, serán referentes en el CDIAP de un barrio o zona del distrito y representarán al servicio en las redes interservicios existentes.

El CDIAP también podrá promover y colaborar activamente en la puesta en marcha de espacios de coordinación de los servicios que se dirigen a la infancia allí donde no los hay, sea con el formato de redes interservicios o de comisiones específicas dentro de las redes más generales.

Cuando haya que priorizar porque no sea posible cubrir la diversidad de redes interservicios existentes, el criterio de priorización será garantizar nuestra participación en los espacios dirigidos a la infancia y, en cualquier caso, se tratará de una decisión que tendrá que tomarse en reunión de equipo interdisciplinario del servicio en cada CDIAP, con la argumentación previa de ventajas e inconvenientes, y que deberá tener el visto bueno del Departamento de Servicios de Vida Independiente del IMPD, al que están adscritos los dos CDIAP.





## 4. Cuarta parte. Aspectos de la organización y el funcionamiento que define este modelo

---

### Sumario

- 4.1. Los horarios de funcionamiento y de atención.  
La apertura del servicio
- 4.2. El equipo del CDIAP. Perfiles
- 4.3. Criterios de dedicación y distribución del tiempo

- 4.4. Estándares y procedimientos de calidad que queremos mejorar
- 4.5. Los espacios interdisciplinarios de trabajo conjunto y de reflexión
- 4.6. Los espacios de coordinación y de reflexión por perfil profesional
- 4.7. Construcción de una cultura técnica común entre ambos CDIAP
- 4.8. Espacios estables de articulación de nuestros CDIAP con determinados servicios de los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales
- 4.9. Colaboración con la realización de prácticas de alumnos de másteres y posgrados
- 4.10. La opinión de las personas que integran los equipos
- 4.11. Ratios de personal
- 4.12. Los equipamientos: características y requisitos

El funcionamiento y los procedimientos de atención que deben garantizar todos los CDIAP de la Red Pública están definidos en el “Documento de estándares para la acreditación de la calidad de los servicios de atención precoz de Cataluña” (2015) del Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya.

En consecuencia, este capítulo desarrolla aquellos aspectos del funcionamiento y de la organización de nuestros CDIAP que introducen mejoras respecto de los estándares definidos o que incorporan criterios que corresponde definir al IMPD, en tanto que institución que gestiona la prestación del servicio a los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris, y que quiere orientar al logro de los objetivos y prioridades definidas en la tercera parte de este documento.

## 4.1. Los horarios de funcionamiento y de atención. La apertura del servicio

### Los horarios

**Premisas de partida: los derechos del niño/a, los derechos de las familias, los derechos laborales de los equipos y el cumplimiento de la normativa legal vigente.**

#### **Los derechos de los niños/as**

- Los horarios de cualquier CDIAP deben tener en cuenta las necesidades del niño/a en cuanto al tiempo de descanso, alimentación e higiene que hay que garantizar.
- A tener una estabilidad en la asistencia a la escuela.

Varios estudios realizados en todo el mundo demuestran que “la educación es un factor que marca la diferencia” con respecto a las oportunidades de desarrollo personal y de una futura vida adulta con independencia e inclusión social.

En la misma línea muchos de estos estudios también señalan la importancia de garantizar al máximo la estabilidad de asistencia del niño/a a las actividades de la guardería y primaria y, por tanto, como criterio general alertan de la necesidad de que el funcionamiento y horarios de atención del resto de servicios que le prestan atención lo tengan en cuenta para evitar, en lo posible, interferir con los horarios escolares.

La falta de estabilidad suficiente en la asistencia a la escuela puede dificultar de manera importante el ritmo de adquisición de aprendizajes y/o su inclusión dentro del grupo clase. De ahí la importancia de evitar, en lo posible, que el niño/a falte a clase y/o a otras actividades organizadas por el centro educativo.

#### **Los derechos de las familias:**

Muchas de las familias residentes en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris se encuentran en situación de vulnerabilidad, con trabajos en precario y con horarios que no facilitan la conciliación familiar.

### **Los derechos laborales de los trabajadores y trabajadoras de los CDIAP:**

Hay que garantizar el cumplimiento de lo que establezca el Acuerdo de Condiciones Laborales vigente en cada momento.

### **Hay que cumplir el marco legislativo y normativo vigente:**

El Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y el IMPD establece que nuestros CDIAP están obligados a prestar atención todas las tardes de lunes a viernes laborables.

### **Los horarios de funcionamiento del CDIAP**

#### **De funcionamiento ordinario de los CDIAP**

El funcionamiento ordinario se asegurará excepto en los períodos de verano y Navidad definidos en el Acuerdo de Condiciones Laborales vigente en cada momento.

En los equipamientos base el horario de funcionamiento ordinario del servicio será el siguiente:

- De lunes a viernes no festivos de las 9 a las 18,30 horas ininterrumpidamente.

En la Antena Zona Nord de Nou Barris los horarios de funcionamiento ordinario del servicio serán los siguientes:

- Miércoles y jueves no festivos: de las 9 a las 18,30 horas ininterrumpidamente.
- Viernes: de las 9 a las 14,30 horas ininterrumpidamente.

#### **Horarios de funcionamiento de los CDIAP en los períodos de verano y Navidad**

El horario de funcionamiento de los CDIAP en verano y Navidad se asegurará en los períodos establecidos en el Acuerdo de Condiciones Laborales vigente en cada momento:

El horario mínimo obligatorio será:

En los equipamientos base:

- De lunes a viernes no festivos: de las 9 a las 14,30 horas ininterrumpidamente.

En la Antena Zona Nord de Nou Barris:

- Miércoles, jueves y viernes no festivos: de las 9 a las 14,30 horas ininterrumpidamente. En agosto el Casal de Barri Torre Baró donde está ubicada la Antena Zona Nord permanece cerrado.

Estos horarios de funcionamiento del servicio se aplicarán respetando la flexibilidad horaria establecida por cada Acuerdo de Condiciones Laborales.

## Los horarios de atención

### Criterios generales

- Con el fin de interferir lo menos posible en el horario escolar, siempre que sea posible se priorizará la atención de tardes hasta las 18 horas de lunes a viernes no festivos de los niños/as de 3 a 6 años.
- Se facilitará atención a las familias que lo necesiten desde las 9,30 y hasta las 18 horas de lunes a viernes no festivos. De manera excepcional se podrán atender familias a las 8 horas y más tarde de las 18 horas.

### Los horarios de atención

Los horarios que se divulgarán a la ciudadanía serán los que se detallan a continuación, con independencia de que la atención directa a niños/as y familias se podrá realizar a lo largo de todo el horario del funcionamiento del servicio.

En los equipamientos base los horarios de atención serán los siguientes:

- De lunes a viernes no festivos: de las 9,30 a las 14 horas y de las 15,30 a las 18 horas.

Y en los períodos de verano y de Navidad definidos en el Acuerdo de Condiciones Laborales vigente en cada momento, el horario que se hará público será:

- De lunes a viernes no festivos: de las 9,30 a las 14 horas.

En la Antena Zona Nord de Nou Barris los horarios de atención del servicio serán los siguientes:

- Miércoles y jueves no festivos: de las 9,30 a las 14 horas y de las 15 a las 16,30 horas, ya que la Antena Zona Nord está ubicada en el Casal de Barri Torre Baró, que necesita disponer del espacio a partir de esta hora.
- Viernes: de las 9,30 a las 14 horas.

En los períodos de verano y Navidad el horario que se hará público será:

- Miércoles, jueves y viernes no festivos: de las 9,30 a las 14 horas, excepto el mes de agosto en el que la Antena permanecerá cerrada y la atención se proporcionará desde el equipamiento base.

En estos horarios de atención al público se garantizará personal administrativo en recepción.

## Apertura del servicio

### Premisas de partida:

- Hay que garantizar lo establecido en el Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la

prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).

[... El centro estará abierto los días laborales, en horario de mañana y de tarde, durante todo el año.

Durante los meses de verano se podrá hacer jornada intensiva. Se repartirán las vacaciones de los y las profesionales de tal manera que interfieran lo menos posible en la dinámica del centro ...]. (Anexo I. Cláusula adicional. Pactos y obligaciones. Punto 5 Recursos materiales y horario.)

- La naturaleza del servicio y su carácter público, así como la garantía de los derechos de los niños/as y de las familias conlleva necesariamente la continuidad en la prestación del servicio.
- Hay que garantizar los derechos laborales del personal adscrito a los CDIAP del IMPD y el cumplimiento de lo establecido en el Acuerdo de Condiciones Laborales vigente en cada momento.

### **Criterios de apertura del servicio**

- Los equipamientos base de los CDIAP permanecerán abiertos todos los días laborables del año.
- La Antena Zona Nord de Nou Barris podrá cerrar el mes de agosto por lo que el servicio se continuará prestando desde el equipamiento base.

### **Dinámica del centro**

No es suficiente que el servicio esté abierto sino también que se haga compatible la garantía de dos derechos: el del personal municipal a disfrutar de los festivos establecidos en el Acuerdo de Condiciones Laborales vigente y el de las familias a recibir atención de manera estable por las disciplinas que corresponda en cada caso y la etapa del proceso de atención mientras el niño/a no se dé de baja en el servicio.

Tal y como establece el Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD: Se repartirán las vacaciones de las y los profesionales de tal manera que interfieran lo menos posible en la dinámica del centro.

Por este motivo se establecen los siguientes criterios generales:

- Las vacaciones de verano se concentrarán para todo el personal en el período comprendido entre el 1 de julio y el 30 de septiembre.
- En cuanto a la acumulación de días de ausencia por vacaciones, festivos, realización de horas extras y similares:
  - En períodos de vacaciones escolares como Pascua y Navidad no se podrán realizar más de 15 días naturales consecutivos por el impacto que esto tendría en los seguimientos de los casos, tanto en la atención individualizada como en la atención grupal.



- En verano, y con carácter general en cualquier época del año, no se podrán realizar de manera consecutiva más de 45 días naturales de vacaciones por el impacto que esto tendría en los casos en seguimiento por parte de esa persona profesional o en la recepción del centro.
- Siempre que un CDIAP disponga en su equipo de dos o más profesionales de una misma disciplina o perfil, deberán alternar las vacaciones de forma que se garantice la interdisciplinariedad y la presencia de personal administrativo en recepción.

Este criterio se justifica por la necesidad de garantizar la mirada bio-psico-social en la fase de valoración diagnóstica inicial en los casos nuevos garantizando el plazo máximo que debe durar esta fase del proceso de atención y que nos hemos fijado como criterio de acreditación de una gestión de calidad.

Las personas de una misma disciplina o perfil podrán coincidir de vacaciones un máximo de 15 días naturales consecutivos.

## 4.2. El equipo del CDIAP. Perfiles

---

### Sumario

- 1. Composición del equipo**
- 2. La dirección del CDIAP**
- 3. Terapeuta ocupacional**
- 4. Funciones y perfil de dos figuras: personal administrativo y psicomotricista**
- 5. El encaje del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario del servicio**

---

### 1. Composición del equipo

#### **Según la normativa legal vigente:**

Tal y como hemos visto en los capítulos anteriores, el Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz establece que:

[... Para la prestación del servicio el IMPD deberá aportar los medios personales necesarios de acuerdo con la normativa legal vigente<sup>56</sup> en materia de atención precoz.

---

56. Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz. Y Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 (vigente).

Los servicios de atención precoz deberán disponer de profesionales con especialización en desarrollo infantil que cubran las áreas bio-psico-sociales y de personal de apoyo administrativo, secretaría-recepción y de servicios suficientes para atender a los niños/as atendidos.

Para garantizar la atención bio-psico-social de los niños/as, **dispondrá como mínimo** de los/las especialistas siguientes:

- Médico/a neuropediatra, o de manera transitoria o excepcional médico/a con formación acreditada de pediatría o de neuropediatría.
- Psicólogo/a clínico, o psicólogo/a con formación acreditada en desarrollo infantil.
- Fisioterapeuta.
- Logopeda.
- Trabajador/a social

Uno/a de estos/as profesionales será el/la coordinador/a técnico/a.

Las **figuras** de psicomotricista y pedagogo/a, aunque no son obligatorias, son **recomendables** dado el abanico de edad de los niños/as atendidos ...].

Todas las figuras que deben proporcionar atención bio-psico-social y que son consideradas obligatorias en la normativa legal vigente tienen definidas sus funciones y perfil en documentos elaborados por comisiones de personas expertas nombradas por la Generalitat. No así las figuras recomendadas, pero no obligatorias, de psicomotricista y pedagogo/a.

Por otra parte, el Convenio de colaboración interadministrativa entre la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz también define las funciones administrativas que debe garantizar el servicio:

[... Comprende las funciones de dirección, gestión administrativa y coordinación interna del centro, referidas a la organización interna, la gestión de recursos humanos, el control de gestión y todas aquellas actividades necesarias para el buen funcionamiento del servicio, así como las derivadas del convenio.

Asimismo, comprende la tramitación del contrato asistencial preceptivo y el cumplimiento de aquella documentación que determine el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales ...].

### **Mejoras que introduce este Modelo:**

- En cuanto a la **composición del equipo**, este Modelo introduce dos mejoras respecto de lo que establece la normativa legal vigente. Así incorpora:
  - La figura de **director/a del CDIAP** que sustituye a la figura de “coordinador/a técnico/a” que define la normativa legal vigente.

La actual figura de coordinador/a técnico/a del CDIAP dedica a esta función una parte de su jornada laboral, aproximadamente un tercio, y el resto a ejercer de profesional de la disciplina de que se trate como miembro del equipo interdisciplinario del servicio.

- La figura de **terapeuta ocupacional** no prevista como obligatoria ni como recomendada en la normativa legal vigente, pero cada vez solicitada por más CDIAP, y que se ha solicitado como necesaria en el contexto de la Red de CDIAP de Barcelona.
- Define las funciones y perfil del personal administrativo y de la figura de **psicomotricista** en el contexto de los CDIAP del IMPD.
- Aborda el encaje de la disciplina del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario del servicio, siempre en el contexto de los CDIAP del IMPD.

## 2. La dirección del CDIAP

### El porqué de esta figura:

Básicamente por tres razones:

### Las dimensiones de cada equipo

En la actualidad el CDIAP EIPI Ciutat Vella cuenta con 12 personas y el CDIAP EIPI Nou Barris dispone de 15, además de tener dos puntos de prestación del servicio (equipamiento base y Antena Zona Nord).

Otros servicios sociales con equipos de estas dimensiones, o incluso menores, disponen de una dirección que ejerce el mando a jornada completa, no ejerciendo funciones de coordinación técnica una parte de su jornada y el resto como profesional del equipo.

Con las dimensiones actuales de ambos equipos se justifica que cada CDIAP cuente con la figura de director/a pero, como veremos más adelante en otro apartado de este mismo capítulo al abordar las ratios de personal, estamos hablando de que el CDIAP EIPI Ciutat Vella debe incrementarse hasta llegar a un equipo de 18 personas diferentes entre jornadas completas y parciales, y el de CDIAP EIPI Nou Barris debe doblarse hasta llegar a ser un equipo de 27/28 personas diferentes, además de añadir la complejidad de tener que organizar con este equipo la prestación del servicio en dos puntos diferentes del distrito.

### La necesidad de integrar la mirada técnica y de gestión

El cumplimiento de los estándares y procedimientos para una gestión de calidad en equipos de las dimensiones actuales de nuestros dos CDIAP conlleva un alto grado de exigencia y dedicación, tanto en la planificación como en el seguimiento de los aspectos organizativos y de funcionamiento del servicio directamente vinculados a la parte “técnica”.

Entendemos que la parte de “gestión” del servicio debe estar integrada con la parte “técnica” para garantizar que la organización y el funcionamiento del equipo y de las

condiciones en que trabaja están efectivamente orientadas a facilitar el cumplimiento de la parte “técnica” de la prestación del servicio de atención precoz.

Por este motivo entendemos que no es suficiente con la figura de coordinador/a técnico/a del equipo, tal y como establece la normativa legal vigente, sino que hay que disponer de un/a director/a del servicio que integre ambos perfiles: el técnico y el de gestión.

### **La necesidad de singularizar el papel de mando del servicio**

Con las dimensiones de estos equipos no es suficiente dedicar una parte de la jornada de una de las personas profesionales a la “coordinación técnica” del servicio. Ejercer el mando de uno de nuestros CDIAP requiere la singularización de una persona que asuma la dirección y mando del equipo a jornada completa.

En conclusión, es necesario que cada CDIAP del IMPD disponga de un/a director/a del servicio para poder garantizar una cultura técnica compartida por todo el equipo y un funcionamiento organizativo coherente con la misión del servicio que garantice los criterios establecidos para una gestión de calidad.

### **Misión y funciones del/de la director/a del CDIAP:**

#### **Misión**

Dirigir el equipo especializado que integra un centro de desarrollo infantil y atención precoz en el que se prestan servicios y se realizan procesos técnicos de un servicio integrado, de acuerdo con:

- La normativa legal vigente.
- Los estándares y procedimientos para una gestión de calidad definidos por la Generalitat de Catalunya para los CDIAP que forman parte de la Red Pública de Cataluña.
- Las directrices del IMPD, en general, y del/de la jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente, en particular.
- Las necesidades planteadas para conseguir el adecuado despliegue y resolución de este servicio y procesos en términos de eficacia y calidad.
- Las características y necesidades de la población de los territorios de influencia de cada CDIAP.

Esto conlleva, entre otros, el desarrollo de las siguientes **funciones generales**:

- Dirección y supervisión del funcionamiento global del servicio de atención precoz prestado, así como del funcionamiento, articulación y complementariedad de los diferentes servicios que integra y que prestan cada una de las disciplinas que conforman el equipo interdisciplinario del servicio.
- Dirección de un equipo de personas con perfil técnico y especializado, con el requerimiento de una alta capacidad de comunicación e influencia para

desarrollarlo y motivarlo, y de un conocimiento especializado del servicio que presta un CDIAP.

- Evaluación de la eficacia, la eficiencia y la calidad de los servicios prestados, lo que conlleva, entre otras, la explotación, el análisis y la valoración de indicadores de atención, de proceso y de cargas de trabajo del personal a su cargo de manera habitual, así como la elaboración de informes siempre que se le requieran y por propia iniciativa.
- Seguimiento de las directrices del/de la jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad con quien despacha de manera periódica y estable.
- Seguimiento y supervisión del grado de cumplimiento de los procedimientos y estándares de calidad definidos para la prestación de los servicios de atención precoz de un CDIAP de la Red Pública, con capacidad para introducir o proponer por la línea de mando la implementación de las medidas correctoras que sean necesarias en cada momento y realizar su seguimiento.
- Implementación e impulso de lo establecido en este Modelo municipal en el funcionamiento y la programación anuales de las actuaciones a realizar por el CDIAP.
- Representación técnica del servicio en todas las instancias en las que deba participar, tanto del distrito como de ámbito de ciudad.
- Promoción y participación en la elaboración de los protocolos de articulación del CDIAP con otros servicios del distrito definidos en este Modelo municipal de los CDIAP del IMPD u otros que puedan establecerse, así como garantizar su correcta implementación y realizar su seguimiento.
- Relación con proveedores externos y otros operadores para llevar a cabo el control de servicios fruto de contratos, convenios u otros sistemas de colaboración.
- Otros que se le puedan encargar en relación con las tareas directivas del servicio.

### **Perfil**

El perfil de la figura de director/a de CDIAP debe integrar una doble vertiente:

- Técnica.
- De gestión.

### **Perfil técnico**

- Debe reunir las siguientes competencias:
  - Tener conocimientos suficientes del desarrollo normativo del niño/a y de los trastornos o alteraciones del desarrollo infantil.
  - Entender qué es la atención precoz y garantizar el encargo que recibe un CDIAP de la Red Pública de Cataluña.
  - Tener las habilidades necesarias para fomentar un trabajo en equipo interdisciplinario.
  - Tener las cualidades y habilidades suficientes para liderar un equipo humano y, por tanto, para potenciar al máximo las capacidades, habilidades y potencial de

cada persona miembro del equipo y para minimizar sus puntos débiles.

- Saber crear un clima de trabajo donde la eficacia en la tarea a realizar vaya acompañada de crecimiento profesional, cohesión grupal y transparencia.
- Saber transmitir al equipo una visión global como servicio más allá de las aportaciones individuales.
- Tener las habilidades necesarias para instaurar y potenciar un trabajo en red con otros servicios.
- Debe poseer una diplomatura o licenciatura en cualquiera de las disciplinas que integran el equipo interdisciplinario del servicio, pertenecer a una disciplina que figure en el catálogo de puestos de trabajo del Ayuntamiento de Barcelona y ser funcionario/a.

### Perfil de gestión

- De personal.
- Administrativa.
- Del equipamiento.
- De indicadores.
- De representación institucional.
- De las incidencias respecto de las infraestructuras, proveedores, etc.

### 3. Terapeuta ocupacional

La terapia ocupacional es una profesión regulada por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (2.2.b). La Terapia Ocupacional es un grado universitario de cuatro cursos.

Se trata de una figura no prevista como obligatoria ni como recomendada en la normativa legal vigente, pero cada vez solicitada por más CDIAP, y que se ha pedido como necesaria en el contexto de la Red de CDIAP de Barcelona. El Modelo municipal que aquí se define incorpora esta figura al equipo interdisciplinario del servicio.

Esta decisión obedece a la necesidad de:

- Analizar e identificar qué es lo que restringe la participación del niño/a, ya sea debido a sus dificultades, por la manera de llevar a cabo la actividad o por la existencia de barreras en su entorno cotidiano que le representan un obstáculo a su participación.
- Intervenir para que el niño/a desarrolle nuevas habilidades y/o recupere actividades o capacidades perdidas y/o aprenda nuevas maneras de hacer las cosas, y para proponer siempre que sea necesario las adaptaciones necesarias en su entorno cotidiano para convertirlo en un entorno facilitador y, por tanto, más inclusivo.

Tal y como define la terapia ocupacional el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Cataluña (COTOC) sirve para [... desarrollar, recuperar y mantener la realización de las

actividades cotidianas de la persona en su entorno. Así como para prevenir la disfunción ...]. O dicho en otras palabras, el/la terapeuta ocupacional interviene para mejorar la función (acompañar el desarrollo de la persona) y, si no se puede mejorar, adaptar la actividad (tanto la manera de llevarla a cabo como el entorno donde se desarrolla) para que la persona pueda seguir participando de la manera más autónoma posible.

En una de sus publicaciones<sup>57</sup> el COTOC recoge el glosario de conceptos clave, de los que recogemos los siguientes:

- [... **La ocupación.** Se refiere al conjunto de actividades cotidianas que se desarrollan a lo largo de la vida. Se pueden clasificar en actividades de cuidado personal (higiene, vestido, alimentación), actividades instrumentales (hacer la compra, utilizar el transporte público), actividades productivas (trabajo, educación, voluntariado) y actividades de ocio.
- **Intervención de terapia ocupacional.** Se refiere al conjunto de teorías, herramientas metodológicas y evidencia científica aplicadas a la situación única de cada persona para mejorar su autonomía.
- **Uso de la actividad significativa.** Hace referencia a la utilización de actividades para las que la persona muestra un especial interés en alcanzar los objetivos propuestos en el plan de intervención.
- **Autonomía.** Es la capacidad de decidir, planificar, ejecutar y valorar el conjunto de actividades realizadas a lo largo del día y de la vida ...].

Marta Iglesias Campo resume muy bien la función de la terapia ocupacional en el contexto de un CDIAP en un artículo publicado en la revista del COTOC:<sup>58</sup>

[... La intervención con el niño/a va dirigida a detectar en qué actividades tiene restringida su participación y cuál es su causa, a valorar el grado de funcionalidad, a trabajar en la adquisición del mayor grado de autonomía posible (potenciando, recuperando o manteniendo sus capacidades) en su desempeño ocupacional y a favorecer el potencial individual del niño/a y de su familia en su entorno próximo a través de actividades terapéuticas significativas y de acciones de información, apoyo, orientación y asesoramiento. No se trabajan los componentes afectados de manera aislada, sino que se realiza una intervención global considerando todas las dimensiones de la persona a través de la actividad como medio y como fin del tratamiento. Cuando no es posible la mejora de un componente concreto, la intervención se dirigirá a la adaptación del entorno o a la manera como se realiza la actividad.

La intervención en el entorno va dirigida a favorecer un entorno enriquecedor, seguro, accesible, adaptado y facilitador informando y asesorando la familia y los contextos más inmediatos sobre sus necesidades y sobre la incorporación de posibles

57. COTOC (2015). "La teràpia ocupacional quan, on i per a què".

58. Marta Iglesias Campo. L'ocupació en les primeres edats. Experiències de teràpia ocupacional en l'equip interdisciplinari d'un CDIAP. "La Revista del COTOC". Núm. 4, julio de 2015. Barcelona.

adaptaciones o productos de apoyo y minimizando las posibles barreras que limiten su participación ...].

El Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra editó en abril de 2014 un material titulado “La intervención del Terapeuta Ocupacional en la Atención Temprana en Navarra”, elaborado por un grupo de trabajo con el objetivo de hacerlo llegar a los Comités de Personas Expertas creados en Navarra para el desarrollo de las líneas estratégicas del Plan de salud 2014-2020. En él se define cuál es la misión y funciones de esta figura en el contexto de la atención precoz. A continuación reproducimos entre corchetes una parte de su texto por el interés que puede tener para explicar la incorporación de esta figura en los equipos interdisciplinarios de nuestros CDIAP EIPI Ciutat Vella y CDIAP EIPI Nou Barris.

[... Los niños/as con discapacidades corren el peligro de una menor participación en las actividades diarias y, a medida que crecen tienen un riesgo más elevado de una menor participación en las ocupaciones de la persona adulta (Brown y Gordon, 1987).

La Terapia Ocupacional en la infancia va a promover esta participación de los niños/as en ocupaciones significativas según su edad y su propio contexto. De esta forma vamos a ayudarles a crecer y desarrollarse, a comprender las expectativas de la sociedad y a ganar las habilidades necesarias para desenvolverse de la forma más autónoma posible en su casa, colegio y comunidad.

El/La terapeuta ocupacional se centra no solo en la intervención de las habilidades adaptativas del niño/a sino también en el acompañamiento y orientación a las familias y en la habilitación de su contexto para promover el mayor grado de inclusión y participación posible.

El/La terapeuta ocupacional favorece que las intervenciones que realiza puedan ser integradas por padres/madres o personas cuidadoras en las rutinas diarias del niño/a. Se parte del conocimiento que el niño/a aprende y se desarrolla mejor cuando los aprendizajes se desarrollan de forma natural en su entorno ...].

Se detallan, entre otras, las siguientes funciones:

#### **En la fase de valoración diagnóstica inicial:**

- [... Detección de todo aquello que es o podría ser un obstáculo o una imposibilidad para el desarrollo normal de una actividad y, por tanto, ocasiona disfunción ocupacional, es decir, aquello que pone límites al ejercicio de una ocupación en conjunto o en parte, de forma transitoria o permanente, para una persona determinada. El/La terapeuta ocupacional identifica las capacidades, destrezas y/o habilidades personales, y las oportunidades de los contextos ocupacionales, que permitan a las personas funcionar de una forma lo más autónoma y satisfactoria en sus vidas ...].

#### **En la fase de tratamiento desarrolla las siguientes funciones, entre otras:**

- [... Potenciación, en lo posible, de la autonomía e independencia de los niños/as en la realización de las **tareas de la vida diaria (AVD)** como vestirse/desvestirse,



aseo-higiene, alimentación y manejo de los útiles escolares con el objeto de que el desarrollo personal sea lo más satisfactorio y funcional posible.

- Favorecer la adquisición de **habilidades y destrezas** motoras, perceptivo-cognitivas y socio-afectivas del niño/a través del juego para lograr un desarrollo armonioso y equilibrado.
- Realización de las **adaptaciones** en el aseo, vestido, alimentación, deambulación, juego y material escolar que favorezca la integración del niño/a en el entorno que le rodea, de manera que pueda vivenciar sus acciones y sentirse autor/a de las mismas.
- Acompañamiento a la **familia y a su entorno** sobre el manejo ante determinadas circunstancias y de los productos de apoyo y adaptaciones necesarias eliminando o minimizando las barreras existentes que dificultan o imposibilitan la autonomía del niño/a en su hogar.
- **Seguimiento** periódico del niño/a para observar la posible evolución y valorar los logros en la autonomía de las actividades de la vida diaria y asesorar al padre/madre/persona cuidadora de las posibles modificaciones en los hábitos y en las adaptaciones realizadas ...].

A modo de resumen y basándonos en aspectos del Programa de intervención precoz en el Estado de Illinois (Estados Unidos), en lo referido a la terapia ocupacional, mencionado en este material editado por el Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra, podríamos decir que:

- Las estrategias del/de la terapeuta ocupacional incluyen, entre otras: la adaptación de la actividad, la adaptación del entorno, la facilitación de la adquisición de habilidades funcionales (componentes sensoriomotrices, cognitivos, socioafectivos, etc.), apoyo y acompañamiento familiar, y la selección, diseño y fabricación de adaptaciones para promover la autonomía y el desarrollo (férulas, etc.).
- Como áreas de su competencia se identifican las siguientes: el desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria (AVD), las actividades productivas y de ocio, la autorregulación, el desarrollo psicomotriz, la adaptación del entorno y de las actividades, así como la confección de férulas para la extremidad superior.

En función de las necesidades de cada caso concreto, el/la terapeuta ocupacional puede intervenir tanto en el entorno natural del niño/a (su hogar, la escuela, el parque infantil adonde suele ir, etc.) como en entornos clínicos destinados al desarrollo y la atención precoz.

Esto no quiere decir que el resto de figuras que integran el equipo interdisciplinario no intervengan también en el entorno natural: la coordinación entre profesionales y la observación directa del niño/a en el entorno escolar o en su hogar es un elemento clave en la fase de valoración diagnóstica inicial o en el seguimiento de la evolución del niño/a durante la fase de tratamiento. Pero no es el entorno habitual donde llevan a cabo el tratamiento individualizado/familiar que corresponda a cada caso en función del plan de atención terapéutica acordado con la familia.

El/La terapeuta ocupacional puede ser profesional referente de un caso.

## 4. Funciones y perfil de dos figuras: personal administrativo y psicomotricista

### Personal administrativo

El administrativo/a es una figura importante dentro del equipo y en el funcionamiento de un CDIAP. Es quien establece el primer contacto con las familias que realizan demanda de atención para su hijo o hija y ofrece la primera imagen que tendrán del servicio. Su relación será continua a lo largo del proceso de atención ya que asumen, entre otras funciones, la recepción del servicio y la atención telefónica de la centralita.

Es también una figura importante como miembro del equipo que interactúa con todas las personas que lo integran y que realiza una serie de tareas necesarias para que el servicio funcione correctamente.

En consecuencia, hemos considerado necesario definir sus funciones y perfil en el contexto de este Modelo tal como figuran desarrolladas en el **Anexo 1** de este documento.

### Psicomotricista

La normativa legal vigente, al definir la composición del equipo interdisciplinario de un CDIAP, prevé la figura de **psicomotricista** que, [... a pesar de no ser obligatoria, sí es recomendable dado el abanico de edad de los niños/as atendidos ...].

Nuestros CDIAP disponen de profesionales de la psicomotricidad desde 2016 en Ciutat Vella y desde el 2017 en Nou Barris. Había que definir sus funciones, perfil y encaje dentro del equipo ya que, a diferencia de lo que sucede con las figuras definidas como obligatorias dentro del equipo interdisciplinario de un CDIAP, no hay ningún documento de la Generalitat que lo haga. Es por este motivo que lo hemos hecho en el contexto del Modelo, tal y como queda recogido en el **Anexo 2** de este documento.

## 5. El encaje del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario del servicio

Las funciones, perfil y formación de la disciplina del trabajo social en el contexto de un CDIAP de la Red Pública de Cataluña están definidos en el documento de la Generalitat de Catalunya elaborado por un grupo de personas expertas.

A la disciplina del trabajo social le corresponde garantizar la “perspectiva social” en el conjunto de la mirada bio-psico-social que debe garantizar el equipo interdisciplinario del CDIAP. Esta es su aportación específica en el conjunto de disciplinas que conforman el equipo del servicio.

La realidad, sin embargo, es que la figura del trabajo social no siempre encuentra el encaje adecuado dentro del equipo interdisciplinario de un CDIAP. Cuesta delimitar el campo de trabajo de esta disciplina en el contexto de un CDIAP. Tal vez, en este caso, la transdisciplinariedad se ha impuesto en detrimento de la interdisciplinariedad, por lo que la “mirada social” es compartida por todos y la aportación específica del trabajo

social en el equipo interdisciplinario no encuentra el espacio adecuado. A menudo es difícil que el resto del equipo entienda sus funciones y las incluya en los casos necesarios a partir de detectar y comprender la problemática social.

Había que avanzar en esta definición y encaje del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario y este ha sido el objetivo que ha inspirado el documento que figura en el **Anexo 3** de este documento.

### 4.3. Criterios de dedicación y de distribución de tiempo

Las prioridades definidas en la tercera parte de este documento deben tener una traducción en tiempo de dedicación por parte del servicio. Así, en el contexto de este Modelo se establecen los criterios de distribución del tiempo que figuran a continuación.

#### Criterios generales

**Universo.** Total de horas disponibles de los y las profesionales que integran el equipo que proporciona atención terapéutica a niños/as, familias y entorno. Hablamos de los y las profesionales del trabajo social, neuropsiquiatría, logopedia, fisioterapia, psicología, psicomotricidad y terapia ocupacional.

#### Criterios según nivel de intervención

Tabla. Criterios según nivel de intervención (%)

Atención a niños/as y familias	75%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención individual/familiar: 45%</li> <li>• Atención grupal: 30%</li> </ul>	
Intervención comunitaria de prevención primaria y secundaria	20%
Intervención comunitaria de presencia y participación en la red territorial y sectorial de servicios	5%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

## Crerios según tipo de atención

Tabla. Crerios según tipo de atención (%)

Directa a niños/as / familias / entorno	60%
Indirecta	40%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación previa a cada sesión de caso, grupo o proyecto.</li> <li>• Registro, información y elaboración de informes, proyectos y memorias.</li> <li>• Coordinaciones internas y externas y asesoramientos puntuales o estables entre profesionales para cada caso y para cada proyecto (presenciales, telemáticas, telefónicas).</li> <li>• Gestiones.</li> <li>• Espacios interdisciplinarios y por perfil profesional de trabajo conjunto y de reflexión detallados en este mismo capítulo.</li> <li>• Formación.</li> <li>• Otros.</li> </ul>	
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Estas proporciones se aplican sobre el total de horas disponibles de los y las profesionales que integran el equipo terapéutico de cada CDIAP, no sobre cada profesional concreto, por lo que puede haber profesionales que dediquen proporciones superiores o inferiores de su tiempo a uno u otro nivel o tipo de intervención respecto de las establecidas aquí.

## 4.4. Estándares y procedimientos de calidad que queremos mejorar

El sistema definido por la Generalitat para la acreditación de la calidad de los servicios de atención precoz de Cataluña establece una serie de estándares y de procedimientos, algunos de los cuales queremos mejorar en el contexto del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD por considerar que tienen una repercusión importante en la calidad de la atención al niño/a y la familia.

### En cuanto a los indicadores

#### Indicador 1. Demora en la entrevista de acogida

##### Crerio de calidad según la acreditación

[... La entrevista de acogida se debe realizar antes de los 30 días a contar a partir de la fecha en que la familia hace demanda de atención (llamada o primer contacto) en niños/as de 0 a 12 meses o que estén en una situación de afectación grave ...].

### **Mejora en el contexto del Modelo**

La entrevista de acogida se debe realizar **en todos los casos y sin excepción** en un plazo máximo de 30 días naturales desde que la familia hace demanda de atención.

---

### **Indicador 2. Demora de visita diagnóstica**

#### **Criterio de calidad según la acreditación**

[... En el 80% de los casos la primera visita diagnóstica se debe realizar antes de **90 días** después de la firma de la solicitud de atención por parte de la familia ...].

### **Mejora en el contexto del Modelo**

El tiempo máximo entre la visita de acogida (que se hace coincidir con la firma previa de atención por parte de la familia) y la primera visita diagnóstica debe ser en el **100% de los casos** de un **máximo de 45 días**.

---

### **Indicador 3. Duración del proceso de valoración diagnóstica inicial**

El proceso de valoración diagnóstica inicial comienza con la primera visita diagnóstica y finaliza con la realización de la entrevista de devolución a la familia (representantes legales) en la que se propone y acuerda un plan de atención terapéutica.

#### **Criterio de calidad según la acreditación**

**No hay** definido ningún **criterio de calidad** que determine la duración máxima de esta fase del proceso de atención.

### **Mejora en el contexto del Modelo:**

Como criterio general se valora que hay que acotar la duración de este proceso y se establecen dos criterios con carácter complementario:

- **Plazo máximo** para la realización del proceso diagnóstico de **90 días en el 100% de los casos**.
  - Un **número máximo de sesiones para cada disciplina** que participe en el proceso de valoración diagnóstica inicial, según:
    - 1 visita en caso de que sea necesaria la valoración diagnóstica de neuropediatría (se puede realizar una segunda en el caso de pedir pruebas complementarias para poder hacer la valoración).
    - 3 visitas máximo cuando en el proceso de valoración diagnóstica participen las disciplinas de psicología, fisioterapia, logopedia, psicomotricidad, terapia ocupacional y/o trabajo social.
- 

### **Indicador 4. Demora en el inicio de la atención terapéutica de tratamiento**

#### **Criterio de calidad según acreditación**

[... En el 80% de los casos la atención terapéutica de tratamiento debe iniciarse antes de los 30 días después de la entrevista de devolución a la familia ...].

## Mejora en el contexto del Modelo

El tiempo máximo entre la entrevista de devolución a la familia y el inicio de la fase de tratamiento debe ser **en el 100% de los casos** de un máximo de 30 días.

Aplicando las mejoras del Modelo en estos cuatro indicadores, de ordinario y siempre que la familia venga a las visitas concertadas y no haya otros factores sobrevenidos, **el período máximo transcurrido entre la fecha de solicitud de atención por parte de la familia y la entrevista devolutiva** una vez finalizada la valoración diagnóstica inicial sería **de un máximo de 165 días, que en meses serían 5 meses y medio, aproximadamente.**

Hay que decir que **la atención terapéutica y de ayuda se inicia desde el mismo momento en que se realiza la entrevista de acogida.** La primera visita ya puede ser terapéutica solo por el hecho de poner en marcha la capacidad del padre y de la madre (o tutor/a) de reconocer, compartir y dar valor a lo que les preocupa y que quizá no se habían parado a pensar o porque no se les ha escuchado lo suficiente.

Desde el primer momento se puede ayudar a la familia acercándose a ella y acompañándola en su preocupación y en cómo ven lo que le pasa a su hijo o hija, a reconocer la mirada de la familia, generalmente interesada en ayudar a su hijo o hija y basada en la estimación. A lo largo del proceso de valoración diagnóstica también se pueden dar ciertas indicaciones o hacer aclaraciones en lo que el/la terapeuta ve claro a pesar de no tener aún una valoración diagnóstica inicial completada.

Pero hay que tener cuidado porque si nos aceleramos, si queremos decir muchas cosas antes de entender lo que pasa (lo que le pasa al niño/a y lo que pasa en la familia), nuestra intervención puede entorpecer en lugar de ayudar. La familia quiere ayudar a su hijo o hija, pero muchas veces le costará aceptar lo que pasa y este será un proceso en el que debemos ayudarles. Es el proceso de conocer y comprender a su hijo o hija tal como es y aprender cómo tratarlo/a para favorecer su desarrollo. Será un proceso que puede ser largo si el problema es grave o corto si no lo es y la familia desarrolla pronto sus propios recursos.

Este proceso terapéutico de ayuda comienza con la entrevista de acogida y forma parte de todo el proceso de atención hasta que el niño/a se da de baja en el CDIAP.

## En cuanto a los procedimientos

Los CDIAP hacemos protagonistas a los niños/as. No solo trabajamos “para” el niño/a sino “con” el niño/a.

Hay, sin embargo, espacio de mejora para incorporar la voz, la participación y la mirada del niño/a. Tal y como nos dice Gerison Lansdown,<sup>59</sup> todavía se está muy lejos de hacer realidad esta participación en la pequeña infancia a pesar de los avances

---

59. Gerison Lansdown (2005). “¿Me haces caso? El derecho de los niños pequeños a participar en las decisiones que los afectan”. “Cuadernos sobre el Desarrollo Infantil Temprano”. Núm. 36s. La Haya: Bernard van Leer Foundation.

para incorporar la participación de los niños/as en las políticas públicas, la planificación y el funcionamiento de los servicios desde que la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño.

Así nos encontramos con que la acreditación de calidad de los CDIAP de la Red Pública de Cataluña no siempre pone al niño/a en el centro como sujeto de la atención que recibe. Por ejemplo:

---

**Cuando se establece el procedimiento de acogida se dan una serie de indicaciones en relación con la familia, pero en ningún momento de la acreditación se habla de la bienvenida y acogida que se debe dar al niño/a: qué hay que garantizar, cuándo y cómo hacerla en función del momento evolutivo del niño/a, de su realidad, etc.**

En un CDIAP se tiene mucho cuidado de acoger la familia para que pueda ayudar a su hijo o hija a anticipar qué se encontrará cuando venga al servicio, de manera que lo pueda imaginar como un espacio donde podrá jugar, se sentirá acogido/ida, respetado/a y escuchado/a. Sin embargo, siempre hay que preguntarse qué podemos mejorar.

#### **Mejora en el contexto del Modelo**

- Incorporar indicaciones a tener en cuenta en el procedimiento de acogida y bienvenida al niño/a.
- Diseñar, en su caso, apoyos específicos (cuentos, imágenes, etc.).

---

**La acreditación incorpora como un requisito para el CDIAP la incorporación de procedimientos para conocer la satisfacción de las familias respecto del servicio prestado y también para conocer la satisfacción de su personal. Pero no considera la satisfacción del niño/a, aunque un CDIAP trabaja con niños/as hasta los seis años y que los niños/as tienen capacidad para entender y dar su opinión sobre lo que les afecta desde pequeños. Lo que difiere es la forma de interpelarlos en función de su edad, nivel de comprensión y capacidad de comunicación. Y así lo demuestran estudios y experiencias diversas que han incorporado la opinión de niños/as de muy corta edad para abordar temas muy diversos y, incluso, complejos.**

#### **Mejora en el contexto del Modelo con respecto al niño/a**

Incorporar procedimientos y facilitar a los equipos terapéuticos las herramientas que sean necesarias para conocer al final del tratamiento cuál es el grado de satisfacción de los niños/as respecto de la atención que han recibido en el CDIAP. Estas herramientas y procedimientos deberán ser adecuados a cada edad, nivel de comprensión y de comunicación de los niños/as atendidos en un CDIAP.

#### **Mejora en el contexto del Modelo con respecto a la familia**

Además de que en la sala de espera de cada CDIAP las familias dispongan de impresos para expresar sus quejas, propuestas y sugerencias o agradecimientos,

se establecerá un doble sistema para conocer el grado de satisfacción de las familias con la atención recibida:

- En la penúltima visita antes de dar de baja el caso, el/la profesional referente entregará a la familia un **questionario de satisfacción en su idioma** para que lo puedan llenar con privacidad y lo introduzcan en el buzón cuando acudan a la última visita con el CDIAP.

El IMPD debe confeccionar este cuestionario y garantizar que cada CDIAP dispone de cuestionarios traducidos a los idiomas más frecuentes de la población atendida.

La dirección del CDIAP elaborará informes trimestrales y anuales con el análisis cuantitativo y cualitativo de las aportaciones y respuestas contenidas en los escritos recogidos en el “buzón de quejas, propuestas y sugerencias o agradecimientos”, diferenciando las respuestas a los cuestionarios de satisfacción respecto del servicio entregados al final del tratamiento. Estos informes se entregarán al equipo y a la/el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independientes del IMPD.

Además de servir para hacer este análisis, cada cuestionario de satisfacción de un caso concreto se pasará también a la/el profesional referente del caso para su conocimiento y al del equipo interdisciplinario del caso, y será archivado en el expediente físico en soporte papel junto con el resto de la documentación.

- **Anualmente se realizará una encuesta de satisfacción de carácter anónimo.** Se diseñará el procedimiento a seguir a partir de la experiencia en otros servicios sociales donde se han realizado este tipo de consultas y teniendo en cuenta las características específicas de un CDIAP. En cualquier caso, se trata de proponer a las familias contestar con carácter anónimo unas preguntas sobre su satisfacción con la atención recibida.

Con el total de cuestionarios respondidos la empresa contratada para pasar esta encuesta elabora un informe que entrega al IMPD.

---

**En los procedimientos de atención se prevé, en su caso, la firma por parte de las personas responsables del niño/a del protocolo de autorización de uso de imagen (Dirección General de Protección Social), pero no se facilita ninguna indicación respecto a que sea necesario el consentimiento informado (de manera comprensible) y explícito del niño/a para obtener y utilizar fotos o filmaciones de él o ella.**

### **Mejora en el contexto del Modelo**

Incorporar indicaciones sobre el consentimiento informado del niño/a para obtener y utilizar fotos o filmaciones donde salga.



## 4.5. Los espacios interdisciplinarios de trabajo conjunto y de reflexión

---

### Sumario

#### 1. En cada CDIAP

- Reunión del equipo interdisciplinario del servicio
- Sesión clínica
- Supervisión técnica externa
- Jornada de revisión y programación anual

#### 2. Para los dos CDIAP del IMPD, conjuntamente

- El espacio de reflexión ética
- 

En este apartado desarrollamos los espacios presenciales de trabajo interdisciplinario que, en el contexto de este Modelo municipal de los CDIAP del IMPD, consideramos necesarios. De la mano de las tecnologías disponemos también de espacios virtuales de comunicación colectiva, pero entendemos que estos son soportes adecuados que refuerzan, pero no sustituyen, el debate y la toma de decisiones hecha de manera presencial en espacios interdisciplinarios.

En la tercera parte de este documento hemos visto cómo la interdisciplinariedad es una necesidad y un requisito para poder entender e intervenir en una realidad que es compleja; para poder garantizar la integración de las miradas bio-psico-social, para conseguir una visión global e integradora de las necesidades del niño/a y su familia, y del papel que juega el entorno de cada niño/a.

Pero es una necesidad también para evitar que las decisiones se tomen desde las éticas profesional y personal y no desde la ética organizacional, dando paso a la arbitrariedad en tanto que en un mismo servicio y ante una misma situación cada profesional puede dar respuestas diferentes y, por tanto, aquel servicio no procede de manera justa y equitativa.

**Para evitar la arbitrariedad en la prestación del servicio es necesario** que la institución garantice una serie de medidas, una de las cuales es **dotar a los equipos de espacios para la reflexión y el debate y para la toma de decisiones** sobre la propia práctica y sobre los retos que plantea la atención de situaciones a menudo complejas y cambiantes, ante las que hay que garantizar la existencia de criterios compartidos más allá de la aplicación de los protocolos disponibles.

En el contexto de este Modelo se definen como necesarios los siguientes espacios de trabajo interdisciplinario de servicio.

## En cada CDIAP

### Reunión del equipo interdisciplinario del servicio

Participa todo el equipo del servicio.

La convoca y conduce la dirección del CDIAP.

Tiene carácter informativo y también ejecutivo porque, cuando es necesario, se establecen acuerdos que son vinculantes.

Tiene una periodicidad semanal y una duración máxima de tres horas, estructuradas en dos partes claramente diferenciadas:

#### Una parte de **temática general de un máximo de 1 hora** semanal donde se tratarán los temas referidos a los siguientes objetivos:

- **Abordar temas organizativos y de funcionamiento** de interés del equipo o de una parte de él. Por ejemplo, temas de personal, vacaciones, distribución de espacios, propuesta de modificación de criterios generales de asignación de casos, visitas de otros servicios al CDIAP, etc.
- **Compartir información de interés de todo el equipo**, analizarla, recoger la opinión de todos y todas y tomar decisiones de equipo cuando sea necesario.

Este sería el espacio a utilizar, por ejemplo, cuando tras finalizar una formación sea de interés compartir conclusiones y/o materiales que quedan a disposición del resto del equipo del servicio.

- **En cuanto a la intervención comunitaria realizada y los proyectos específicos en marcha:** compartir información de interés para el equipo, informar de demandas o propuestas recibidas para decidir la respuesta a dar como servicio, y plantear aspectos para el debate y/o la toma de decisiones del equipo interdisciplinario del servicio cuando se considere conveniente.
- **En cuanto a los protocolos existentes de articulación del CDIAP con otros servicios del territorio** (CSMIJ, EAP u otros): de manera global valorar cómo han funcionado y hacer propuestas de mejora cuando sea necesario, y analizar situaciones concretas cuando sea pertinente.

#### Una parte de un **máximo de 2 horas** donde se tratarán los temas referidos a los **casos atendidos**. Este espacio diferenciado tendrá como objetivo **analizar y tomar decisiones** respecto de:

- La propuesta que realiza “el equipo interdisciplinario **de cada caso**” al “equipo interdisciplinario **del servicio**” cuando finaliza la valoración diagnóstica inicial y antes de mantener la entrevista devolutiva a la familia sobre:
  - Cuál es la valoración diagnóstica a la que han llegado.
  - Si consideran o no idónea la continuidad de la atención del caso en el CDIAP.
  - Cuál debería ser el plan de atención terapéutica que consideran necesario en ese caso y lo que se considera viable en función tanto de las características del caso como de lo que puede ofrecerle el servicio en cada momento.
- Dudas en la aplicación en casos concretos de los criterios establecidos (y

acordados conjuntamente por los equipos interdisciplinarios de ambos CDIAP) respecto de la asignación de las altas para realizar la valoración diagnóstica inicial (disciplinas que deben participar en cada caso en función de la demanda y la información disponible, y profesionales concretos asignados).

- Propuestas de cambio en el plan de atención terapéutica acordado por “el equipo interdisciplinario **del servicio**” en los casos que lo considere conveniente “el equipo interdisciplinario **del caso**” que esté realizando la intervención de tratamiento.
- Propuesta de puesta en marcha de nuevos grupos terapéuticos no previstos en la programación inicial del servicio.

Estas dos partes de la reunión del “equipo interdisciplinario del servicio” podrán tener lugar de manera consecutiva o, por separado, en días diferentes. También existe la posibilidad de agrupar la parte dedicada a **temática general** en dos horas seguidas con periodicidad quincenal. La parte de la reunión del “equipo interdisciplinario del servicio” referida a **casos atendidos** se realizará siempre con periodicidad semanal.

Estas serán decisiones a tomar en la Jornada de revisión y programación anual del servicio que se explica más adelante en este mismo apartado.

### **Sesión clínica**

Con la participación del equipo terapéutico del servicio.

La convoca y modera la dirección del CDIAP.

Tiene carácter deliberativo para ayudar a pensar, aportar ideas, perspectivas y sugerencias útiles para la intervención en la situación, caso o proyecto que se presenta.

No es un espacio ejecutivo, aunque, excepcionalmente, se puedan establecer acuerdos.

Tiene por objetivo profundizar en un caso concreto, en un proyecto de intervención determinado (grupal/comunitario de prevención primaria o secundaria/comunitario de presencia y participación en la red territorial) o en una situación cuando cualquier miembro del equipo efectúa una demanda de análisis conjunto por parte del “equipo interdisciplinario del servicio” que requiere dedicar más tiempo del disponible en el contexto de la reunión de equipo que acabamos de describir. La sesión clínica se utilizará siempre y cuando se valore que no precisa también la mirada de una persona experta externa (supervisor/a).

Tiene carácter semanal y una duración máxima de una hora.

De ordinario se presenta un único caso, proyecto o situación. Máximo dos.

Es un espacio planificado, lo que significa que:

- Hay que saber con antelación de qué se hablará. Por lo tanto, se comunicará a la dirección del CDIAP el interés por llevar un determinado tema en este espacio.
- Quien lo presenta debe llevarlo preparado.

### Supervisión técnica externa

Con la participación del equipo terapéutico del servicio.

[... Hay que tener en cuenta que en el CDIAP se atiende una franja de edad muy sensible y vulnerable de la vida del niño/a y su familia. Las alteraciones que se dan en el proceso del desarrollo del niño/a pueden generar un gran malestar en toda la familia, malestar que llega a la persona profesional que los atiende. La relación terapéutica que se establece es una experiencia emocional y cognitivamente intensa ya que conecta con el dolor, la angustia y la incertidumbre, así como con la ilusión, el afecto y las capacidades de los niños/as y de las familias. Es importante que los y las terapeutas tengan una actitud empática y cercana, pero sin confundirse con lo que les pasa a los padres y sin reaccionar excesivamente. Los y las terapeutas deben tener la capacidad de mantener la necesaria distancia que asegure la suficiente objetividad y que los y las ayude a entender lo que les está pasando al niño/a y a los padres ...].<sup>60</sup>

Esta realidad hace imprescindible la incorporación de espacios de aprendizaje y reflexión compartida, de mecanismos de reflexión conjunta para asegurar la eficiencia técnica, ya que cualquier profesional, independientemente de su veteranía y experiencia, está expuesto/a a la subjetividad, a la afectación, a la excesiva implicación, al desgaste e impacto personal, o a otras dificultades técnicas.

La supervisión técnica externa se concreta en una mirada externa desde un saber profesional reconocido que trabaja desde una posición de fuera de la organización para dar elementos para resituar a la/el profesional en su relación asistencial, y al equipo de profesionales en su evolución en torno a las intervenciones con las personas atendidas (individual y/o grupal).

La supervisión externa es un espacio de aprendizaje y reflexión compartida que:

- Ayuda a cada profesional y al equipo interdisciplinario del servicio a salir de su subjetividad (ayuda a analizar la tarea en la que están implicados/as).
- Ayuda a expresar las dificultades e interrogantes, y a poner límites.
- Aporta elementos para desbloquear situaciones de cronicidad y multiintervención.
- Orienta sobre nuevas vías de intervención técnicas, metodológicas y/o de enfoque del caso y/o de la dinámica grupal. No aporta soluciones ni toma de decisiones.
- Facilita la construcción de una cultura técnica común.

En el contexto de este Modelo se establecen dos tipos de supervisión:

- **Supervisión de casos:** se trata de un espacio plenamente consolidado en los CDIAP del IMPD que tiene una periodicidad mensual (once meses al año) con una duración por sesión que oscila entre un mínimo de 90 minutos y un máximo de 2 horas.
- **Supervisión de la intervención grupal:** este espacio de supervisión se crea de nuevo en un momento en que la intervención grupal está plenamente consolidada en ambos CDIAP. Se garantizarán un máximo de 20 horas anuales. También se

---

60. Rafael Villanueva Ferrer (2017). "Marc teòric de referència que orienta l'atenció que proporcionen els nostres CDIAP de l'IMPD". Documento elaborado en el contexto del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD.

podrán realizar supervisiones compartidas entre ambos CDIAP por proyectos o por tipología de proyectos, o por cualquier otro criterio en función de los intereses y necesidades de los y las profesionales responsables de los grupos.

Esta supervisión no tendrá carácter periódico sino que estará centrada en momentos concretos que cada CDIAP determine, o en función de dificultades surgidas a lo largo de la intervención y que se valore que la supervisión técnica externa puede aportar elementos útiles para abordarlas.

Uno de los aspectos al que apoyará esta supervisión es el sistema de evaluación de procesos y de resultados de la intervención grupal aplicada a cada proyecto grupal concreto.

### **Jornada de revisión y programación anual**

Con la participación de todo el equipo del servicio.

Se lleva a cabo la última semana de junio en horario de mañana y tarde (9,30 a 18,30 horas). Conlleva el cierre del servicio ese día.

La convoca y conduce la dirección del CDIAP conjuntamente con la/el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente del IMPD.

Tiene carácter ejecutivo ya que el análisis y la información que se comparte está orientada a la toma de decisiones. Las prioridades de futuro que se definan en las conclusiones de la Jornada se elevarán por la vía de mando al o la jefe de Coordinación y Estrategia del IMPD para su aprobación.

El objetivo de esta jornada es valorar “dónde estamos y qué hemos hecho” en el último año y “qué queremos hacer y dónde queremos llegar” en el siguiente período anual, y decidir cuáles serán las prioridades y actuaciones que se quieren proponer a partir del análisis de la información previamente seleccionada a tal fin.

Tiene la misión de aportar una visión global en el contexto de un año a partir del análisis de la información sistematizada para objetivar los aspectos que lo requieren.

Se empieza a preparar en el mes de marzo/abril y en su preparación participa todo el equipo.

### **La estructura de la jornada debe responder a las siguientes cuestiones:**

---

I. El territorio: algunos datos clave para una visión global en relación con la población potencial y población atendida, servicios derivadores y accesibilidad.

---

#### **II. En cuanto al equipo**

- **Quiénes somos:** dotación actual del equipo en el período analizado.
- **Quiénes seremos:** el equipo previsto para el próximo año.

---

### III. En cuanto a la actividad

- ¿Qué hemos hecho?
  - Descripción global:
    - » Intervención individualizada/familiar.
    - » Intervención grupal.
    - » Intervención comunitaria de prevención primaria y secundaria.
    - » Intervención comunitaria de presencia y participación en la red territorial y sectorial de servicios.
  - ¿Qué valoración hacemos?: identificación de los principales puntos fuertes y puntos débiles.
- ¿Qué queremos hacer y dónde queremos llegar?
  - ¿Qué queremos mejorar?
  - ¿Qué incorporamos, incrementamos o potenciamos de las prioridades que define el Modelo municipal?
  - ¿Qué intervención grupal proponemos realizar el próximo curso (continuidad/innovación)?
  - ¿Qué intervención comunitaria proponemos realizar el próximo período (continuidad e innovación):
    - » De prevención primaria y secundaria.
    - » De presencia y participación en la red territorial y sectorial de servicios.

---

### IV. En cuanto a la organización interna del servicio

- ¿Qué queremos mejorar de cara al próximo período anual?
  - Respecto del proceso de atención y lo establecido en los estándares de una gestión de calidad de la acreditación y del Modelo municipal.
  - Respecto del trabajo en equipo:
    - » Para facilitar el trabajo en equipo interdisciplinario de los casos y de los proyectos grupales y comunitarios.
    - » Los espacios del equipo interdisciplinario del servicio.
    - » La supervisión técnica externa (continuidad/innovación).
  - Respecto de otros temas organizativos que sean necesarios en cada momento (horarios, etc.)

Las conclusiones de la Jornada con las propuestas de mejora que se quieren implementar, y que habrá que elevar por la línea de mando del IMPD para su aprobación, se recogerán por escrito para garantizar la memoria sobre los acuerdos tomados.

### La preparación previa de la Jornada

- Período de preparación de la Jornada: segundo trimestre del año (abril-junio).

- Como base para el análisis de cada jornada se utilizará, entre otras, la siguiente documentación:
  - Memoria anual enviada a la Generalitat a partir de la aplicación informática e-UCCAP.
  - Los datos de los “Indicadores para Dirección y Gerencia” de explotación automatizada de la e-UCCAP.
  - “El Territorio. Datos sobre la población potencial y la población atendida, los servicios derivadores y la accesibilidad al servicio” del año anterior, elaborado por el Departamento de Investigación y Evaluación del Área de Derechos Sociales.
  - “Intervención grupal y comunitaria en los CDIAP del IMPD” elaborado en el primer trimestre del curso ya finalizado en el momento de celebrar la Jornada.
  - Informe anual elaborado por la dirección de cada CDIAP sobre “La opinión de las personas del equipo: propuestas de continuidad y propuestas de mejora del servicio”.<sup>61</sup>
  - Informes anuales de satisfacción de las familias atendidas: elaborado por la dirección de cada CDIAP a partir de las respuestas obtenidas en el cuestionario que se entrega al final del tratamiento y el informe elaborado por la empresa contratada una vez al año para pasar un cuestionario voluntario y anónimo de satisfacción a la salida de cada CDIAP.<sup>62</sup>
  - Informe bianual sobre el “Grado de satisfacción en el servicio de las personas del equipo” elaborado por el Departamento de Planificación y Evaluación del IMPD a partir de las respuestas obtenidas en el cuestionario enviado cada dos años con esta finalidad.<sup>63</sup>

Esta documentación debe servir de base para objetivar el análisis no solo respecto de “dónde estamos y qué hemos hecho”, sino sobre cuáles deben ser las prioridades para el curso siguiente o, dicho en otras palabras, “qué queremos hacer y adónde queremos llegar”.

- La preparación de la jornada debe ser conducida por la dirección del centro y en ella participará todo el equipo, ya sea a través de comisiones de trabajo o de la metodología que se determine.

## Para los dos CDIAP del IMPD, conjuntamente

### El espacio de reflexión ética

Es necesario disponer de un espacio de reflexión ética respecto de nuestra intervención y respecto de los retos que plantea una realidad a menudo compleja y pluralmente moral en la que hay que afrontar dilemas, dudas y conflictos también desde una perspectiva ética.

---

61. Véase el apartado “La opinión de las personas que integran los equipos” en este mismo capítulo.

62. Véase el apartado “Estándares y procedimientos de calidad que queremos mejorar” en este mismo capítulo.

63. Véase el apartado “La opinión de las personas que integran los equipos” en este mismo capítulo.

Se trata de un espacio que aporta herramientas para una atención más justa y equitativa. Es por este motivo que se pone en marcha este espacio por primera vez y que se dirige de manera conjunta a ambos CDIAP para contribuir a la construcción y el fortalecimiento de una ética organizacional compartida.

En el sistema catalán de servicios sociales existen “espacios de reflexión ética” desde hace algunos años en el ámbito de las personas mayores y también de los servicios que forman parte del sistema de protección a la infancia y la adolescencia (EAIA, CRAE, etc.).

Un espacio de reflexión ética **es**:

- Un espacio de reflexión entre iguales.
- En el que se abordan temas diversos siempre desde la perspectiva de la ética: situaciones que generan dilemas éticos, problemas o dificultades de límites entre diferentes profesionales, o también que sirven para anticipar cómo gestionar determinados conflictos antes de que se produzcan.
- Se busca contribuir a la construcción y al fortalecimiento de una ética organizacional, rompiendo con ciertas visiones personales acríticamente asumidas. Se gestiona la arbitrariedad sin dejar nunca sola a la persona profesional.
- Las personas que participan lo hacen por voluntad propia y después de recibir una formación previa de 20 horas, donde se enseña el método de la deliberación, entre otros aspectos. Quien participa asume un doble compromiso: la asistencia y la preparación de las sesiones que, en principio, serán trimestrales.
- Está constituido por un mínimo de 5 personas.
- Tiene carácter interdisciplinario: puede participar quien lo desee pero debe ser interdisciplinario y que la diversidad de figuras y disciplinas esté reflejada en el tipo de servicio de que se trate.
- Estos espacios cuentan con una estructura con dos figuras que tienen funciones diferenciadas: la presidencia y la secretaría, ya que hay que recoger las aportaciones y reflexiones que se realicen.

Un espacio de reflexión ética **no es**:

- Una supervisión técnica realizada por una persona experta externa. En el espacio de reflexión ética el papel de la persona externa –cuando la hay, como así lo queremos en nuestro caso– consiste en aportar su saber respecto del método de la deliberación y de la mirada ética respecto de lo que motiva la reflexión y el debate colectivo. No tiene por qué tener experiencia en el tipo de situaciones objeto de la atención de aquel servicio.

Son espacios de reflexión diferentes y complementarios.



## 4.6. Los espacios de coordinación y de reflexión por perfil profesional

Disponer de espacios interdisciplinarios de trabajo conjunto y de reflexión no es suficiente. Hay que fortalecer también los espacios de coordinación y de reflexión por perfil profesional. Y esto por varias razones:

### En cuanto al equipo terapéutico del CDIAP

En el contexto de este Modelo entendemos por equipo terapéutico el integrado por las disciplinas del trabajo social, neuropsiquiatría, logopedia, fisioterapia, psicología, psicomotricidad y terapia ocupacional.

### **Trabajar con una metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario requiere, entre otros, fortalecer la propia disciplina para fortalecer al equipo aportando esta mirada específica:**

El Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y el IMPD establece que todas las actuaciones en los ámbitos de la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos en el desarrollo, de la crianza y de la prevención de situaciones de riesgo [... serán realizadas con la metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario ...].

La interdisciplinariedad no es suficiente para poder asegurar la integración de las miradas bio-psico-social. Hay que lograr, además, la transdisciplinariedad. Un rasgo definitorio de la atención precoz es justamente que requiere que se trabaje en equipo interdisciplinario pero, al mismo tiempo, también es necesario que cada profesional y disciplina del equipo de un CDIAP incorpore conocimientos del resto de disciplinas y profesionales para lograr una atención lo más global posible.

Es cierto que existe el riesgo de confusión entre roles de disciplinas diferentes. Por eso hay que estar alerta para evitar que el ejercicio de la transdisciplinariedad pueda llevar a la indiferenciación entre disciplinas. Es por ello que uno de los retos al utilizar la metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario es fortalecer la propia disciplina para fortalecer al equipo interdisciplinario aportando esta mirada específica.

### **En el equipo interdisciplinario hay disciplinas que cuentan con un/a único/a profesional:**

Cuando esto ocurre es más difícil asegurar la especificidad de la mirada de aquella disciplina que acabamos de reclamar y, al mismo tiempo, puede resultar más complicado hacer oír su voz en un equipo donde la mayoría de las disciplinas cuentan con dos o más profesionales.

Ciertamente los argumentos y la especificidad que aporta cada disciplina ante un caso o una situación concreta no deberían estar condicionados por el número de profesionales que la ejercen, pero tanto la transdisciplinariedad como las dinámicas de un equipo numeroso como los que los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris

necesitan, pueden significar una dificultad añadida para asegurar la mirada específica de la propia disciplina cuando esta es ejercida por un/a único/a profesional.

### En cuanto a las otras figuras que integran el equipo del CDIAP: personal administrativo y dirección

En este caso no se trata de asegurar la especificidad de una disciplina, sino del encargo y funciones específicas que debe desarrollar cada una de estas figuras en el seno del equipo del CDIAP y de su encaje en el funcionamiento del equipo.

Y también de facilitar una mirada conjunta y homogénea en el ejercicio de las funciones propias del puesto de trabajo en tanto que ambos CDIAP están adscritos al IMPD y asegurarán unos criterios y procedimientos que deben ser homogéneos, respetando el grado de autonomía necesario a cada servicio con el fin de adecuarse a la idiosincrasia de cada territorio y al estilo de cada equipo.

Por todas estas razones, en el contexto de este Modelo, hay que asegurar que cada miembro del equipo de nuestros CDIAP cuenta también con espacios de coordinación y de reflexión por perfil profesional.

Se pueden aprovechar espacios ya existentes, sea en el seno de la Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP) o de los respectivos colegios profesionales cuando estos espacios están referidos al ejercicio de aquella disciplina en el contexto específico de un CDIAP.

Y cuando estos espacios no existen o cuando se considere conveniente se pueden crear entre ambos CDIAP.

La participación en estos espacios tendrá una periodicidad máxima mensual y mínima trimestral.

## 4.7. Construcción de una cultura técnica común entre ambos CDIAP

Ambos CDIAP deben compartir una cultura técnica común y, al mismo tiempo, tener la autonomía suficiente que pueda establecer diferencias entre ambos.

Es necesario disponer de una autonomía suficiente por dos razones:

- La idiosincrasia de Ciutat Vella y de Nou Barris, tanto con respecto a las características y necesidades de la población, como de la red de servicios existente y de las características de cada territorio, marca diferencias significativas entre los

dos distritos, que definen requerimientos y estrategias de intervención también diferentes en cada CDIAP.

- El equipo humano de cada CDIAP termina definiendo estilos propios que hay que respetar.

Y **construir una cultura técnica común es una exigencia** también por dos razones:

- Ambos CDIAP dependen del IMPD, que es el organismo titular de su gestión. **Se trata de un único servicio con dos territorios diferentes de prestación.**
- Ambos forman parte de la Red Pública Catalana de CDIAP y, por tanto, deben seguir unos determinados procedimientos y cumplir unos determinados estándares de calidad que buscan la homogeneidad necesaria que garantice un criterio de equidad en la atención dispensada a los niños/as y familias definidas como población diana.

Teniendo en cuenta que en los últimos años el elemento claramente dominante ha sido la autonomía de cada servicio que ha diferenciado el funcionamiento entre ambos CDIAP, **una prioridad de este Modelo es promover la existencia de una cultura técnica compartida construida conjuntamente entre ambos CDIAP con el objetivo de equilibrar los dos requisitos.**

### ¿De qué hablamos?

Al hablar de **cultura “técnica”** hacemos referencia tanto a aspectos metodológicos de la intervención como al funcionamiento y organización de los servicios, entre otros aspectos a considerar.

Por **“equipo”** entendemos todas las personas que integran el servicio:

- La dirección.
- El personal administrativo que presta atención desde la recepción.
- Los y las profesionales que prestan atención terapéutica desde las disciplinas del trabajo social, neuropsiquiatría, logopedia, fisioterapia, psicología, psicomotricidad y terapia ocupacional.

Para que exista una cultura técnica común entre ambos CDIAP es necesario, entre otros:

- Acordar conjuntamente criterios de atención y revisarlos siempre que sea necesario.
- Compartir información sobre su intervención.
- Compartir determinados espacios de formación permanente.
- Disponer de algunos espacios conjuntos de reflexión y debate.

El camino para lograrlo puede ser diverso y, desde un punto de vista organizativo y de funcionamiento, se puede concretar de muy diversas formas. No procede aquí acotar cuáles deben ser, pero sí definir qué mínimos deberán garantizarse.

## Los mínimos que hay que garantizar

Además de la creación de un “espacio compartido de reflexión ética” ya mencionado en un apartado anterior, **cada año se deberá realizar:**

### Jornada anual conjunta

Con la participación de los equipos de ambos CDIAP.

Se realiza en el mes de diciembre de cada año en horario de mañana y tarde (9,30 a 18,30 horas). Conlleva el cierre del servicio ese día, con la notificación previa a la Generalitat, las familias y los servicios que corresponda.

La organiza, convoca y conduce la/el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente, conjuntamente con las direcciones de ambos CDIAP.

La presenta o cierra el/la gerente del IMPD y a ella asiste la/el jefe del Departamento de Estrategia y Coordinación.

Los objetivos de esta jornada son:

- Analizar conjuntamente cuan cerca o lejos estamos de la plena implementación del Modelo.
- Valorar “dónde estamos y qué hemos hecho” en el último año y cuáles son las prioridades para el año siguiente comunes a ambos CDIAP.
- Revisar y modificar, en su caso, los criterios de designación de las disciplinas y profesionales concretos que conformarán el equipo interdisciplinario de cada caso en las fases de valoración diagnóstica inicial y de tratamiento dentro del proceso de atención terapéutica.
- Revisar, cuando sea necesario, procedimientos y estándares definidos en la acreditación para una gestión de calidad de los CDIAP y proponer medidas de mejora, en su caso.
- Revisar y modificar, en su caso, el funcionamiento establecido en lo que debe ser común a ambos CDIAP.
- Proponer la formación común a realizar el año siguiente que habrá que diseñar “a medida” de los intereses, necesidades y características de nuestros dos CDIAP.

Esta Jornada se empieza a preparar el mes de septiembre, una vez realizadas las Jornadas anuales de revisión y programación de cada CDIAP (en junio) y cuando las propuestas resultantes hayan sido aprobadas por la línea de mando del IMPD.

### Formación conjunta hecha “a medida” de nuestros dos CDIAP

Cada año se realizará, al menos, una formación diseñada a medida de las necesidades, intereses y características de los equipos de nuestros dos CDIAP con el doble objetivo de contribuir a la construcción de una cultura técnica común entre ambos servicios, pero también dentro del equipo de cada CDIAP.

Esta formación se diseñará en función de las propuestas recogidas en la Jornada anual conjunta y de las prioridades definidas por el IMPD.

Esta formación anual conjunta entre los equipos de ambos CDIAP deberá garantizar los siguientes requisitos:

- Se garantizarán un mínimo de 20 horas y un máximo de 30 horas anuales de formación conjunta hecha “a medida” para los dos CDIAP.
- Debe ser una formación centrada en temas de interés transversal para el conjunto del equipo de cada CDIAP, que ayude a incorporar o consolidar metodologías, procedimientos y criterios de actuación en la atención proporcionada a la ciudadanía y en el funcionamiento general de los CDIAP.

Si un año la formación está más centrada en temas de interés transversal de una parte de los equipos, pero no de su conjunto, se garantizará que haya contenidos donde se haga un planteamiento global del tema que sea de interés transversal de todos.

En los años 2017 y 2018 se ha abordado “Violencia machista y atención precoz. Cómo intervenir desde el contexto de un CDIAP “. En 2019 se trabajará sobre “Motivación y creación de demanda en las personas atendidas cuando la valoración diagnóstica de necesidad va más allá del motivo de demanda de atención”.

- Se garantizarán dos turnos diferentes para no cerrar los servicios.
- Se garantizará la presencia equilibrada de personal de ambos equipos en cada turno para que realmente esta formación contribuya a crear una cultura técnica común entre ambos CDIAP.
- El material facilitado o generado se guardará en una carpeta específica en la “Z” de cada CDIAP para facilitar su consulta, tanto al personal que lo haya realizado como a nuevas incorporaciones.

### **Documento anual sobre “La intervención grupal y comunitaria a realizar por los CDIAP del IMPD durante el período de ese curso escolar”**

Este documento se elabora el último trimestre del año (que es el primero de cada curso escolar) y se hace público en noviembre/diciembre de cada año.

Recoge y explica toda la intervención grupal, la intervención comunitaria de prevención primaria y secundaria, y la intervención comunitaria de presencia y participación en las redes territoriales y sectoriales de servicios, que en la Jornada de valoración y programación anual de cada CDIAP se ha decidido realizar a lo largo del siguiente período de curso escolar (septiembre-junio/julio).

Este documento:

- Explica la utilidad que tiene la intervención grupal en la atención terapéutica con niños/as y familias, y la necesidad de la intervención comunitaria con y en el entorno.

- Dimensiona, en tanto que proporciona información cuantitativa.
- Describe brevemente en qué consiste cada intervención, ya sea grupal o comunitaria.

Tiene por objetivos:

- Ofrecer una visión global del conjunto de la intervención grupal y comunitaria realizada por ambos CDIAP.
- Informar a cada CDIAP de lo que hace el otro para generar ideas y abrir posibilidades.
- Contribuir a consolidar y promover la intervención grupal con niños/as y familias, y la intervención comunitaria con el entorno en la cultura técnica común de ambos CDIAP.
- Informar a los servicios del territorio de la intervención que se lleva a cabo.

Lo coordina la/el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente y lo elaboran las direcciones de cada CDIAP a partir de las fichas de programación entregadas por los respectivos equipos terapéuticos.

Se entrega a:

- En el IMPD: la o el jefe de del Departamento de Estrategia y Coordinación y a las personas técnicas de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris del Departamento de Promoción y Apoyo.
- La Red de CDIAP de Barcelona.
- La persona responsable de la Red Pública de CDIAP de Cataluña de la Generalitat.
- Los servicios del territorio con los que se tienen protocolos de articulación en marcha o el objetivo de establecerlos.

## 4.8. Espacios estables de articulación de nuestros CDIAP con determinados servicios de los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales

En el contexto de este Modelo se promoverá de manera proactiva el establecimiento de protocolos de articulación de nuestros CDIAP con los siguientes servicios:

### Del ámbito de la salud

- Entidades o empresas gestoras de los centros de atención primaria (CAP) y áreas básicas de salud (ABS) del distrito.
- CSMIJ.

- **Hospital de referencia** del distrito en cuanto a los departamentos o servicios de neonatología, neuropediatría, psiquiatría infantil, rehabilitación, y de obstetricia y ginecología.

### Del ámbito de la educación

- **Equipo de asesoramiento psicopedagógico (EAP).**
- Con el **equipo de atención especializada a las especiales necesidades (EAEEN)** del alumnado de las guarderías del IMEB de ambos distritos.

### Del ámbito de los servicios sociales

- Dirección territorial de Servicios Sociales a la que están adscritos los **centros de servicios sociales (CSS)** de cada distrito.
- Dirección territorial del **EAIA** o de los EAIA del distrito.

Los **objetivos generales**, más allá de las diferencias derivadas de las características específicas de cada protocolo, son:

- Garantizar el trabajo en red entre ambos servicios para compartir y construir conjuntamente una mirada y una atención más global respecto de las necesidades y de la intervención que requieren determinados niños/as y familias.
- Establecer los circuitos y procedimientos de derivación<sup>64</sup> entre ambos servicios siempre que sea necesario.

### Características de estos protocolos

- Incorporan los logos de las instituciones que lo firman: IMPD y la que corresponda en cada caso.
- El liderazgo por parte del IMPD en el proceso de propuesta y de construcción de cada protocolo es asumido por la o el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente, que debe velar por la coherencia entre los protocolos de articulación establecidos en los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris con la misma tipología de servicios, conjuntamente con la dirección del CDIAP de cada territorio.
- En el proceso de construcción y en el seguimiento posterior de cada protocolo, una vez aprobado por las partes e iniciada la implementación, se recogerán y tendrán en cuenta las aportaciones del equipo interdisciplinario del servicio de cada CDIAP mediante los mecanismos que en cada caso se establezcan.

---

64. **Derivación:** es el acto de remitir una persona atendida a otro equipo profesional para ofrecerle una atención complementaria o una continuidad asistencial. Es un procedimiento que implica a tres partes: quien deriva, la persona atendida y el/la receptor/a de la derivación. Las razones que llevan a la derivación y lo que de ella se espera debe ser compartido por todos los implicados. Derivar implica, por tanto, no solo informar sino también motivar a la familia para que solicite demanda de atención al servicio receptor de la derivación.

- Cada protocolo definirá el sistema y procedimiento periódico y estable de seguimiento y evaluación de su implementación para identificar lo que funciona y da los resultados esperados y lo que requiere medidas de mejora que hay que acordar e incorporar.

Por parte del CDIAP la figura de la dirección será responsable de hacer el seguimiento de la implementación de cada protocolo y formará parte de la comisión interservicios que se cree a tal fin y que se reunirá con la periodicidad que se determine en cada protocolo. La/El jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente del IMPD formará parte de la instancia encargada de realizar esta evaluación con carácter anual.

- Una vez aprobado cada protocolo, se podrá hacer público en los espacios comunitarios de trabajo en red interservicios existentes en cada distrito y en las instancias que cada servicio firmante determine.

En el IMPD la/el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente informará a las técnicas y técnicos del Departamento de Promoción y Apoyo de los distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris de que se está elaborando cada protocolo, cuándo se aprueba y en qué fecha se inicia su implementación.

## 4.9. Colaboración con la realización de prácticas de alumnado de másteres y posgrados

En el contexto de este Modelo interesa fomentar la colaboración con las universidades y otras instituciones que organizan másteres y posgrados útiles en el ámbito de la atención precoz ofreciendo plazas de prácticas a nuestros CDIAP.

Se valora que el balance entre los beneficios obtenidos y la inversión necesaria de tiempo de dedicación al alumnado en prácticas por parte de las personas profesionales que sean tutoras es claramente positivo para ambas partes.

Facilitar la realización de prácticas de este alumnado en nuestros CDIAP:

- Es una vía para actualizar o incorporar herramientas, metodologías y/o conocimientos útiles en la práctica diaria de los CDIAP.
- Nos obliga a explicar lo que hacemos y a argumentarlo. Implica reflexión y ordenación para poder transmitir, lo que ayuda a reflexionar sobre la propia práctica.
- Obtenemos una mirada ajena que nos interpela con sus preguntas obligándonos a reflexionar sobre lo que ya tenemos incorporado como si fuera evidente.

Por otra parte, entendemos que también debemos asumir la responsabilidad de contribuir a formar a profesionales que, si ejercen en el campo de la atención precoz, tendrán una preparación más sólida para proporcionar una atención eficaz y de calidad a niños/as y familias.



## 4.10. La opinión de las personas que integran los equipos

Además de los espacios de equipo que se han mencionado anteriormente, se garantizarán mecanismos para que cada persona del equipo pueda expresar la opinión sobre el servicio y el grado de satisfacción sobre este.

### La entrevista individual anual

---

#### **Objetivos:**

- Conocer la opinión de cada persona del equipo sobre el servicio en relación con:
  - El funcionamiento interno.
  - La atención que proporciona.
  - El grado de adecuación del servicio que proporciona el CDIAP respecto de las necesidades y características de la población diana de aquel distrito.
  - La interacción del CDIAP con la red de servicios del territorio.
- Recoger sus propuestas de mejora.
- Conocer su grado de satisfacción en el servicio.
- Otros aspectos que, de manera libre, quiera expresar la persona entrevistada.

---

#### **Quién realiza las entrevistas:**

La dirección del CDIAP.

---

#### **Cuándo:**

Durante el primer trimestre de cada año.

---

#### **Devolución al equipo:**

Una vez finalizadas todas las entrevistas, la dirección del CDIAP elaborará un informe sobre “La opinión de las personas del equipo: propuestas de continuidad y propuestas de mejora del servicio”, donde reflejará el conjunto de opiniones recogidas en cada uno de los temas abordados en relación con el servicio, garantizando el anonimato respecto de quien ha expresado cada opinión.

Este informe se entregará a todas las personas y será motivo de análisis y de debate en una reunión de equipo interdisciplinario del servicio. Igualmente formará parte de la documentación que se utilizará como base para el análisis y el debate que tendrá lugar en la Jornada de revisión y programación anual que se celebrará en junio de ese año.

## Cuestionario de satisfacción en el servicio

---

### **Objetivo:**

Conocer el grado de satisfacción de todas las personas miembros del servicio.

---

### **Quién lo realiza:**

El Departamento de Planificación y Evaluación del IMPD.

---

### **Carácter:**

Voluntario y anónimo.

---

### **Periodicidad:**

Bianual.

---

### **Cómo:**

Mediante un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas que cumplimentará cada persona del equipo de cada CDIAP.

---

### **Cuándo:**

Abril/mayo cada dos años.

---

### **Devolución al equipo:**

Una vez respondidos todos los cuestionarios, el Departamento de Planificación y Evaluación elaborará un informe sobre el “Grado de satisfacción en el servicio de las personas del equipo”, donde especificará el número de personas de cada CDIAP que la han contestado y el porcentaje que representa respecto del número total que integra cada equipo.

Este informe se entregará a todas las personas y será motivo de análisis y de debate en una reunión de equipo interdisciplinario del servicio. Igualmente formará parte de la documentación que se utilizará como base para el análisis y el debate que tendrá lugar en la Jornada de revisión y programación anual que se celebrará en junio de ese año.

## 4.11. Ratios de personal

---

Sumario

1. **Criterios a considerar para la definición de las ratios de personal**
  2. **Frecuencia asistencial media en la atención de los niños/as**
  3. **Otros criterios a considerar para la definición de las ratios de personal**
  4. **Distribución de las ratios de personal entre ambos CDIAP**
  5. **Las ratios del Modelo. Cuadro con las ratios totales de personal, por perfil profesional y por CDIAP**
- 

Partimos de una constatación:

---

Con las ratios de personal actuales no podemos:

- Garantizar plenamente lo establecido en la normativa legal vigente. Por ejemplo, ambos CDIAP estamos actualmente por debajo del estándar de frecuencia asistencial media en la atención de los niños/as, así como en otros aspectos establecidos en la normativa legal vigente que regula los servicios de atención de la Red Pública de CDIAP de Cataluña.
  - Implementar las mejoras definidas en este Modelo municipal.
- 

Es por ello que este apartado tiene como objetivo definir la ratio de personal con la que hay que dotar a los CDIAP del IMPD.

### 1. Criterios a considerar para la definición de las ratios de personal

**En relación con el total de profesionales y horas de dedicación en el conjunto de ambos CDIAP:**

- Frecuencia asistencial media en la atención de los niños/as definida en la normativa legal vigente.
- El encargo que la normativa legal vigente traslada a los CDIAP.
- Las mejoras que este Modelo municipal introduce en el cumplimiento de este encargo.

### **En relación con la distribución de profesionales y horas de dedicación entre ambos CDIAP:**

- Proporción de población diana correspondiente a cada distrito en el conjunto de la población potencialmente usuaria de Ciutat Vella y de Nou Barris, una vez aplicado el estándar definido por la Generalitat de Catalunya.

## **2. Frecuencia asistencial media en la atención de los niños/as**

[... “Se garantizarán profesionales terapeutas suficientes para que la frecuencia asistencial media en la atención de los niños/as quede situada entre 0,8 y 1,2 horas semanales” ...].

(Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011, aún vigente, y Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz a los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris.)

Y añade: [... El cálculo de este indicador se realiza mediante la siguiente operación aritmética: horas anuales financiadas por el ICASS/número de niños/as atendidos anualmente/43 semanas de atención ...].

Con este cálculo el resultado de los últimos años supone una frecuencia asistencial media inferior a la establecida debido a un desequilibrio importante entre recursos profesionales y demanda de atención. Así, en los años 2016 y 2017:

---

#### **2016:**

- CDIAP EIPI Ciutat Vella: 0,70 horas a la semana por niño/a atendido.
- CDIAP EIPI Nou Barris: 0,71 horas a la semana por niño/a atendido.

---

#### **2017:**

- CDIAP EIPI Ciutat Vella: 0,65 horas a la semana por niño/a atendido.
- CDIAP EIPI Nou Barris: 0,60 horas a la semana por niño/a atendido.

La Unión Catalana de Centros de Atención Precoz (UCCAP), que integra a la casi totalidad de los CDIAP de la Red Pública de Cataluña y a la que el IMPD está asociado, en un informe de 2013 plantea a la Generalitat un cálculo diferente para poder estimar el número de horas necesarias para garantizar la frecuencia asistencial media:

- Frecuencia 1,2 horas semana: número de niños/as atendidos x 43 semanas x 1,2 horas/semana.

- Frecuencia 0,8 horas semana: número de niños/as atendidos x 43 semanas x 0,8 horas/semana.

(Fuente: “Presentación en la Mesa Técnica de Atención Precoz de la Metodología de trabajo de la propuesta de la UCCAP, de distribución de horas a concertar”. Junio de 2013.)

En el contexto de este Modelo utilizaremos el cálculo propuesto por la UCCAP, pero sobre el número de niños/as de la población diana<sup>65</sup> que resultan de aplicar el estándar definido por la Generalitat de Catalunya y que define la población potencial de niños/as que se estima que necesitan la atención precoz proporcionada por un CDIAP.

Y si tenemos en cuenta que la frecuencia asistencial media en la atención de los niños/as se refiere exclusivamente a las horas de los y las profesionales que proporcionan atención terapéutica, las horas que resulten de este cálculo estarán referidas exclusivamente a los perfiles de: trabajo social, neuropediatría, fisioterapia, logopedia, psicología y psicomotricidad. No estarán referidos al perfil de terapia ocupacional ya que durante los años 2016 y 2017, que utilizamos de referencia para efectuar los cálculos, este perfil no formaba parte de los equipos de nuestros CDIAP.

Así, tenemos:

Tabla.

Año	CDIAP EIPI Ciutat Vella	CDIAP EIPI Nou Barris
<b>2016</b>	353 niños/as de población diana x 43 semanas x 0,8 h de frecuencia asistencial = <b>12.143,20 horas/año</b>	643 niños/as de población diana x 43 semanas x 0,8 h de frecuencia asistencial = <b>22.119,2 horas/año</b>
	353 niños/as de población diana x 43 semanas x 1,2 h de frecuencia asistencial = <b>18.214,80 horas/año</b>	643 niños/as de población diana x 43 semanas x 1,2 h de frecuencia asistencial = <b>33.178,8 horas/año</b>
<b>2017</b>	353 niños/as de población diana x 43 semanas x 0,8 h de frecuencia asistencial = <b>12.143,20 horas/año</b>	654 niños/as de población diana x 43 semanas x 0,8 h de frecuencia asistencial = <b>22.497,6 horas/año</b>
	353 niños/as de población diana x 43 semanas x 1,2 h de frecuencia asistencial = <b>18.214,80 horas/año</b>	654 niños/as de población diana x 43 semanas x 1,2 h de frecuencia asistencial = <b>33.746,4 horas/año</b>

65. Población diana. Se considera que el 7,5% de los niños de 0 a 5 años y 11 meses requiere atención precoz por parte de un CDIAP. Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 (vigente). Y así se recoge en los estándares de calidad fijados para la acreditación de una gestión de calidad de los CDIAP de la Red Pública de Cataluña definida por la Generalitat de Catalunya (“Acreditación de los Servicios de Atención Precoz. Manual de estándares” Anexo 1. Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya).

Si consideramos los dos CDIAP, el total de horas que hubieran sido necesarias en los años 2016 y 2017 de profesionales del trabajo social, neuropediatría, fisioterapia, logopedia, psicología y psicomotricidad hubieran sido:

Tabla.

Año	Frecuencia asistencial 0,8 h/semana	Frecuencia asistencial 1,2 h/semana
<b>2016</b>	34.262,4 horas/año	51.393,6 horas/año
<b>2017</b>	34.640,8 horas/año	51.961,2 horas/año

### 3. Otros criterios a considerar para la definición de las ratios de personal

Dos son los criterios a considerar que tienen también un impacto directo en el volumen de horas de profesionales necesarios en cada CDIAP:

#### **La normativa legal vigente establece que los servicios de atención precoz:**

- Incluyen también la etapa prenatal y, por tanto, los CDIAP deben atender a familias de niños/as no nacidos y, por tanto, no atendidos directamente.
- Los CDIAP deben intervenir con el entorno significativo de cada niño/a más allá de sus familias y realizar funciones de prevención primaria y secundaria en coordinación con los servicios de salud, educación y otros servicios sociales. Este encargo se traduce en proyectos específicos de prevención que no son atribuibles a unos niños/as concretos.

#### **Las mejoras que este Modelo municipal introduce en el cumplimiento de este encargo.**

Estas mejoras están definidas en la tercera parte de este documento, a excepción de la mejora en determinados estándares de calidad en la gestión del servicio, que hemos definido en un apartado anterior de este capítulo.

Por otra parte, y en cuanto al CDIAP EIPI Nou Barris, a la hora de establecer las ratios necesarias de personal hay que tener en cuenta que en abril de 2018 se ha abierto un segundo punto de prestación, la Antena Zona Nord, que proporciona atención precoz a los barrios de Ciutat Meridiana, Vallbona y Torre Baró, los tres con los índices de vulnerabilidad social más altos de Barcelona. Esta Antena se nutre con personal adscrito al equipamiento base que dedica una parte de su jornada laboral a proporcionar el servicio de atención precoz desde este otro punto de prestación. Este hecho repercute necesariamente en las ratios resultantes, como ocurre, por ejemplo, a la hora de calcular el número de horas necesarias de personal administrativo.

En resumen, podemos afirmar que el logro de lo que establece la normativa legal vigente y la implementación del Modelo municipal definido aquí determinan la ratio de profesionales necesaria en los CDIAP del IMPD.

#### 4. Distribución de las ratios de personal entre ambos CDIAP

La distribución del personal entre ambos CDIAP debe ser proporcional al volumen de población infantil de 0 a 5 años y 364 días de cada distrito y, por tanto, a la cantidad de población diana que se estima que necesita la atención precoz proporcionada por un CDIAP según el estándar definido en la normativa legal vigente.

Los datos de población que figuran a continuación provienen del Padrón Municipal de Habitantes y están referidos al 1 de enero de los años 2016 y 2017.

Tabla.

	Distrito de Ciutat Vella	Distrito de Nou Barris
Total de niños/as de 0 a 5 años y 364 días	2016: 4.703 niños/as 2017: 4.708 niños/as	2016: 8.572 niños/as 2017: 8.723 niños/as
% que representa sobre el total de este sector de población en la ciudad de Barcelona	2016: 5,68% 2017: 5,69%	2016: 10,51% 2017: 10,54%
Población diana del CDIAP (7,5%)	2016: 353 2017: 353	2016: 643 2017: 654

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes.

Tabla. Población diana de los CDIAP EIPI Ciutat Vella y CDIAP EIPI Nou Barris

Total población diana (Ciutat Vella y Nou Barris)	CDIAP EIPI Ciutat Vella %	CDIAP EIPI Nou Barris %
2016: 996 niños/as (100%) 2017: 1.007 niños/as (100%)	2016: 35,44% 2017: 35,05%	2016: 64,56% 2017: 64,95%

En consecuencia, la proporción de distribución de personal entre ambos CDIAP debería acercarse a las proporciones de la población diana de cada distrito.

## 5. Las ratios del Modelo. Cuadro con los ratios totales de personal, por perfil profesional y por CDIAP

Tabla. Ratios totales de personal, por perfil profesional y por CDIAP

Perfil profesional	CDIAP EIPI Ciutat Vella Personas. h/sem.	CDIAP EIPI Nou Barris Personas. h/sem.	Total Ciutat Vella y Nou Barris Personas. h/sem.
Dirección	1. 37 h 30'	1. 37 h 30'	2. 75 h
Administración	2,5. 93 h 45'	3,5. 131 h 15'	6. 225 h
Trabajo social	2. 75 h	3. 112 h 30'	5. 187 h 30'
Neuropediatría	-. 20 h	-. 32 h	-. 52 h
Fisioterapia	3. 112 h 30'	3. 112 h 30'	6. 225 h
Logopedia	2. 75 h	2. 75 h	4. 150 h
Psicología	5. 187 h 30'	9. 337 h 30'	14. 525 h
Psicomotricidad	-. 30 h	-. 45 h	-. 75 h
Terapia ocupacional	-. 30 h	-. 50 h	-. 80 h
<b>Total horas semana (%)</b>	<b>661 h 15'</b> (40%)	<b>933 h 15'</b> (60%)	<b>1.594 h 30' (*)</b>

(\*)

1.594 h 30' son las horas semanales de personal de los dos CDIAP del IMPD que hay que garantizar para el logro de lo que establece la normativa legal vigente y la implementación del conjunto de mejoras previstas en este Modelo municipal.

1.294 h 30' és el total de horas semanales necesarias de los y las profesionales que prestan atención terapéutica a niños/as, familias y entorno (incluye; trabajo social, neuropediatría, fisioterapia, logopedia, psicología, psicomotricidad y terapia ocupacional).

Tabla.

	CDIAP EIPI Ciutat Vella Personas. h/sem.	CDIAP EIPI Nou Barris Personas. h/sem.
Capítulo I (personal propio)	15,5. 581 h 15'	21,5. 806 h 15'
Personal externo	-. 80 h	-. 127 h



## 4.12. Los equipamientos: características y requisitos

Hemos titulado “**Creixem**” (Crecemos) este documento que define el Modelo municipal de los CDIAP del IMPD porque para afrontar con éxito sus objetivos necesita, entre otros retos:

- Incrementar el número de profesionales de nuestros equipos.
- Incrementar la superficie de nuestros equipamientos.

Tanto en Ciutat Vella como en Nou Barris se necesitan equipamientos de más superficie para:

- Garantizar el cumplimiento de lo establecido en la normativa legal vigente respecto de los CDIAP de la Red Pública de Cataluña.
- Alcanzar las mejoras que incorpora el Modelo municipal que aquí presentamos.

La imposibilidad de ampliar la superficie de los equipamientos actuales ha llevado al IMPD a realizar las gestiones oportunas para encontrar nuevos emplazamientos que, de momento, están pendientes de concretar.

Esta búsqueda de alternativas adecuadas a los equipamientos actuales se realiza en colaboración con las concejalías y gerencias de los consejos municipales de ambos distritos y con el Área de Derechos Sociales.<sup>66</sup>

Con este fin se han definido los **programas funcionales** que establecen las características y requisitos que debe cumplir el equipamiento destinado en cada distrito a ubicar nuestros CDIAP. Se solicitó al Departamento de Infraestructuras y Equipamientos del Área de Derechos Sociales la estimación de la superficie necesaria para alcanzar dichos requisitos, uno de los cuales es el volumen de personal de cada servicio. En los anexos se puede consultar este material:

- **Anexo 4.** Programa funcional y cálculo de la superficie necesaria para el equipamiento que debe acoger al CDIAP EIPI Ciutat Vella.
- **Anexo 5.** Programa funcional y cálculo de la superficie necesaria para el equipamiento que debe acoger al CDIAP EIPI Nou Barris.

Por otra parte, en el distrito de Nou Barris, desde abril de 2018, ha comenzado a funcionar un nuevo punto de prestación de nuestro CDIAP. Es lo que denominamos **la Antena Zona Nord** donde se atiende a la población de los barrios de Torre Baró, Ciutat Meridiana y Vallbona que, según el índice sintético de desarrollo/vulnerabilidad social,<sup>67</sup> con datos de 2015, ocupaban las posiciones 71, 72 y 68 respectivamente en el ranking de los 73 barrios de la ciudad. O dicho en otras palabras, los tres barrios son los más

66. Actual Área de Derechos Sociales, Justicia Global, Feminismos y LGTBI.

67. El índice sintético de vulnerabilidad social pretende ser una herramienta de apoyo para la evaluación y el seguimiento de las desigualdades sociales en los diferentes barrios de la ciudad de Barcelona. Es un índice que resume el estado de cada área geográfica analizada combinando tres dimensiones básicas del desarrollo/vulnerabilidad: salud, educación y economía. En cada una de las dimensiones se observa el comportamiento de indicadores clave: la esperanza de vida en el ámbito de la salud, los estudios primarios o inferiores (%) más las titulaciones superiores (tasa) en el ámbito de la educación y la renta familiar disponible en el ámbito de la economía.

vulnerables de la ciudad. La Zona Nord de Nou Barris es también donde se observa más dificultad para que las familias derivadas al CDIAP EIPI Nou Barris por los servicios de salud, educación y servicios sociales lleguen a solicitar demanda de atención.

La Antena Zona Nord del CDIAP EIPI Nou Barris está ubicada en el Casal de Barrio Torre Baró (calle Escolapi Càncer, 5) y funciona las mañanas de los miércoles, jueves y viernes, y las tardes de los miércoles y jueves. Está previsto que a partir de octubre de 2018 profesionales de todas las disciplinas que integran el equipo terapéutico del CDIAP destinen una parte de su jornada laboral a prestar servicio también desde la Antena Zona Nord. Por lo tanto, es el mismo equipo del CDIAP EIPI Nou Barris, cuyas ratios hemos definido en el apartado anterior, quien garantiza la atención precoz desde la Antena Zona Nord.



## 5. Quinta parte. Compromiso con la mejora continua y con la visibilización de la intervención

---

### Sumario

5.1. La protocolización de la intervención a partir de la experiencia y las buenas prácticas

5.2. La investigación aplicada



El compromiso con un proceso de mejora continua comporta:

- **La existencia o construcción de un modelo de referencia** que defina el marco epistemológico, teórico y metodológico del servicio.
- **La protocolización de la intervención a partir de la experiencia.** Busca transformar la experiencia en conocimiento.
- **La realización o participación en investigación aplicada.** En el contexto de este Modelo se parte de la convicción de que la investigación aplicada es una herramienta básica en cualquier sistema de servicios que tenga incorporados criterios de calidad, de eficacia y de eficiencia de su práctica.

Se trata de una investigación útil para la acción.

Una vez tenemos definido el Modelo de referencia de manera compartida con ambos CDIAP, necesitamos asegurar los otros dos requisitos.

## 5.1. La protocolización de la intervención a partir de la experiencia y las buenas prácticas

Se trata de partir de la experiencia identificando las buenas prácticas para transformarlas en conocimiento que se pueda socializar, compartir y aplicar por parte de otros servicios: CDIAP y/o también servicios de los ámbitos de la salud, la educación y/o los servicios sociales que atienden a la pequeña infancia y sus familias.

A la inversa, cada uno de nuestros dos CDIAP se pueden nutrir con el conocimiento generado a partir de la experiencia de otros servicios de atención precoz en el ámbito nacional, estatal e internacional.

Se trata de contribuir y participar en la construcción y profundización de un marco teórico y metodológico más amplio a partir del conocimiento generado por la combinación de experiencia, sistematización de la información obtenida, y la reflexión sobre procesos y resultados.

Implica una acción institucional deliberada que busca:

- **Incorporar la experiencia y el saber profesional a la hora de definir** criterios de priorización, de intervención y/o de funcionamiento de los servicios.
- **Identificar buenas prácticas** y experiencias a nuestros dos CDIAP.
- **Proporcionar apoyo en la sistematización** de la práctica y la experiencia para poder extraer conclusiones que puedan generalizarse y ser de aplicación en otros casos, territorios, situaciones y contextos similares.
- **Dar visibilidad y facilitar la socialización** de las buenas prácticas y del conocimiento generado, tanto internamente en el IMPD y el Ayuntamiento de Barcelona como

externamente en todos aquellos escenarios, plataformas y espacios donde confluyan servicios que se dirigen a la pequeña infancia y a sus familias.

- Facilitar y/o aprovechar espacios y/o mecanismos de intercambio de experiencias.
- Promover y facilitar la publicación de las buenas prácticas y del conocimiento obtenido.

## 5.2. La investigación aplicada

A continuación reproducimos entre corchetes una parte del capítulo sobre “La investigación aplicada en el contexto de los servicios sociales” elaborado por Carmina Català i Gallofré, jefe del Departamento de Planificación y Procesos del Área de Derechos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona, que forma parte de la publicación de los resultados de una de las investigaciones finalizadas<sup>68</sup> y que es plenamente pertinente en el contexto de este Modelo.

[...]

### La investigación aplicada: una red de conocimiento entre las universidades y los servicios sociales

Las personas que trabajamos en la atención social sabemos que nuestra competencia técnica no siempre garantiza tener las herramientas para sistematizar el análisis y comprobar la mejora de la situación, es decir, para poder valorar los resultados y conocer el grado de eficacia (y a veces eficiencia) de las metodologías aplicadas en nuestras intervenciones.

La investigación nos aporta este grado de sistematización, de método, de mirada objetiva y de contribución externa de personas expertas, elementos necesarios para pensar nuestra práctica y reforzarla técnica y conceptualmente. Por eso tenemos el convencimiento de que, en el campo de la intervención social, la Universidad es una colaboradora necesaria.

La Universidad, por otra parte, no puede mantener sus procesos académicos y su labor de investigación alejados de la práctica diaria. Necesita comprobar sus hipótesis en la práctica real. Esta colaboración da a la Universidad, por tanto, la oportunidad de acercar el mundo académico a las diferentes realidades sociales garantizando un cierto grado de retroalimentación para mantener viva la docencia.

La investigación y la práctica deben coexistir en una relación simbiótica, y la primera debe ser una parte integral de la segunda: el aprendizaje de competencias y las reflexiones de la práctica pueden constituir la base para el desarrollo de la investigación. La investigación puede producir nuevos conocimientos y estimular prácticas nuevas y renovadas.

---

68. Montserrat, C.; Casas, F.; Català, C. y Saiz, M. et al. (2017). “El impacto de la violencia machista y procesos de recuperación en la infancia y la adolescencia, en las madres y en las relaciones maternofiliales”. Universitat de Girona, Grupo ERIDIQV y Ayuntamiento de Barcelona. Disponible en catalán, español e inglés. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.

La sinergia entre investigación y práctica da sentido a las intervenciones sociales desde las diferentes disciplinas.

El pensamiento y la reflexión conjunta entre los y las profesionales del contexto universitario y del ámbito de los servicios sociales pueden generar una red de conocimiento imprescindible para el crecimiento mutuo. Así pues, **no se trata tanto de encargar desde los servicios sociales proyectos de investigación a las Universidades como de trabajar conjuntamente en un proceso de aprendizaje para obtener un producto compartido.**

Pensar y reflexionar sobre la experiencia y las teorías, diseñar hipótesis y poner en práctica una metodología, pensar un modelo de análisis, analizar los resultados y extraer de ellos conclusiones es un saber común.

### La investigación aplicada en el contexto de servicios sociales: el camino hacia la mejora continua y la innovación

La investigación aplicada está claramente orientada a la práctica y se diseña según un plan previo de transferencia de los resultados.

La innovación desde el punto de vista de proceso es una idea que evoluciona, que se desarrolla y crece a través de la comunicación y el trabajo en equipo hasta que se transforma en una realidad tangible. La innovación es crecer, es dar un salto, es un descubrimiento, una bifurcación en el proceso. La innovación es avanzar a partir del conocimiento acumulado.

La evaluación, la revisión y la mejora continua están en la base de la innovación.

Se puede innovar haciendo lo que hacemos pero de una manera diferente, más efectiva, aplicando la creatividad y el aprendizaje. Desde esta perspectiva, para innovar hace falta en primer lugar sistematizar los recursos del conocimiento, materializar los avances que se derivan del conocimiento acumulado y, a partir de un proceso de análisis y reflexión, concretar la creación, introducción y difusión de procesos nuevos y mejores.

La innovación está claramente relacionada con la actitud creativa de los y las profesionales, pero siempre a partir de un proceso de trabajo sistematizado, que permita el análisis y la reflexión. **La innovación está ligada al aprendizaje activo. La investigación aplicada es un proceso de aprendizaje activo.**

En términos generales, la investigación aplicada queda plenamente justificada en el marco de la Administración, ya que el análisis y la sistematización **generarán la retroalimentación necesaria para mejorar en calidad y en eficiencia la respuesta de la organización hacia la ciudadanía.**

**Las únicas organizaciones con flexibilidad y capacidad de adaptarse a los cambios son aquellas que tienen mecanismos de aprendizaje permanente. Aquellas que son capaces de sumar todo el saber, el conocimiento y la experiencia del conjunto de los y las**

**profesionales** de forma rápida y con nuevas soluciones ante nuevos retos sociales cambiantes, como los que afronta el Área de Derechos Sociales. Se trata de **organizaciones que aprenden y constituyen comunidades de conocimiento**.

## Finalidades y efectos de la investigación aplicada

Independientemente del objeto de trabajo y de la finalidad última, enumeramos aquí algunas de las **finalidades específicas** que podrían motivar el planteamiento de una investigación aplicada:

- Hacer diagnósticos de las personas, grupos o comunidades.
- Valorar necesidades o recursos.
- Validar o evaluar la eficacia de un tipo de intervención social, metodología o modelo. Posibilita la sistematización de instrumentos técnicos, escalas de valoración, etc.
- Demostrar la eficiencia y la eficacia.
- Investigar un emergente o un nuevo problema o tema de interés.
- Plantear nuevas cuestiones o nuevas necesidades, explorar nuevos problemas.
- Analizar el impacto de un determinado tema, ya sea un recurso, un tipo de intervención o cambio organizativo, etc.
- Hacer propuestas de mejoras.
- Homogeneizar las intervenciones.

Por otra parte, iniciar una investigación aplicada con profesionales de los servicios sociales suele presentar, dada la naturaleza del contexto de intervención social, diferentes **efectos beneficiosos** complementarios entre sí, tales como:

- Poder describir de forma sistemática una manera de trabajar y producir conocimiento explicativo de cómo se trabaja.
- Fomentar el conocimiento técnico, lo que puede comportar cambios o una mejora en el nivel técnico.
- Fomentar la creatividad y la implicación de los y las profesionales en los servicios.
- Rentabilizar la experiencia profesional.
- Aumentar y prestigiar el estatus profesional y académico de los y las profesionales que trabajan en los servicios sociales (presentaciones, publicaciones, etc.).
- Prestigiar la organización.



## Requisitos para iniciar una investigación aplicada

Tras la experiencia de los últimos años y de analizar tanto las investigaciones aplicadas que ahora finalizan como las que se encuentran en curso o a punto de iniciarse, queremos apuntar los requisitos mínimos que deben tenerse en cuenta para que una investigación llegue a buen término en el contexto de los servicios sociales:

- **La motivación.** Es necesario que se trate de un tema o problema de importancia social, que genere un cierto grado de preocupación, sea con la intención de innovar o de intentar encontrar una solución.
- **La viabilidad.** Que sea posible en términos del tiempo que hay que dedicarle, y compatible con las tareas de atención o propias del servicio que los y las profesionales deben llevar a cabo. Es importante tener en cuenta los aspectos siguientes:
  - Que la duración de la investigación esté al alcance del equipo que la promueve.
  - El alcance y la envergadura.
  - Los recursos humanos y económicos disponibles.
- **Una posición ética.** Dado que se trabaja con personas, no es éticamente admisible hacer estudios de contraste o de impacto en los que no se facilite al sujeto un recurso del que, teóricamente, podría disponer.
- **La implicación y apoyo de la organización en la investigación y en los resultados.** Esta es una condición esencial para que la investigación tenga éxito tanto en su desarrollo como, sobre todo, en previsión de la utilidad y aplicación de sus conclusiones. La concepción de la investigación como una herramienta para la mejora continua y la innovación.
- **Un acuerdo formal entre Universidad y Administración.** Para otorgar el máximo de formalidad y claridad, todos los trabajos de colaboración con la universidad deben estar acordados y escritos en el marco de convenios de colaboración o de otras fórmulas de concertación. Es importante que formen parte de este documento los elementos de carácter más estructural tales como: el objeto de la investigación, las fases y plazos, la relación económica si la hay, las responsabilidades y funciones, así como los términos relativos a la propiedad intelectual.
- **Las disciplinas académicas y profesionales y los contrastes necesarios.** Hay que definir la disciplina/s desde la/s que se realiza la investigación. Dado que el abordaje social es mayoritariamente multidisciplinario o interdisciplinario, esta es una complejidad añadida que hay que acordar con el mundo académico y que le da unas características propias a la investigación. Por ejemplo la necesidad de contrastar con otras disciplinas y/o paradigmas durante el proceso.
- **La teoría o paradigma** que constituye la lente a partir de la cual se interpretarán los resultados, y que debe ser coherente con el modelo de intervención. También podemos incluir en este apartado el **modelo de análisis de los resultados**.

- **La coherencia del diseño.** Hay que dedicar buena parte de la primera fase de cualquier investigación a la planificación y el diseño. El diseño debe ser sencillo y comprensible para poderlo compartir y para que se convierta en un eje de referencia durante todo el proceso. Si el diseño está bien hecho, la investigación fluye, aunque, por supuesto, puedan aparecer obstáculos o incidencias que haya que resolver.
- **El equipo de la investigación** tiene que diferenciar al menos dos niveles:
  - Un equipo impulsor integrado por el Ayuntamiento y la Universidad que define la orientación de la investigación, participa en el diseño general y hace el seguimiento, toma las decisiones de los cambios de orientación que puedan surgir, y sigue y participa técnicamente en el análisis, las conclusiones, la publicación y la aplicación en la práctica.
  - El equipo de campo con su organización interna en función de cada fase y de la envergadura de la investigación (comisiones por temas, territorios, etc.).
- **La metodología y el rigor.** En este aspecto corresponde a la Universidad, en virtud del conocimiento experto con que puede contribuir, indicar la metodología adecuada en función del tipo de investigación y de su objeto. Es necesario que la metodología sea definida y aceptada por todos y todas desde el principio.
- **El plan de comunicación.** Para generar conocimiento útil y aplicado hay que hacer visibles los resultados. Hay que acordar, por tanto, la forma de presentación y publicación, y diseñar un plan de comunicación en el interior de la organización, en primer lugar, y en el exterior en una segunda fase.

Hay que prever siempre un retorno de proximidad a los y las profesionales que han participado con un mayor grado de implicación en la investigación.
- **La transferencia y la retroalimentación de los resultados en la práctica.** Prever una investigación a corto o medio plazo es vital en la Administración para poder asumir la aplicación práctica de las conclusiones según el diseño inicial. Independientemente de la aplicación de los resultados, es necesario asegurar la socialización del conocimiento extraído de la investigación ...].



# Anexos

---

## Sumario

- Anexo I. Funciones y perfil del personal administrativo en el contexto de los CDIAP del IMPD
- Anexo II. Funciones y perfil de la figura de psicomotricista en el contexto de los CDIAP del IMPD
- Anexo III. El encaje del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario en el contexto de los CDIAP del IMPD
- Anexo IV. Programa funcional del equipamiento que necesita el CDIAP EIPI Ciutat Vella
- Anexo V. Programa funcional del equipamiento que necesita el CDIAP EIPI Nou Barris



# Anexo I

## Funciones y perfil del personal administrativo en el contexto de los CDIAP del IMPD

La Generalitat de Catalunya ha definido, mediante grupos de personas expertas, las funciones y perfil de las disciplinas que con carácter obligatorio deben integrar el equipo terapéutico de un CDIAP de la Red Pública de Cataluña. Pero las funciones y perfil del personal administrativo no están definidas, por lo que las desarrollamos en el contexto del Modelo municipal de los CDIAP del IMPD para delimitar su encargo institucional.

### Funciones

#### Atención telefónica

- Atiende las demandas de atención de las familias para sus hijos/hijas, verifica que la dirección pertenece al distrito, informa de la documentación que deben aportar y les da día y hora con el/la profesional que realizará la entrevista de acogida al servicio.
- Comunica a las familias cambios y/o anulaciones en la programación de visitas.
- Atiende a las personas profesionales de otros servicios que quieren contactar con miembros del equipo y cuando no están pasa nota de la llamada recibida a quien corresponda.
- Atiende llamadas de proveedores y servicios externos.

#### Demandas de atención por parte de las familias

- Rellena la ficha “Nueva demanda” en la e-UCCAP.
- Concierta día y hora para la entrevista de acogida al servicio.
- Solicita el servicio de intérprete cuando se requiera para el día programado de visita, tanto si se trata de una primera visita o de visitas de seguimiento con cualquier profesional del servicio.

## En relación con la entrevista de acogida

Cuando la familia se presenta para realizar la entrevista de acogida, el personal administrativo:

- En la aplicación informática e-UCCAP:
  - Da de alta al niño/a e introduce sus datos identificativos y los de la familia.
  - Confirma la visita en la agenda de la persona profesional que realizará la entrevista de acogida y que, de ordinario en nuestros CDIAP, es asumida por la disciplina de trabajo social.
  - Imprime el protocolo de la Ley orgánica de protección de datos de carácter personal (LOPD), el reglamento interno, el contrato asistencial y la autorización de uso de la imagen (Dirección General de Protección Social).
- Completa el expediente físico en soporte papel y lo incorpora al archivo del servicio.
- Da de alta la solicitud del servicio de atención precoz en la aplicación informática de la Generalitat (SCDIAP) cumplimentando el protocolo “Gestión de solicitud CDIAP/Alta nueva solicitud” que, una vez formalizado con los datos requeridos, se entrega a la persona profesional que realiza la entrevista de acogida, que lo dará a firmar a la familia en caso de que acepte las condiciones del servicio.
- En algunos casos se pone en contacto con los servicios derivadores para confirmar que la familia ha acudido a la entrevista concertada.

## En relación con la baja del servicio

- Verifica que esté disponible toda la documentación elaborada por las personas profesionales intervinientes en ese caso (informe epicrisis para la familia, etc.).
- Separa la documentación que hay que destruir una vez finaliza la atención (según la normativa de la Generalitat) de la que se conserva.
- Cada año envía los archivos históricos (que no se han vuelto a abrir en los últimos cinco años desde la baja en el servicio) al archivo central del Área de Derechos Sociales.

## Otras tareas y funciones

- Abre y cierra las instalaciones (activación y desactivación de las alarmas) cuando no haya ningún miembro del equipo y siempre dentro del horario del personal administrativo.
- Recibe a los proveedores (agua, mantenimiento del ascensor y de los extintores, limpieza, mantenimiento general del equipamiento, incidencias del equipamiento, recepción de materiales pedagógicos, etc.).

- Actualiza el listado de horarios de las personas profesionales del servicio siempre que se produce un cambio.
- Realiza el pedido de material administrativo y controla existencias.
- Revisa los listados del servicio de intérpretes y realiza las demandas que sea necesario para todas las personas profesionales del CDIAP, tanto en la fase de primera acogida como en la de tratamiento.
- Realiza el pedido de tarjetas de transporte público T-10 para los desplazamientos del personal, las recoge una vez agotadas y las devuelve al Departamento de Administración del IMPD.
- Abre diariamente el correo de la dirección electrónica genérica del servicio y pasa la información a quien corresponda.
- Actualiza las fichas de los servicios y entidades del distrito con las que el CDIAP se coordina o que son útiles para prestar un mejor servicio a las familias.
- Emite las consultas a la aplicación informática de la e-UCCAP que le encarga la dirección del servicio o la/el jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente, extrayendo y entregando los excels resultantes.
- Entrega justificantes de visita cuando lo solicita la familia.
- Controla el acceso al servicio y la sala de espera.
- Avisa a la persona profesional cuando la familia ha llegado.
- Vela para que la sala de espera esté tranquila.

## Perfil profesional

El perfil profesional del personal administrativo está definido por sus funciones y tareas y por las siguientes **características de su encargo**:

- El puesto de trabajo del personal administrativo está ubicado en la recepción del servicio.
- Es la persona del equipo del servicio que recibe y atiende en primera instancia las personas que llegan y/o que llaman. Es la primera imagen que las personas atendidas reciben del servicio.
- Proporciona simultáneamente atención presencial y telefónica, al tiempo que puede estar haciendo una tarea que requiera concentración. Es decir, tiene que gestionar requerimientos diversos que pueden confluir al mismo tiempo.
- En un CDIAP se atienden situaciones que provocan a menudo preocupación, inquietud, miedos y/o sufrimiento a la familia del niño/a que requiere la atención de un CDIAP. Por tanto, las madres y padres (u otros familiares) que llevan a sus hijos e hijas pequeños para recibir atención pueden manifestar estados de ánimo diversos y estar inquietas, nerviosas, deprimidas, etc. Pueden tener dificultades para hacerse entender o para entender lo que se les dice por motivos de idioma (en el primer contacto con el servicio puede no haber servicio de traducción), por

dificultades cognitivas, etc. Pueden ser personas exigentes, reaccionar con malos modos o cualquier otra situación que pueda requerir habilidad en la respuesta por parte del personal administrativo del servicio.

- Los niños/as pueden comportarse con tranquilidad o estar especialmente inquietos o nerviosos, o hacer requerimientos continuos al personal administrativo (lápices de colores, folios, cuentos, etc.), por poner algunos ejemplos.

### Requisitos del perfil profesional que debe tener el personal administrativo de nuestros CDIAP

- Debe tener experiencia y formación en atención a la ciudadanía y, a ser posible, en contextos de vulnerabilidad.
- Debe ser capaz de gestionar requerimientos diversos que se den simultáneamente.
- Debe ser capaz de mantener la calma, tener paciencia y empatía.
- Debe estar habituado a trabajar en el ordenador y estar familiarizado con los programas Word, Excel y Access.
- Debe saber trabajar en equipo y, al mismo tiempo, tener capacidad para organizarse el trabajo de manera autónoma.

### Encaje en el equipo del servicio

El personal administrativo:

- **Forma parte del equipo del CDIAP** y, por tanto, participa en las reuniones de equipo. En el análisis de casos puede aportar información útil a partir de la observación en la recepción y de las interacciones con la familia y el niño/a desde su encargo.
- **No forma parte del equipo terapéutico** y, por tanto, no participa en las supervisiones de casos o de intervención grupal ni en las sesiones clínicas. Sí puede hacerlo con carácter excepcional en determinados casos en los que se considere oportuno.

### Formación permanente

La formación permanente del personal administrativo es imprescindible.

- En los programas informáticos que debe utilizar.
- Formación en habilidades de atención al público y gestión de conflictos.
- Formación transversal: gestión y protección de datos, organización del tiempo, sistema de archivo de la documentación, etc.
- Conocimientos generales de temáticas específicas: violencia machista, etc.



La formación podrá proporcionarla el propio Ayuntamiento o bien puede tratarse de una oferta externa, a la que se facilitará la asistencia cuando sea pertinente al encargo aquí definido.

## Coordinación por perfil profesional entre ambos CDIAP

En el contexto del Modelo municipal de nuestros CDIAP, esta coordinación:

- Se realizará trimestralmente.
- Participará el personal administrativo de ambos CDIAP.
- Cada reunión se realizará de manera alterna en el CDIAP EIPI Ciutat Vella y el CDIAP EIPI Nou Barris. Se podrá utilizar también la sede del IMPD.
- La programación de estos encuentros de coordinación se notificará con suficiente antelación a la dirección de cada CDIAP para que pueda prever la cobertura de la recepción durante su ausencia.

---

Escrito y elaborado por:

Rosa Ballester Rius (CDIAP EIPI Nou Barris)

Montserrat Grau Maña (CDIAP EIPI Ciutat Vella y CDIAP EIPI Nou Barris)

Olga Martínez García (CDIAP EIPI Ciutat Vella)



# Anexo II

## Funciones y perfil de la figura de psicomotricista en el contexto de los CDIAP del IMPD

---

### Sumario

1. **Introducción**
2. **Definición de la psicomotricidad**
3. **Referentes teóricos**
4. **Especificidad de la psicomotricidad en un CDIAP**
5. **Cuándo está indicada la intervención de la figura de psicomotricista**
6. **Funciones de la figura de psicomotricista en el contexto de un CDIAP**
7. **Niveles o modalidades de intervención**
8. **Requisitos formativos que debería tener un/a psicomotricista para trabajar en un CDIAP**
9. **Perspectivas de futuro**
10. **Bibliografía**

---

### 1. Introducción

La normativa legal vigente, al definir la composición del equipo interdisciplinario de un CDIAP, prevé la figura de psicomotricista que, [... a pesar de no ser obligatoria, sí es recomendable dado el abanico de edad de los niños/as atendidos ...]. (Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011, vigente.)

Los CDIAP del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (IMPD) del Ayuntamiento de Barcelona disponen de profesionales de la psicomotricidad desde 2016 en Ciutat Vella y desde el 2017 en Nou Barris. Hay que definir sus funciones, perfil y encaje dentro del equipo ya que, a diferencia de lo que sucede con las figuras definidas como obligatorias dentro del equipo interdisciplinario de un CDIAP, no existe ningún documento de la Generalitat que lo haga.

En este documento se define también en qué situaciones está indicada la intervención de la figura de psicomotricista.

## 2. Definición de la psicomotricidad

Desde julio de 2004, diferentes profesionales que trabajan como psicomotricistas en los equipos de atención precoz de CDIAP de Cataluña constituyeron el grupo de trabajo de psicomotricistas de la Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP). Este grupo se crea con el objetivo de reflexionar y definir qué es específico y peculiar del trabajo de la figura de psicomotricista en atención precoz. Partiendo de la práctica de cada una de las personas profesionales en sus puestos de trabajo, se recurre a la teoría para reflexionar conjuntamente y definir el marco teórico y práctico de la figura de psicomotricista en el contexto de un CDIAP. Fruto del trabajo de este grupo de profesionales, se elabora el “Documento marco de la psicomotricidad en atención precoz”.

Partimos de este documento elaborado desde la práctica y el saber de profesionales psicomotricistas con experiencia en CDIAP de la Red Pública a la hora de definir la psicomotricidad.

Según la definición consensuada por la Federación de Asociaciones de Psicomotricidad del Estado Español (FAPEE):

[... La psicomotricidad es una disciplina que, basándose en una concepción integral del ser humano, se ocupa de la interacción que se establece entre el conocimiento, la emoción, el cuerpo y el movimiento, y de su importancia para el desarrollo de la persona, así como de su capacidad para expresarse y relacionarse en un contexto social ...].

En el “Documento marco de la psicomotricidad en atención precoz” se destacan dos aspectos clave.<sup>69</sup>

### a. Entendemos el cuerpo como expresión del psiquismo del niño/a

[... Cuerpo entendido no solo como organismo sino también en su dimensión subjetiva. Desde este punto de vista el cuerpo toma un valor de significante de unos significados que tienen que ver con la identidad de la persona, con sus deseos, sus emociones y sentimientos, y sus necesidades (dimensiones simbólica, imaginaria y real del cuerpo) ...].

### b. Entendemos el cuerpo como medio de relación con el otro/a

[... Este cuerpo que se expresa deviene significativo porque hay alguien que recibe el mensaje. Es en la relación cuando los significados toman sentido. El niño/a es porque

---

69. El texto en entre corchetes recoge citas textuales del Documento marco. El texto entrecorillado corresponde a citas de otras autorías incluidas en el Documento marco.

el otro/a lo reconoce en una relación. Esta relación se transformará en vínculo con aquellas personas con las que se den unas condiciones privilegiadas, por afecto o dedicación. Y a través del vínculo circulará la comunicación en continua interrelación. Un auténtico diálogo corporal.

“El concepto de psicomotricidad surge, a principios del siglo XX, en patología, para vincular la estrecha relación entre lo psicológico (psico) y el modo de manifestarse (motricidad). Rompe con la dualidad de Descartes de entender al individuo como una dualidad mente-cuerpo, entendiendo a la persona como una unidad que vive y se expresa globalmente.

El núcleo común de las diversas definiciones de psicomotricidad lo encontramos en la concepción del hombre como un ser global, entendiéndolo como una unidad psicosomática que se expresa a partir del cuerpo y del movimiento” ...].<sup>70</sup>

La mirada desde la psicomotricidad considera al niño/a como ser global, constructor activo y autónomo en cada uno de sus estadios, abierto al mundo y al entorno social del que depende, con capacidad de acción e iniciativa, lleno de afectos, emociones, sensaciones, placeres y placeres, miedos y ansiedades en función de la calidad de las relaciones que experimenta con las personas y con el mundo. El proceso de desarrollo se construye y se concreta en la interrelación de la criatura con su entorno, un entorno esencialmente humano, pero también material, cultural y social. Un continuo de experiencias y de influencias mutuas que configuran el proceso propio y singular de la maduración de cada criatura. Se entiende el desarrollo como un proceso dinámico, sustentado en la evolución biológica, psicológica y social.

El/La psicomotricista se especializa en la comprensión por la vía corporal o de la expresividad psicomotriz de los niños/as. Se entrena, se forma en el terreno teórico, práctico y personal (trabajo personal desde y con su propio cuerpo desde esta mirada global) al poder captar la expresividad motriz del niño o la niña, para ir ayudando a dar sentido. Ofrece **su propia disponibilidad corporal** como medio de relación terapéutica con el niño/a, que se convierten en los protagonistas de esta relación. Ofrece su cuerpo como vehículo de relación y comunicación.

[... Trabajamos por la vía corporal, vía que, en estos primeros momentos de la vida del niño y de la niña, con un lenguaje y una capacidad simbólica incipientes, constituye su modo privilegiado de expresarse y de relacionarse. El niño/a pequeño es un ser global que expresa todo su potencial físico, afectivo y cognitivo por la vía corporal. A su vez, el propio psicomotricista, especialista en la comprensión de esta vía, ofrece su propia disponibilidad corporal como medio de relación terapéutica con el niño/a, que se convierte en protagonista de esta relación privilegiada. Esto es lo específico de la terapia psicomotriz: la expresión por la vía corporal y su comprensión y disponibilidad por parte del terapeuta ...].<sup>71</sup>

70. Miguel Llorca Linares (2006). El juego: recurso básico en psicomotricidad. “Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales”. Núm. 22. Pág. 153 a 164.

71. Anna Luna y Rikardo Acebo (2008). La sala de psicomotricidad en atención temprana. “Desenvolupa”. Núm. 29. Pág. 73 a 81.

### 3. Referentes teóricos

La psicomotricidad bebe de distintas fuentes, como son:

- La psicología evolutiva (J. Piaget y H. Wallon)
- Psicología dinámica (S. Freud, M. Klein, J. Lacan, D. Winnicott, D. Anzieu)
- La pediatría (E. Pikler)

Referentes teóricos propios de la psicomotricidad:

- Bernard Aucouturier
- André Lapierre
- Giuseppe Benincasa
- Myrta Chokler
- Henri Wallon
- Daniel Calmels
- Cori Camps Llauradó
- José Ángel Rodríguez Ribas
- Josep Rota
- Julián de Ajuriaguerra

### 4. Especificidad de la psicomotricidad en un CDIAP

Desde el documento marco elaborado por el grupo de estudio de psicomotricistas de la ACAP se define que la especificidad de la disciplina es la siguiente:

[... La particularidad del/de la psicomotricista en estos equipos consiste en crear las condiciones adecuadas en la relación con el niño/a para que éste pueda vivir una experiencia de su cuerpo en movimiento que le permita hacer y “re-hacer” –si es oportuno– su proceso de construcción de identidad como sujeto. En algunos casos se tratará de facilitar la experiencia de exploración y conocimiento del mundo, además de la relación del niño/a con su figura de referencia a través del vínculo, y en otros con la figura del/de la psicomotricista.

En cualquier caso, el foco se sitúa en **la experiencia corporal del niño/a** dentro de una relación; experiencia que mueve siempre la emoción y toma un significado. Cuerpo entendido como elemento exterior y visible, representante de un interior invisible.

El/La psicomotricista se fija en el cuerpo del niño/a y “lee”, en su tonicidad y en su acción, la expresión de su psiquismo, tanto consciente como inconsciente. A partir del juego espontáneo del niño/a, la observación psicomotriz se realiza desde una posición interactiva, con la intención de captar el sentido que tenga para el niño/a su acción. Es por ello que el/la psicomotricista juega con el niño/a estableciendo una relación a partir de la **escucha**, compartiendo la emoción y con **disponibilidad corporal**, es decir,

poniendo su propio cuerpo en juego. Cuerpo como vehículo de comunicación, para los dos, cuerpo como vehículo de relación.

Hablamos de **resonancias tónico-emocionales** como el efecto que la relación corporal y el juego motriz con el niño/a tienen sobre el/la psicomotricista (y viceversa también). La observación de estas resonancias, así como la observación de los parámetros corporales y motrices del niño/a serán las vías de acceso para conocerlo, para entenderlo; porque la historia de relación y la historia emocional del niño/a está “escrita” en su cuerpo y en sus acciones.

Es necesario destacar la importancia que tiene en el trabajo del o de la psicomotricista la constante revisión y reflexión sobre lo que es suyo y lo que es del niño/a (emociones y sensaciones) que se mueven en los juegos, para que la relación sea suficientemente clara y eficaz para el proceso de desarrollo de este. De modo que, a la siempre necesaria tarea de supervisión del trabajo, habría que añadir una especificidad de trabajo personal desde una perspectiva corporal para garantizar la claridad en la percepción de los parámetros de expresividad motriz, tanto propios como del niño/a.

En el trabajo del y la psicomotricista también interviene el **lenguaje verbal**, como instrumento de comunicación y de expresión plenamente humano. Un lenguaje verbal que acompaña la acción, que organiza la acción y articula la experiencia corporal con los contenidos de su original biografía. También el lenguaje verbal servirá para dar sentido a la misma historia de relación que se construye con el/la psicomotricista. Una palabra viva, que nace del cuerpo (como sonido, grito o música...) y transforma la vivencia en pensamiento. La palabra no está excluida del trabajo psicomotriz. Al contrario, supone la conquista del sentido en el proceso de construcción de la subjetividad del niño/a ...].

Con lo expuesto hasta ahora, destacamos que la especificidad de la psicomotricidad en los equipos de los CDIAP está directamente relacionada con el momento madurativo del niño/a y la necesidad de ser abordado desde la globalidad. Entendiendo que el abordaje global específico del o de la psicomotricista se produce desde la indicación de un abordaje por la vía corporal de niños/as que no están aún subjetivados y en este caso es indicado pasar por un trabajo que implique el cuerpo y las resonancias tónico-emocionales, descritas anteriormente. Niños/as que estén en un estadio arcaico, donde haya poco lenguaje y la única forma de expresar que tengan sea el movimiento y la acción.

La atención precoz se basa en una mirada global del niño/a que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para garantizar dicha mirada, y tal y como está descrito en el Modelo municipal de los CDIAP del IMPD, es importante hablar desde la interdisciplinariedad. [... En el ámbito de la Atención Temprana el discurso de la Psicomotricidad debe articularse con el de las otras disciplinas que participan, como la neuropsiquiatría, la psicología, la fisioterapia o la logopedia, para lograr alcanzar una comprensión global, válida y útil de la realidad vital de aquel niño/a y su familia ...]. El grupo de trabajo de psicomotricistas de la ACAP lleva tiempo trabajando en este sentido.

Para poder garantizar la mirada bio-psico-social, que supone un reto, tenemos que prestar una atención y una revisión constante, a través de la participación y creación

de los espacios necesarios, para que esta interdisciplinariedad se pueda garantizar al máximo de nuestras posibilidades. Hay que garantizar una actitud de respeto y de escucha, un diálogo entre formas diferentes de mirar y de hacer, buscar el equilibrio entre las diferentes disciplinas que integran el CDIAP, espacios de encuentro necesarios, etc. [... A la vez que se hace necesario que exista un marco conceptual común sobre el psiquismo del niño/a. Esta articulación interdisciplinaria se producirá como efecto del trabajo clínico de todo el equipo y encontrará sus espacios de ajuste y diálogo en las coordinaciones externas, supervisiones, reuniones de equipo y de casos clínicos que se puedan realizar ...]. (Documento marco ACAP.)

Siguiendo con la articulación del trabajo global en los CDIAP, hacemos referencia al Modelo donde dice [... La interdisciplinariedad no es suficiente para poder asegurar la integración de las miradas bio-psico-sociales. Hay que lograr, además, la transdisciplinariedad. Un rasgo definitorio de la atención precoz es justamente que requiere que se trabaje en equipo interdisciplinario pero también que los y las profesionales de las diferentes disciplinas terminen incorporando elementos de las otras. O dicho con otras palabras, es necesario que cada profesional y disciplina del equipo de un CDIAP incorpore conocimientos del resto de disciplinas y profesionales para lograr una atención lo más global posible ...].

Desde esta vertiente transdisciplinaria, la especificidad que puede aportar la psicomotricidad es la sala de trabajo (sala de psicomotricidad) como un elemento que puede ofrecer la disciplina al equipo. El espacio donde poder mirar al niño/a en un contexto amplio de movimiento. Ya que entendemos que la sala se puede utilizar para todas las disciplinas que se integran en este equipo.

También se puede aportar la mirada partiendo de lo que sí hace el niño/a y no de lo que le falta. En la sala observamos y detectamos en qué momento evolutivo se encuentra el niño/a por cómo son sus acciones y sus juegos, y desde ahí es desde donde intervenimos. Utilizando “el rodeo” como principio por donde abordar el proceso de construcción y/o reconstrucción de y con el niño/a.

## 5. Cuándo está indicada la intervención de la figura de psicomotricista

Basándonos en el documento marco del grupo de psicomotricistas de la ACAP, consideramos que la práctica psicomotriz terapéutica es un abordaje indicado en:

**Niños/as que presentan diferentes grados de inmadurez o retraso en su desarrollo, circunstancia que les supone una experiencia de su cuerpo poco placentera, sea por dificultades somáticas, secuelas de prematuridad o afectaciones sindrómicas varias.**

Nos referimos a niños/as que, por diferentes problemáticas que afectan directamente al cuerpo físico, el cuerpo real, han tenido una vivencia del cuerpo desagradable. Criaturas en las que, con independencia del grado de autonomía y funcionalidad conseguido, no hay integración del propio cuerpo, del esquema corporal y de la imagen corporal.



**Niños/as que expresan a través del cuerpo su malestar psíquico o relacional, ya sea por exceso de movimiento, por inhibición o en trastornos más graves de relación y comunicación.**

Nos referimos a niños/as con mucha falta de integración de los límites dentro/fuera, mucha impulsividad y descarga motriz o, al contrario, inhibición. Niños y niñas que manifiestan su malestar fundamentalmente a través del cuerpo.

**Niños/as con un casi nulo acceso al símbolo (simbólico) y al lenguaje. Con un funcionamiento muy arcaico, muy poca subjetivación, en los que el modo de “decirse” es a través fundamentalmente de la acción y el movimiento.**

En este punto, se pueden incluir a varios niños/as, así como diferentes motivos por los que llegan al servicio.

**Transfronteras con las otras disciplinas que integran el equipo de un CDIAP**

**Psicología/psicomotricidad**

Cuando hay cierto acceso al registro simbólico y al lenguaje, aunque sea precario, se trabajan aspectos puramente de la emocionalidad que corresponden al/a la profesional de la psicología. En niños/as en los que el comportamiento es muy arcaico y con un casi nulo –o sin– acceso al registro simbólico donde la única manera de comenzar a establecer una comunicación significativa con el entorno es a través de la acción, el cuerpo y el movimiento.

**Fisioterapia/psicomotricidad**

Como hemos escrito anteriormente, nos referimos a niños/as a los que la problemática afecta directamente al cuerpo físico (real) donde ya ha trabajado el/la fisioterapeuta para lograr una funcionalidad y un movimiento, pero hay que hacer un trabajo para integrar el cuerpo en el aspecto somatopsíquico.

**Logopedia/psicomotricidad**

Niños/as que no tienen una integración del cuerpo, más globalmente, y les dificulta poder realizar un trabajo orofacial.

## **6. Funciones de la figura de psicomotricista en el contexto de un CDIAP**

**Funciones generales en relación con el proceso global de atención**

- Puede realizar la entrevista de acogida siempre que sea necesario.
- Participar en la fase de valoración diagnóstica inicial del caso, siempre que sea necesario, aportando al equipo interdisciplinario su hipótesis diagnóstica desde la especificidad de la psicomotricidad.

- Realizar la entrevista devolutiva a la familia una vez finalizada la fase de valoración diagnóstica inicial cuando sea el/la profesional referente del caso. O participar siempre que se considere adecuado.
- Proporcionar atención de tratamiento en los casos que sea necesario, sea individual, familiar y/o grupal.
- Coordinación con los servicios, profesionales y/o recursos del territorio que intervienen en el caso.

### Funciones en relación con el niño/a

- Realizar la hipótesis diagnóstica psicomotriz que oriente el tratamiento con el niño/a.
- Valorar la necesidad de solicitar, en su caso, pruebas específicas y/o la consulta a otros profesionales.
- Colaborar en la definición para cada caso del plan de atención terapéutica (PAT) como miembro del equipo interdisciplinario del servicio y confeccionar el programa específico de tratamiento psicomotriz con el niño/a de manera coherente y articulada con el PAT.
- Llevar a cabo la intervención psicomotriz teniendo en cuenta al niño/a como sujeto activo de su proceso evolutivo.
- Revisar periódicamente el plan terapéutico, como mínimo una vez al año.
- Evaluación continua del proceso de desarrollo del niño/a.
- Llevar un registro actualizado de las sesiones con los datos significativos.
- Incorporar a e-UCCAP toda la información de la intervención realizada con el niño/a.
- Informar, explicar y anticipar al niño/a, ajustándonos a su momento madurativo, el tratamiento que recibe en el CDIAP.
- Elaborar los informes del niño/a en relación con el ámbito de su competencia.
- Participar en el proceso de finalización de la relación terapéutica de los casos que no requieren derivación, acompañando al niño/a y la familia, así como gestionar la desvinculación de la familia con el servicio.
- Participar en el proceso de derivación, si se considera necesario, del niño/a y la familia, con el fin de transferir la responsabilidad del tratamiento a otro servicio o dispositivo de atención a la primera infancia, así como gestionar la desvinculación de la familia con el servicio.

### Funciones en relación con la familia

- Recopilar la información básica en relación con los diferentes aspectos evolutivos y de desarrollo globales del niño/a, sus antecedentes, los síntomas y las dificultades, así como los datos relacionados con su entorno.

- Facilitar la información necesaria para promover la participación activa del niño/a y su familia en el desarrollo de los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta sus capacidades y necesidades.
- Ayudar a entender las dificultades del niño/a en cada momento y en descubrir sus capacidades, tanto con la familia como en su entorno significativo.
- Escuchar, contener y acompañar los procesos emocionales de la familia durante el proceso terapéutico, favoreciendo los aspectos relacionales y de vínculo.
- Orientar y dar apoyo en la crianza, individual o conjuntamente con un/a otro/a profesional del equipo.
- Realizar entrevistas de apoyo y seguimiento con la familia.

### Funciones en relación con el equipo interdisciplinario del servicio

- Participar en las reuniones periódicas de equipo interdisciplinario.
- Elaborar, con el resto del equipo, criterios de funcionamiento del equipo interdisciplinario y de atención al niño/a y su familia (priorización, derivación, tipología de atención, etc.).
- Participar en la valoración interdisciplinaria de los casos.
- Participar coordinadamente en la elaboración del diagnóstico, en el plan de atención terapéutica y del seguimiento de casos, así como establecer el/la profesional de referencia.
- Realizar tratamiento conjuntamente con otros/as profesionales cuando sea necesario.
- Asesorar y aportar al equipo la información del ámbito de su competencia.
- Participar en las sesiones clínicas y espacios de supervisión.
- Participar conjuntamente con el equipo en tareas de prevención y coordinación.
- Participar en la elaboración de planes de mejora y líneas de actuación futuras.
- Participar en la planificación de la baja y/o derivación del niño/a y su familia a otro servicio.

### Funciones en relación con el servicio

- Participar en la planificación de objetivos generales del CDIAP.
- Participar en la elaboración de la memoria de actividad anual y facilitar los datos relativos al ámbito de su competencia.
- Participar en la revisión y seguimiento del reglamento de régimen interno y cumplir sus normas y las de funcionamiento del centro.
- Colaborar y participar en la elaboración, aplicación y revisión de los protocolos del servicio de atención precoz y de los protocolos de articulación con los servicios del territorio de diferentes ámbitos.
- Realizar y/o participar en la puesta en marcha de nuevos proyectos.

- Colaborar en el plan de incorporación de nuevos/as profesionales en el equipo.
- Velar por la protección de datos y la confidencialidad.
- Velar por la calidad asistencial.
- Velar por el mantenimiento y buen uso del material y por su actualización.
- Asistir a las reuniones institucionales, si procede.
- Participar conjuntamente en los planes de mejora del servicio.
- Contribuir a la buena convivencia del servicio.

### Funciones en relación con otros/as profesionales y servicios del territorio

- Trabajar en red con otros/as profesionales y servicios del territorio relacionados con la primera infancia para establecer, en el ámbito de su competencia, mecanismos de prevención e intervención comunitaria.
- Realizar y/o participar en estudios y proyectos de sensibilización y prevención primaria y secundaria en la comunidad.
- Participar en campañas de divulgación y prevención en colaboración con los dispositivos de atención a la primera infancia de la zona sobre el desarrollo global del niño/a (motriz-emocional-cognitivo).
- Coordinarse con los diferentes servicios públicos y/o privados de los ámbitos educativo, sanitario y social, ya sean generales o específicos.
- Conocer los servicios, recursos y instituciones del territorio relacionados con la primera infancia.
- Conocer las características sociológicas de la población atendida.

### Funciones en relación con la formación, investigación y docencia

- Colaborar, en el ámbito de su competencia, en la formación continuada de las/los profesionales del servicio de atención precoz y de otros servicios y en la formación de alumnos/as de prácticas, etc.
- Impartir y/o participar en actividades formativas, jornadas, cursos, seminarios y en comisiones de carácter técnico.
- Transmitir al resto del equipo los contenidos y los conocimientos adquiridos en la formación continuada.
- Hacer propuestas de formación sobre las necesidades detectadas por el equipo interdisciplinario o servicio.
- Elaborar y participar en estudios, proyectos de investigación, docencia e investigación en el ámbito de la atención precoz internos y externos al centro.

### Otras funciones

- Participar y colaborar con el grupo de estudio de psicomotricistas de la ACAP.
- Coordinación de las/los profesionales psicomotricistas de ambos CDIAP (IMPD).

## 7. Niveles o modalidades de intervención

### La atención directa

#### Individualizada

[... Esta será la modalidad más adecuada cuando el niño/a manifiesta una alteración o trastorno en sí mismo/a, en su constitución psíquica, y la expresa, preferentemente, a través de su cuerpo y del movimiento. Será la oportunidad de construir, o re-construir, una relación de calidad con una persona adulta contenedora y ajustada.

La relación se construye a partir del lugar, como sujeto, que el/la psicomotricista da al niño/a. Partiendo de su deseo y ofreciéndose como compañero/a, simbólico y/o compañero/a de juego, el/la terapeuta psicomotricista puede ayudar al niño/a a conquistar y descubrir sus posibilidades reales, que le llevarán a aceptarse a sí mismo/a, y mejorar su relación con los demás. (Documento marco del grupo de trabajo de psicomotricistas de la ACAP) ...].

#### Individual-familiar

En aquellos casos en los que la relación con la familia y/o las personas cuidadoras principales está poco ajustada y puede afectar al proceso de construcción de la propia identidad del niño/a, podemos trabajar desde esta modalidad. Específicamente con aquellas familias que pueden aprovechar más un espacio terapéutico por la vía corporal para relacionarse con su niño/a.

Cuando el niño/a, por su momento madurativo, aún no está preparado/a para separarse de su familia y vincularse a otra/s persona/s es adecuado trabajar con la familia en la sala. En estos casos, desde la psicomotricidad se implica a la familia, también en el aspecto corporal. Trabajan desde su propia historia expresada en el terreno corporal.

#### Grupal

##### Grupos de niños/as

[... El formato de abordaje psicomotriz facilita intervenciones en pequeño grupo, que suponen una oportunidad original y valiosa para acceder a la experiencia de relación con los demás en un contexto de seguridad, garantizada por la presencia y la mirada intencionadas y contenedoras de una persona adulta.

Durante el período de atención precoz el trabajo en pequeño grupo es un recurso válido como fase del trabajo, posterior a la intervención individual en el que se han podido consolidar y fundamentar los procesos de vinculación y individuación. Permite ensayar en pequeño formato las situaciones de rivalidad, conflicto, comunicación y negociación propias de cualquier experiencia de relación, para buscar formas de resolverlas que sean satisfactorias para el niño/a. (Documento marco del grupo de trabajo de psicomotricistas de la ACAP) ...].

##### Grupos de familias

Este formato de abordaje psicomotriz facilita las intervenciones con un grupo de familias y sus hijos e hijas en la sala. Supone una oportunidad para poder trabajar en

grupo la vinculación, las diferencias entre los niños/as; favorece la individualidad de cada uno y enriquece el juego a través de la vía corporal.

### La prevención primaria y secundaria

Abre un amplio abanico de posibilidades, entendido en el sentido de cómo aportar la mirada y la práctica psicomotriz en los entornos cotidianos de los niños/as (guarderías, etapa de infantil) y en la comunidad y otros servicios que conforman la red del territorio que están en relación directa con los niños/as de 0-6 años y sus familias.

## 8. Requisitos formativos que debería tener un/a psicomotricista para trabajar en un CDIAP

### Formación

En el contexto de este Modelo municipal, y a la espera de lo que se pueda establecer en el ámbito de la Red Pública de CDIAP de Cataluña, se definen los mínimos formativos necesarios para trabajar en nuestros CDIAP a partir de las formaciones reconocidas por la Asociación Europea de Escuelas de Formación en la Práctica Psicomotriz (ASEFOP).

Formación de 900 horas, distribuidas en tres años, en las que se trata el trabajo desde la vertiente educativa/preventiva y desde la vertiente terapéutica. Estos tres años de formación comprenden dos niveles diferenciados: un primer año de formación en práctica “educativa-preventiva” y dos años más de especialización en “ayuda terapéutica”.

Para el acceso a la especialización en “psicomotricidad terapéutica” se requiere una formación universitaria de base. Se considera que la formación previa más indicada para trabajar en el contexto de la atención precoz corresponde a las disciplinas de: logopedia, fisioterapia, psicología, trabajo social, pedagogía y terapia ocupacional.

Los contenidos del programa formativo en psicomotricidad están organizados para ayudar a las personas participantes en el desarrollo de una formación que se articula y se integra progresivamente. Los contenidos estructuran tres ejes de trabajo con tiempos y formas específicas:

### Formación personal

Es el área central de la formación, que facilita la conciencia y la integración de la propia unidad psicosomática con momentos de implicación tónica y emocional.

El objetivo es que la persona participante acceda al sistema de actitudes necesario para la relación de ayuda psicomotriz.

Esta formación pasa, básicamente, por la vía corporal, mediante situaciones de grupo, pequeño grupo e individuales, acompañadas de momentos de reflexión personal y en grupo, que lleven a la representación a través de la palabra (hablada y escrita) y de la plástica.

### Formación teórica

El objetivo es integrar:

- El proceso de maduración psicológica del niño/a por la vía motriz.
- Los indicios de la patología de esta maduración y del sentido de los síntomas expresados.
- Los principios de la acción y las estrategias de intervención necesarias para la ayuda educativa o terapéutica.

El debate en pequeño grupo y el debate abierto se alternan con las aportaciones de profesionales expertos y expertas, textos de apoyo y el análisis de la propia práctica.

### Formación pedagógica

Es el punto donde se articulan la formación teórica y la formación personal. El objetivo es adquirir una calidad de intervención en la relación de ayuda al niño/a.

Cada participante, con sus intervenciones, actualiza los conocimientos teóricos y, por medio del contacto directo en la sala de psicomotricidad, pone en evidencia los elementos fundamentales del propio desarrollo personal.

De esta manera adquiere un compromiso gradual asumiendo progresivamente la responsabilidad de la sesión, dirigida por un tutor/a. Esta progresión se desarrolla en tres fases: observación, cointervención, análisis y trabajo autónomo supervisado.

### Sistema de actitudes

Las actitudes y capacidades que debe tener el/la psicomotricista que trabaje en un CDIAP son o están referidas a:

- Propiciar en el niño/a unas condiciones favorables de seguridad afectiva y material para que pueda vivir su expresividad.
- Garantizar un entorno maternante y una autoridad que estructure.
- Capacidad empática de ponerse en el lugar del niño/a o de la familia sin perder la propia identidad.
- Tener una mirada periférica.
- Capacidad de escucha, disponibilidad, ajuste tonicopostural y acompañamiento. Así como también la maleabilidad y la plasticidad en la relación con el niño/a.
- Posición asimétrica en la relación con el niño/a.

## 9. Perspectivas de futuro

Recogemos a continuación las consideraciones efectuadas en el documento marco del grupo de psicomotricistas de la ACAP:

[... Pensamos que la psicomotricidad puede ser de gran utilidad en el tratamiento de “nuevas” patologías, menos definidas en su sintomatología y que implican factores constitucionales y relacionales, conjuntamente. Son casos que combinan signos leves de problemas de funcionamiento somático así como problemas emocionales de adaptación por razones de experiencia afectiva o cultural.

En ellos, la vía del cuerpo es la privilegiada para llegar a contactar con el “sujeto-que-sufre” y ofrecerle unas condiciones para transformar su experiencia vital.

Pensamos que la psicomotricidad puede ser una herramienta muy útil en la prevención en salud mental en los ámbitos educativos normalizados de los niños/as: guarderías o escuelas de educación infantil.

Pensamos que la psicomotricidad puede ofrecer herramientas y experiencia en el trabajo con pequeños grupos de niños/as que pueden ser consideradas un recurso asistencial con muchas posibilidades para atender a los niños/as de los CDIAP entre los 4 y los 6 años ...].

## 10. Bibliografía

- **Grupo de trabajo de la ACAP** (2004). La psicomotricitat en atenció precoç. Document marc. Miembros del grupo: Luna, A.; Saís, X.; Díaz, E.; Navarro, S.; Farrús, R.; Pijoan M.; Izquierdo, A.; Mañosa, M.; Fortuny, A.; Morales, F. y Cequiell.
- **Anna Luna y Rikardo Acebo** (2008). La sala de psicomotricidad en atención temprana. *Desenvolupa*. Núm. 29. Pág. 73 a 81.
- **Miguel Llorca Linares** (2006). El juego: recurso básico en psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Núm. 22. Pág. 153 a 164.

---

### Autoría intelectual:

Alicia Apolo Llerena, psicomotricista del CDIAP EIPI Ciutat Vella

Marta Lozano Miró, psicomotricista del CDIAP EIPI Nou Barris



# Anexo III

## El encaje del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario en el contexto de los CDIAP del IMPD

### Premisas de partida

1. La disciplina del trabajo social tiene la responsabilidad de aportar la “perspectiva social” en el conjunto de la mirada bio-psico-social que debe garantizar el equipo interdisciplinario del CDIAP. Esta es su aportación específica en el conjunto de disciplinas que conforman el equipo del servicio.
2. El objeto que motiva la intervención de la disciplina de trabajo social es:
  - La existencia o sospecha de situaciones de vulnerabilidad y de situaciones de riesgo para el desarrollo del niño/a.
  - La prevención de dichas situaciones.
3. Interviene en:
  - El trabajo de casos en el ámbito familiar (personas cuidadoras y dinámicas familiares) y grupal.
  - En el ámbito comunitario:
    - En proyectos y actuaciones de prevención primaria y secundaria que incorporen el objetivo de trabajar aspectos de crianza y habilidades parentales.
    - En proyectos de presencia y participación en la red de servicios del territorio.
4. Las funciones, perfil y formación de la disciplina de trabajo social en el contexto de un CDIAP de la Red Pública de Cataluña están ya definidas en el documento de la Generalitat de Catalunya elaborado por un grupo de personas expertas.

## Introducción

A pesar de estas premisas, la figura del trabajo social no siempre encuentra el encaje adecuado dentro del equipo interdisciplinario de un CDIAP. A menudo cuesta delimitar el campo de trabajo de esta disciplina en el contexto de un CDIAP. Puede ser, en este caso, que la transdisciplinariedad se ha impuesto en detrimento de la interdisciplinariedad, por lo que la “mirada social” es compartida por todos/as y la aportación específica del trabajo social al equipo interdisciplinario no encuentra el espacio adecuado. A menudo es difícil que el resto del equipo entienda sus funciones y las incluya en los casos necesarios a partir de detectar y comprender la problemática social.

Queremos encontrar el encaje adecuado de la figura del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario del servicio para alcanzar la mirada integral bio-psico-social que todo CDIAP debe garantizar en la atención que proporciona a niños/as, familia y entorno.

## Objetivo de este documento

Mejorar el encaje de la disciplina del trabajo social dentro del equipo interdisciplinario de nuestros dos CDIAP.

## La intervención del trabajo social en el trabajo de casos en el contexto de los CDIAP del IMPD

### La entrevista de acogida

En nuestros CDIAP es la figura del trabajo social la que realiza de ordinario la entrevista de acogida, aunque el resto de perfiles profesionales también las asumen ante ausencias prolongadas (vacaciones, baja por enfermedad o similares) o por sobrecarga de este/a profesional de forma que se vea amenazado el cumplimiento del estándar de calidad que marca un máximo de 30 días naturales entre la fecha de demanda de atención por parte de la familia y la realización o programación de la entrevista de acogida.

En el IMPD hemos optado por que sea la disciplina del trabajo social la que, habitualmente, realice las entrevistas de acogida al considerar que los CDIAP forman parte del Sistema de Servicios Sociales y que los distritos donde prestamos el servicio de atención precoz (Ciutat Vella y Nou Barris) tienen un índice de vulnerabilidad social alto en buena parte del territorio.

La entrevista de acogida tiene unos objetivos y un procedimiento recogidos en la Acreditación de una gestión de calidad del CDIAP, que debe garantizar la persona profesional que la realiza, sea de la disciplina que sea.

La prioridad en la fase de acogida es:

- escuchar y recoger la demanda de la familia,
- explicar el funcionamiento del CDIAP y en qué los podemos ayudar,
- valorar la idoneidad de la demanda y su prioridad, cuando sea necesario,
- proceder a la firma de la solicitud de atención según el protocolo de la Generalitat así como toda la documentación que define los compromisos y los términos de la relación asistencial que se inicia,
- y, sobre todo, conseguir que la familia se sienta acogida e iniciar el establecimiento de una vinculación de confianza con el servicio.

En este primer contacto del servicio no se puede –ni se debe– ir más allá.

Una vez finalizada la entrevista, el/la trabajador/a social (o quien realice la entrevista de acogida) en aplicación de los criterios acordados previamente de manera conjunta por los equipos interdisciplinarios de ambos CDIAP del IMPD:

- Asigna los perfiles profesionales que comenzarán la fase de valoración diagnóstica inicial.
- Especifica si la secuencia de intervenciones es simultánea o debe ser consecutiva y, en este caso, cuál debe ser el orden de intervención.
- Especifica cuál de las disciplinas participantes será la que asuma la referencia del caso.

¿Cuándo tiene que intervenir la disciplina del trabajo social en la fase de valoración diagnóstica inicial?

---

Siempre que:

- Se detecte la presencia de indicadores de vulnerabilidad social o de riesgo social.
- Se detecten puntos débiles o carencias en la crianza por parte de la familia, aunque no estén presentes otros factores de vulnerabilidad.

---

Se pueden dar dos situaciones:

**a) Que el/la trabajador/a social forme parte desde el primer momento del equipo interdisciplinario del caso que debe iniciar la valoración diagnóstica inicial.**

Esto ocurre cuando:

- La petición de apoyo a la crianza forma parte de la demanda de atención de la familia.
- El servicio derivador informa de la presencia de indicadores de vulnerabilidad social o de riesgo social; o bien indica la necesidad de orientación y apoyo a la crianza.

- En la entrevista de acogida se detecta cualquiera de estas situaciones. Esto, en la práctica, no es habitual que ocurra en la entrevista de acogida ya que la información disponible es aún insuficiente.

**b) Que el/la trabajador/a social se incorpore al equipo interdisciplinario del caso una vez la fase de valoración diagnóstica inicial ya está en marcha.**

Esto ocurre a requerimiento del o de la profesional referente del caso cuando los/las profesionales que han iniciado la valoración diagnóstica identifican la presencia de indicadores de vulnerabilidad o de riesgo social, o se detecta la necesidad de orientación y apoyo a la crianza.

Detectar la presencia de indicadores conforme aquella familia se puede encontrar en situación de vulnerabilidad o de riesgo social es responsabilidad de las personas profesionales que están realizando la valoración diagnóstica inicial del caso. Procede, entonces, pedir la incorporación del o de la trabajadora social para completar esta fase del proceso de atención con la “mirada social”.

Se priorizarán las familias en situación de riesgo social.

Corresponde al o la trabajador/a social efectuar la propuesta argumentada de priorización a partir de la información disponible de cada caso.

**¿Cuándo tiene que intervenir la disciplina del trabajo social en la fase de tratamiento?**

---

Siempre que el diagnóstico sociofamiliar sea:

- Familia en situación de vulnerabilidad social.
- Familia en situación de riesgo social.
- Familia con necesidad de orientación, apoyo y acompañamiento en el cuidado que hay que tener para el desarrollo integral del niño/a (necesidad de orientación y apoyo a la crianza).

---

Se pueden dar dos situaciones:

- a. Que el/la trabajador/a social ya forme parte del equipo interdisciplinario del caso en la fase de valoración diagnóstica inicial y lo siga siendo en la fase de tratamiento.
- b. Que el tratamiento esté ya iniciado, incluso hace tiempo, y que nuevas circunstancias o nuevas informaciones hagan replantear aspectos de la valoración diagnóstica y del plan de atención terapéutica establecido.

Cuando esto ocurre será el/la profesional referente del caso quien hará el requerimiento motivado de incorporación del o de la trabajadora social al equipo interdisciplinario del caso.

Es responsabilidad de las personas profesionales que están interviniendo en el caso detectar la presencia de indicadores conforme aquella familia se puede encontrar, o se encuentra, en situación de vulnerabilidad o de riesgo social.

También puede ocurrir que se pida su incorporación al equipo interdisciplinario del caso que iniciará la fase de tratamiento en función de cual sea la valoración diagnóstica inicial realizada y del plan de atención terapéutica definido con el equipo interdisciplinario del servicio. En este supuesto, sin embargo, lo adecuado sería no dar por cerrada la valoración diagnóstica inicial hasta incorporar la “perspectiva social” al análisis a realizar.

Se priorizará su incorporación al equipo interdisciplinario del caso cuando el diagnóstico sociofamiliar sea “Familia en situación de riesgo”.

**Corresponde al o la trabajador/a social efectuar la propuesta argumentada de priorización** a partir de la información disponible de cada caso.

### Los indicadores de vulnerabilidad y de riesgo. El QÜAIS, una herramienta útil para el resto de disciplinas

Cuando las personas profesionales que conforman el equipo interdisciplinario del caso detectan indicadores sociofamiliares de vulnerabilidad o de riesgo, necesariamente tienen que pedir la incorporación al equipo de la disciplina del trabajo social.

#### Los indicadores sociofamiliares de la aplicación e-UCCAP

La aplicación e-UCCAP, dentro del proceso de valoración diagnóstica/apartado 2.3 “Reunión interdisciplinaria” (del equipo interdisciplinario del caso), incorpora tres baterías de indicadores sociofamiliares:

- Indicadores sociofamiliares de protección.
- Indicadores sociofamiliares de vulnerabilidad.
- Indicadores sociofamiliares de riesgo.

Cada uno de ellos abre un desplegable que muestra una serie de indicadores que hay que seleccionar si están presentes en ese caso concreto.

Veamos a continuación cuáles son estos indicadores sociofamiliares.

Tabla. Indicadores sociofamiliares

Ámbito	Indicadores de <b>PROTECCIÓN</b>
1. Habilidades sociales	P.1.1. Recursos personales.
2. Funciones parentales	P.2.1. Necesidades básicas cubiertas. P.2.2. Habilidades para desarrollar las funciones parentales. P.2.3. Vínculos afectivos adecuados.
3. Dinámicas familiares	P.3.1. Dinámicas familiares estables y definidas.
4. Salud	P.4.1. Situación de salud. P.4.2. Cobertura sanitaria.
5. Terapéutico	P.5.1. Cumplimiento terapéutico.
6. Escolar	P.6.1. Niños/as escolarizados.
7. Laboral	P.7.1. Ocupación laboral.
8. Económico	P.8.1. Situación económica suficiente. P.8.2. Apoyo económico de terceros.
9. Vivienda	P.9.1. Estabilidad en la vivienda. P.9.2. Habitabilidad en el domicilio.
10. Redes sociales	P.10.1. Red de apoyo informal. P.10.2. Red de apoyo formal.
11. Legales	P.11.1. Documentación vigente.
12. Otros	P.12.1. Otros.

Ámbito	Indicadores de <b>VULNERABILIDAD</b>
1. Habilidades sociales	P.1.1. Déficit de recursos personales.
2. Funciones parentales	P.2.1. Dificultades para atender necesidades básicas. P.2.2. Dificultades para desarrollar las funciones parentales. P.2.3. Vínculos afectivos que dificultan la crianza.
3. Dinámicas familiares	P.3.1. Dinámicas familiares frágiles o inestables. P.3.2. Rupturas familiares. P.3.3. Antecedentes de malos tratos. P.3.4. Desbordamiento familiar.
4. Salud	P.4.1. Problemas de salud en los progenitores. P.4.2. Problemas de salud en el núcleo de convivencia. P.4.3. Tratamientos médicos o terapéuticos en el núcleo de convivencia.
5. Terapéutico	P.5.1. Dificultades en el cumplimiento del plan terapéutico.

6. Escolar	P.6.1. Exceso de permanencia en la escuela. P.6.2. Absentismo escolar.
7. Laboral	P.7.1. Ocupación laboral inestable. P.7.2. Búsqueda activa de trabajo. P.7.3. Dificultades para conciliar la vida laboral y familiar.
8. Económico	P.8.1. Ingresos irregulares. P.8.2. Mala distribución de los ingresos.
9. Vivienda	P.9.1. Condiciones del domicilio que pueden afectar al desarrollo del niño/a.
10. Redes sociales	P.10.1. Red de apoyo informal insuficiente. P.10.2. Red de apoyo formal insuficiente.
11. Legales	P.11.1. Ausencia del convenio regulador de la guarda de los hijos/hijas. P.11.2. Antecedentes de medidas de protección a la infancia.
12. Otros	P.12.1. Otros. P.12.2. Seguimiento de Servicios Sociales.

Ámbito	Indicadores de <b>RIESGO</b>
1. Habilidades sociales	—
2. Funciones parentales	P.2.1. Necesidades básicas no cubiertas. P.2.2. Falta de habilidades para desarrollar las funciones parentales. P.2.3. Vínculos afectivos inadecuados.
3. Dinámicas familiares	P.3.1. Dinámicas familiares alteradas o conflictivas. P.3.2. Exposición del niño/a a escenas de violencia. P.3.3. Pérdida de un progenitor.
4. Salud	P.4.1. Limitaciones en la autonomía de los progenitores. P.4.2. Falta de seguimiento médico. P.4.3. Complejidad de la enfermedad del niño/a. P.4.4. Falta de cobertura sanitaria.
5. Terapéutico	P.5.1. Incumplimiento del plan terapéutico.
6. Escolar	P.6.1 Niños/as no escolarizados.
7. Laboral	P.7.1. Dificultades para obtener un medio de subsistencia. P.7.2. Actividades delictivas o marginales.
8. Económico	P.8.1. Situación económica insuficiente. P.8.2. Ingresos económicos de actividades marginales.

9. Vivienda	P.9.1. Inestabilidad en la vivienda. P.9.2. Inhabitabilidad en el domicilio.
10. Redes sociales	P.10.1. Sin red de apoyo informal. P.10.2. Sin red de apoyo formal.
11. Legales	P.11.1. Sin documentación vigente. P.11.2. Sin gestión de la documentación legal del niño/a. P.11.3. Privación de libertad. P.11.4. Conflictos derivados del convenio regulador de la guarda de los hijos/hijas. P.11.5. Medidas de protección a la infancia.
12. Otros	P.12.1. Otros. P.12.2. Seguimiento de Servicios Sociales.
Situaciones de especial consideración	A. Sospechas de maltrato (consultar y registrar en Incidencias). B. Riesgo grave o desamparo.

Después de este apartado con las tres baterías de indicadores sociofamiliares, el siguiente apartado es “Diagnóstico sociofamiliar”, en el que se debe hacer seleccionar la casilla que corresponda:

- **Familia en situación de protección/sin necesidad de intervención social**

Definición: “Familia organizada, con capacidades y recursos internos y externos pero que, debido a las dificultades de su hijo o hija, requiere adaptaciones, asesoramiento y activación de nuevos recursos para su crianza”.

- **Familia en situación de vulnerabilidad social**

Definición: “Familia organizada, en la que sus capacidades parentales disminuyen debido a unas características o condiciones (transitorias o permanentes) biológicas, psicológicas o sociales, lo que conlleva un riesgo importante en la crianza de su hijo o hija”.

- **Familia en situación de riesgo social**

Definición: “Familia en la que las personas cuidadoras presentan graves dificultades que les impiden cuidar de su hijo o hija, lo que impide su desarrollo de manera correcta”.

## **El QÜAIS, una herramienta útil para el resto de disciplinas**

El Cuestionario de evaluación para la intervención social (Qüestionari d’avaluació per a la intervenció social, QÜAIS) es una herramienta que creó el grupo de trabajo de CDIAP del Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña con el fin de ayudar al resto



de disciplinas a identificar cuando es necesaria la incorporación de la disciplina del trabajo social en el equipo interdisciplinario del caso.

[... Con el objetivo de establecer criterios comunes que ayuden a los equipos de los CDIAP a saber cuando deben incluir la intervención del trabajador/a social del CDIAP para que establezca un diagnóstico social, se ha creado el Cuestionario de evaluación para la intervención social (Quai).

Este instrumento de cribado consiste en un cuestionario con doce ámbitos y veinticuatro indicadores con una puntuación establecida. La suma total de los valores de los indicadores mostrará si es necesaria o no la intervención del trabajador/a social del CIAP para valorar la situación sociofamiliar en un contexto concreto.

La puntuación establecida para que el trabajador/a social haga un diagnóstico social es de 6 y no implica necesariamente la intervención social en la familia, ya que ésta dependerá siempre del resultado del diagnóstico social.

La definición de cada indicador está recogida en el glosario ...].<sup>72</sup>

Veamos a continuación cuáles son estos indicadores y su puntuación.

Tabla. Cuestionario de evaluación para la intervención social (qüais)

Ámbito	Indicadores	Puntuación
2. Funciones parentales	P.2.1. Necesidades básicas no cubiertas.	P.2.1 = 3
	P.2.2. Falta de habilidades para desarrollar las funciones parentales.	P.2.2 = 2
	P.2.3. Vínculos afectivos inadecuados.	P.2.3 = 2
3. Dinámicas familiares	P.3.1. Dinámicas familiares alteradas o conflictivas.	P.3.1 = 3
	P.3.2. Exposición del niño/a a escenas de violencia.	P.3.2 = 3
	P.3.3. Pérdida de un progenitor.	P.3.3 = 2
4. Salud	P.4.1. Limitaciones en la autonomía de los progenitores.	P.4.1 = 3
	P.4.2. Falta de seguimiento médico.	P.4.2 = 3
	P.4.3. Complejidad de la enfermedad del niño/a.	P.4.3 = 2
	P.4.4. Falta de cobertura sanitaria.	P.4.4 = 1
5. Terapéutico	P.5.1. Incumplimiento del plan terapéutico.	P.5.1 = 3
6. Escolar	P.6.1 Niños/as no escolarizados.	P.6.1 = 3
7. Laboral	P.7.1. Dificultades para obtener un medio de subsistencia.	P.7.1 = 1
	P.7.2. Actividades delictivas o marginales.	P.7.2 = 2

72. Grupo de Trabajo Social de CDIAP del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya y de la Associació Catalana d'Atenció Precoç (2014). "Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la Xarxa de CDIAP de Catalunya". Documento.

8. Económico	P.8.1. Situación económica insuficiente.	P.8.1 = 3
	P.8.2. Ingresos económicos de actividades marginales.	P.8.2 = 2
9. Vivienda	P.9.1. Inestabilidad en la vivienda.	P.9.1 = 1
	P.9.2. Inhabitabilidad en el domicilio.	P.9.2 = 3
10. Redes sociales	P.10.1. Sin red de apoyo informal.	P.10.1 = 1
	P.10.2. Sin red de apoyo formal.	P.10.2 = 1
11. Legales	P.11.1. Sin documentación vigente.	P.11.1 = 2
	P.11.2. Sin gestión de la documentación legal del niño/a.	P.11.2 = 2
	P.11.3. Privación de libertad.	P.11.1 = 3
	P.11.4. Conflictos derivados del convenio regulador de la guarda de los hijos/hijas.	P.11.2 = 3
	P.11.5. Medidas de protección a la infancia.	P.11.1 = 3
12. Otros	P.12.1. Otros.	P.12.1 = 3
	P.12.2. Seguimiento de Servicios Sociales.	P.12.2 = 3
Situaciones de especial consideración	A. Sospechas de maltrato (consultar y registrar en Incidencias).	P.A. = 3
	B. Riesgo grave o desamparo.	P.B. = 3

La **Unión Catalana de Centros de Atención Precoz (UCCAP)** valoró la utilidad de esta herramienta con la finalidad para la que fue creada y **la incorporó a las aplicaciones informáticas** e-clinic y actual **e-UCCAP**.

Lo cierto es que el QÜAIS resulta útil no solo para saber cuándo hay que incluir la figura del trabajo social en la fase de valoración diagnóstica inicial sino también en la fase de tratamiento cuando se producen nuevas circunstancias o aparece nueva información que hace modificar la valoración diagnóstica inicial y el plan de atención terapéutica de tratamiento.

**¿Cómo funciona?** Marcando cada una de las casillas de los indicadores que están presentes en ese caso y momento. Cuando se destaca en **rojo** indica que se debe incorporar la disciplina del trabajo social en la fase de atención en la que se encuentre el caso (valoración diagnóstica o tratamiento).

Corresponde al o la trabajador/a social efectuar la propuesta argumentada de **priorización** a partir de la información disponible de cada caso.

### Intervención directa/intervención indirecta

Tal y como hemos dicho anteriormente, a la disciplina del trabajo social le corresponde **aportar la “perspectiva social” en el conjunto de la mirada bio-psico-social que debe garantizar el equipo interdisciplinario del CDIAP**. Esta es su aportación específica en el conjunto de disciplinas que conforman el equipo del servicio.

Esto puede hacerlo mediante una intervención directa o indirecta con la familia.

La **intervención directa** podrá realizarla mediante entrevistas con la familia (solo/a o conjuntamente con otra persona profesional del equipo interdisciplinario del caso) y/o mediante trabajo grupal.

La **intervención indirecta** podrá llevarla a cabo como miembro del equipo interdisciplinario del caso mediante asesoramiento y participación en la toma de decisiones durante la fase de valoración diagnóstica inicial o en el seguimiento del plan de atención terapéutica del caso, sin intervenir directamente con la familia.

Con independencia de que el/la trabajador/a social intervenga directa o indirectamente en el caso, **siempre que esté interviniendo, o sea necesario implicar a otro/s servicio/s social/es en la intervención con aquella familia, el/la trabajador/a social:**

- Analizará conjuntamente con estos otros servicios:
  - Cuáles son las necesidades, cuál la intervención a realizar y qué servicio/s la asume/n.
  - Se valorará qué servicio/s deben tener una intervención directa con la familia y cuál/es participarán en el análisis de la evolución de la situación y en la toma de decisiones interservicios, pero no intervendrán directamente con la familia.

Estos acuerdos entre los servicios implicados quedarán en un registro escrito (aunque sea en un correo electrónico) y el/la trabajador/a social del CDIAP los introducirá en la e-UCCAP.

- Garantizará la coordinación con los demás servicios sociales intervinientes y el seguimiento de los acuerdos establecidos.
- Garantizará el traspaso de la información que sea significativa al resto de profesionales del equipo interdisciplinario del caso y, especialmente, al o la profesional referente.

### ¿La disciplina del trabajo social del CDIAP, puede ser profesional referente?

- El/La trabajador/a social **puede ser referente de la familia y también referente del entorno.**
- Habitualmente no es referente del caso ya que, con carácter general, es la disciplina que sea referente del niño/a la que asume la referencia del caso. La disciplina de trabajo social, en el contexto de un CDIAP, interviene habitualmente con las personas cuidadoras y en las dinámicas familiares para facilitar que las condiciones, habilidades y capacidades en la crianza sean las más adecuadas posibles a las necesidades del niño/a.

Entendemos por “referente del caso”, tal y como lo hemos definido en la acreditación para una gestión de calidad de los CDIAP de la Red Pública de Cataluña:

[... Este o esta profesional del CDIAP debe coordinar el proceso diagnóstico y/o de tratamiento y la intervención del resto de profesionales del equipo que intervienen en el caso.

En la fase de valoración diagnóstica es quien vela para que se elabore de manera conjunta entre las personas profesionales del CDIAP participantes en el proceso diagnóstico todo lo que se deberá presentar en la reunión de equipo interdisciplinario del servicio:

- La información relevante del caso (niño/a, familia, entorno).
- Propuesta de valoración diagnóstica inicial.
- Propuesta de idoneidad en la continuidad de atención al CDIAP.
- Propuesta de plan de atención terapéutica.

El/La profesional referente del caso, que realiza la entrevista de devolución a la familia, puede no ser el/la profesional referente que iniciará el tratamiento. Es la persona profesional que realiza la devolutiva a la familia respecto del plan de atención terapéutica acordado en la reunión de equipo interdisciplinario del servicio.

En la fase de tratamiento es quien garantiza, entre otros, el seguimiento global del plan de atención terapéutica y la coherencia de los diferentes programas de actuación de cada profesional que interviene en el caso ...].

### Intervención grupal del/de la trabajador/a social en el trabajo de casos

En nuestros CDIAP la intervención grupal es una herramienta básica de intervención terapéutica.

El/La trabajador/a social **conduce grupos de familias (con o sin niños/as)**, solo/a o junto con un/a profesional del equipo.

¿Puede ser referente de un proyecto grupal? Sí.

### La intervención comunitaria del trabajo social en el contexto de los CDIAP del IMPD

La disciplina del trabajo social realiza intervención comunitaria participando en proyectos y actuaciones de:

- prevención primaria y secundaria que incorporen el objetivo de trabajar aspectos de crianza y habilidades parentales, y/o
- de presencia y participación en la red de servicios del territorio.

¿Puede ser referente de un proyecto comunitario? Sí.

## Coordinación por perfil profesional

Trabajar con una metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario requiere, entre otros, fortalecer la propia disciplina para fortalecer al equipo aportando esta mirada específica.

El Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y el IMPD establece que todas las actuaciones en los ámbitos de la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos en el desarrollo, de la crianza y de la prevención de situaciones de riesgo [... serán realizadas con la metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario ...].

La interdisciplinariedad no es suficiente para poder asegurar la integración de las miradas bio-psico-social. Hay que lograr, además, la transdisciplinariedad. Un rasgo definitorio de la atención precoz es justamente que requiere que se trabaje en equipo interdisciplinario pero, al mismo tiempo, también es necesario que cada profesional y disciplina del equipo de un CDIAP incorpore conocimientos del resto de disciplinas y profesionales para lograr una atención lo más global posible.

Es cierto que existe el riesgo de confusión entre roles de disciplinas diferentes. Por eso hay que estar alerta para evitar que el ejercicio de la transdisciplinariedad pueda llevar a la indiferenciación entre disciplinas. Por esta razón, uno de los retos al utilizar la metodología de trabajo interdisciplinario y transdisciplinario es fortalecer la propia disciplina para enriquecer el equipo interdisciplinario con la mirada y el saber específicos de cada una de las disciplinas que integran el equipo de un CDIAP.

De ahí que las y los trabajadores sociales de nuestros CDIAP formen parte del grupo de profesionales del trabajo social de CDIAP que hace años existe en el Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña.

---

### Escrito elaborado por:

Gemma Casado Fernández, trabajadora social del CDIAP EIPI Ciutat Vella.

Mar Morales Ansa, trabajadora social del CDIAP EIPI Nou Barris.

Margarida Saiz Lloret, jefe del Departamento de Servicios de Vida Independiente.



# Anexo IV

## Programa funcional del equipamiento que necesita el CDIAP EIPI Ciutat Vella

### Consideraciones previas

1. El equipamiento actual tiene seis años de vida y una superficie de 290 metros cuadrados pero a pesar de ser adecuado para la naturaleza del servicio y de la actividad a realizar, ha quedado pequeño para el volumen de profesionales que trabajan hoy allí, por lo que, provisionalmente, se ha tenido que llegar a un acuerdo con una entidad privada (ASPANIAS) que dispone de un equipamiento en el distrito que cumple los requisitos necesarios para la prestación de servicios de atención precoz de acuerdo con lo estipulado en la normativa legal vigente.<sup>73</sup>
2. Las dimensiones que se prevén necesarias ahora para el equipamiento donde debe ubicarse el CDIAP EIPI Ciutat Vella no se podían prever hace ocho años cuando se buscaba una ubicación alternativa al equipamiento totalmente inadecuado que tenían entonces (en la calle Erasme Janer). En este período:
  - La demanda ha ido aumentando de manera progresiva, significativa y sostenida en la medida que ha ido mejorando la capacidad de detección precoz de los servicios de salud, educativos y otros servicios sociales, al tiempo que los avances médicos en neurogenética y reproducción asistida han hecho aumentar los partos prematuros y la supervivencia de los niños/as. Esto, entre otros factores a considerar. A modo de ejemplo, el incremento de niños/as y familias atendidas ha sido de un 87,4% en los últimos seis años (2013 a 2018, ambos inclusive).
  - La Generalitat puso en marcha un proceso de definición de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de atención precoz, y también se ha dado un impulso muy importante a la intervención grupal, por poner algunos ejemplos de los cambios que se han producido en este período.
3. El cálculo de la superficie necesaria de acuerdo con lo definido en este programa funcional ha sido realizado por el Departamento de Infraestructuras y Equipamientos del Área de Derechos Sociales.

---

73. En la Plaça de les Caramelles, 2

## Definición

---

### ¿Qué es?:

Los centros de desarrollo infantil y atención precoz son los establecimientos específicos de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública donde se prestan los servicios de atención precoz.

Los servicios de atención precoz son **servicios sociales de atención especializada** del Sistema Catalán de Servicios Sociales, que **forman parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública**.

Tienen **carácter universal**: Los servicios de atención precoz se conforman como un derecho subjetivo para todas las personas que reúnan los requisitos establecidos en el Decreto y que tengan su residencia habitual en Cataluña. (Art. 2.)

**Son gratuitos**: Estos servicios no están sujetos a contraprestación económica por parte de las personas y familias que los reciban.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)

---

### Finalidad:

Ofrecer a los niños/as con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de inclusión social.

---

### Objetivos generales:

- Atender a la población infantil desde la concepción hasta que el niño/a cumpla los seis años en cuanto a la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento.
- Participar en la coordinación de las actuaciones que se realizan en esta franja de edad.
- Participar en los proyectos de coordinación interdepartamental.
- Asegurar equipos expertos en desarrollo infantil.
- Garantizar la continuidad asistencial.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)



## Servicios que presta

---

### Descripción de los servicios:

Realiza un conjunto de actuaciones de carácter preventivo, de detección, diagnóstico y de intervención terapéutica, de carácter interdisciplinario, que se entiende, en un sentido amplio, desde el momento de la concepción hasta que el niño/a cumple los seis años, incluyendo, por tanto, la etapa prenatal, perinatal, postnatal y pequeña infancia.

### ¿Qué hace?

- Realiza un diagnóstico interdisciplinario, funcional, sindrómico y etiológico del desarrollo del niño/a, de la situación familiar y del entorno.
- Efectúa la evaluación continua del desarrollo del niño/a.
- Lleva a cabo la intervención terapéutica interdisciplinaria de tratamiento al niño/a y a su entorno inmediato de forma ambulatoria y periódica.
- Colabora y coopera con los servicios sociales, sanitarios, educativos y otros que desarrollen tareas de prevención y detección precoz de los trastornos de desarrollo y situaciones de riesgo en la población infantil hasta los seis años.
- Orienta a las familias realizando el asesoramiento y apoyo a los padres o personas tutoras en los contenidos que le sean propios.
- Orienta a los y las profesionales de la educación infantil en las etapas de 0 a 3 y de 3 a 6 años en cuanto a los trastornos del desarrollo.

Estos servicios se llevan a cabo en los ámbitos del niño/a, la familia, el entorno y la sociedad.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)

---

### Ámbitos de actuación:

- La prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos en el desarrollo de cualquier etiología.
- La crianza, entendida como el apoyo y acompañamiento a la familia en el cuidado que hay que tener para el desarrollo integral del niño/a.
- La prevención de situaciones de riesgo por antecedentes personales o familiares.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)

## Justificación

---

### Conceptos:

- El CDIAP EIPI Ciutat Vella forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública y de la Red Pública de CDIAP de Cataluña.
- Es necesario que el equipo crezca para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población infantil de 0 a 6 años del distrito de Ciutat Vella que tienen un trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo por causas biológicas, psicológicas o sociales.

Las dimensiones del equipamiento actual no lo hacen posible.

---

### Indicadores:

En 2018, el CDIAP EIPI Ciutat Vella atendió a 491 niños/as y a sus familias. Un CDIAP puede atender al niño/a, a su familia y al entorno significativo desde que nace hasta que cumple los seis años.

La frecuencia de atención viene determinada por su diagnóstico y establecida por el marco legal vigente.

## Marco legal

---

### Ámbito temático: Servicios sociales “general”

#### Ámbito territorial: Cataluña

- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.
- Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. (Vigente.)

### Ámbito temático: Servicios sociales “atención precoz”

#### Ámbito territorial: Cataluña

- Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.
- Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.

#### Ámbito territorial: Barcelona-IMPD

- Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).

**Ámbito temático: Población****Ámbito territorial: internacional**

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Observación General núm. 9. Los derechos de los niños/as con discapacidad.

**Ámbito territorial: Cataluña**

- Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (2010).

**Personas destinatarias****Perfil:**

Tienen derecho a los servicios de atención precoz los niños/as, con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, desde el momento de la concepción y, como máximo, hasta que cumplen los seis años con independencia de la causa de dicho trastorno.

**Decreto 45/2014**, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.

**Canales de acceso:**

- [... El acceso a los servicios de atención precoz es directo. La familia puede acceder directamente, por iniciativa propia, siempre que el centro le corresponda por zona y que la edad del niño/a esté en la franja de atención precoz (preferentemente niños/as desde 0 años hasta escolarizados en P-4).
- Para acceder al servicio de atención precoz los padres y madres o tutores/as legales deberán firmar la correspondiente solicitud de atención durante el proceso de acogida ...].

(Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).

**Gestión****Público/concertado:**

Gestión directa del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (Área de Derechos Sociales).

## Equipo técnico

---

### Perfil profesional y número:

#### Perfiles profesionales:

- Médico/a neuropediatra, o de forma transitoria o excepcional médico/a con formación acreditada en pediatría o neuropediatría.
- Psicólogo/a clínico, o psicólogo/a con formación acreditada en desarrollo infantil.
- Fisioterapeuta.
- Logopeda.
- Trabajador/a social.
- Psicomotricista.

(Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Vigente.)

- Terapeuta ocupacional (Nueva figura que incorpora este Modelo.)

#### Ratio estimada (Modelo municipal)

- Dirección.
- 2,5 personal administrativo y de recepción.
- 1 neuropediatra (20 horas semanales).
- 5 psicólogos/as.
- 2 logopedas.
- 3 fisioterapeutas.
- 2 trabajadores/as sociales.
- 1 psicomotricista (30 horas semanales).
- 1 terapeuta ocupacional (30 horas semanales).

## Ubicación del equipamiento

---

En un barrio del distrito de Ciutat Vella céntrico y bien comunicado.

## Espacios (organización de los espacios del servicio)

---

### Requerimiento general:

Superficie total necesaria: **737,50 metros cuadrados**. (Departamento de Infraestructuras y Equipamientos del Área de Derechos Sociales).

Accesible.

---

**Recepción:**

- En la recepción de un CDIAP se realizan tramitaciones de documentación y atención a la ciudadanía.
- Debe disponer de espacio suficiente para que puedan trabajar simultáneamente dos personas administrativas.
- Debe disponer de un mostrador, 2 ordenadores, impresora, armarios para impresos, etc.
- La recepción debe tener el control visual de la puerta de acceso y de la sala de espera.

---

**Sala de espera:**

- Cuando hay grupos, muchas familias esperan para recoger a los hijos e hijas, más las familias que vienen para atención individualizada, más los y las profesionales de servicios que acuden a coordinarse.
- Se precisa un espacio de espera diferenciado para niños/as de corta edad con mesa, sillas, juegos, cuentos, etc.
- Espacio para dejar los cochecitos de los niños/as más pequeños accesible visualmente desde la recepción.
- Expositor de material informativo para la ciudadanía.

---

**Salas motrices:**

Estas salas, serán utilizadas mayoritariamente por profesionales fisioterapeutas y psicomotricistas. Tienen unos requisitos determinados (espalderas, espejos, etc.).

- 3 salas de 25 metros cuadrados.

---

**Sala multisensorial:**

- 1 sala multisensorial de 25 metros cuadrados.

---

**Sala de reuniones y de intervención grupal (niños/as y/o adultos):**

- 2 salas polivalentes de 40 metros cuadrados.

---

**Salas de atención individualizada/familiar (niños/as y/o familias):**

- 5 espacios de 20 metros cuadrados.
- 3 espacios de 15 metros cuadrados.

---

**Despacho de dirección:**

- 1 despacho de 15 metros cuadrados.

---

### **Espacio de trabajo interno:**

- Espacio con 15 puestos de trabajo (14/15 profesionales, más alumnos en prácticas de másteres y posgrados).
- Espacio para archivar los expedientes de las personas atendidas (con llave para la confidencialidad) y documentación del servicio.

---

### **Baños:**

La normativa legal vigente (Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz) establece que hay que dotar al equipamiento de:

- Aseo para niños/as.
- Aseo para el personal.
- Aseo para personas adultas que esté adaptado para personas con discapacidad y disponga de cambiador de bebés.

---

### **Vestuario:**

- 10 metros cuadrados.

---

### **Office**

### **Espacio para el RAC (IMI)**

### **Almacén de materiales y juguetes**

### **Almacén de material de limpieza**

## **Medidas a implementar en todo el equipamiento**

---

El espacio público alrededor del centro y el interior de este equipamiento deben ser totalmente accesibles y deben estar adaptados a las necesidades de las personas con discapacidad.

# Anexo V

## Programa funcional del equipamiento que necesita el CDIAP EIPI Nou Barris

### Consideraciones previas

1. El equipamiento actual tiene seis años de vida y una superficie de 236 metros cuadrados pero a pesar de ser adecuado para la naturaleza del servicio y de la actividad a realizar, ha quedado pequeño para el volumen de profesionales que trabajan hoy allí, por lo que, provisionalmente, se ha tenido que llegar a un acuerdo con el Espacio Social de Salud Comunitaria Guineueta y con el Casal de Barri (Plan Comunitario Verdum) para poder realizar las actividades ordinarias del servicio de atención individualizada/familiar y grupal las mañanas de los lunes, martes y miércoles.
2. Las dimensiones del equipamiento que necesita ahora el CDIAP EIPI Nou Barris no se podían prever años atrás cuando se decidió el emplazamiento actual. En este período:
  - La demanda ha ido aumentando de manera progresiva, significativa y sostenida en la medida que ha ido mejorando la capacidad de detección precoz de los servicios de salud, educativos y otros servicios sociales, al tiempo que los avances médicos en neurogenética y reproducción asistida han hecho aumentar los partos prematuros y la supervivencia de los niños/as. Esto, entre otros factores a considerar. A modo de ejemplo, el incremento de niños/as y familias atendidas ha sido de un 81,96% en los últimos seis años (2013 a 2018, ambos inclusive).
  - La Generalitat puso en marcha un proceso de definición de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de atención precoz, y se ha dado también un impulso muy importante a la intervención grupal, por poner algunos ejemplos de los cambios que se han producido en este período.
3. No es posible la ampliación del equipamiento actual con la anexión del local contiguo. Esta es la primera opción que se planteó, pero no es viable.
4. El cálculo de la superficie necesaria de acuerdo con lo definido en este programa funcional ha sido realizado por el Departamento de Infraestructuras y Equipamientos del Área de Derechos Sociales.

5. Hay que tener en cuenta que parte del equipo adscrito al CDIAP EIPI Nou Barris que se detalla a continuación estará ubicado una parte de su jornada laboral en la Antena Zona Nord dentro del Casal de Barri Torre Baró.

## Definición

---

### ¿Qué es?:

Los centros de desarrollo infantil y atención precoz son los establecimientos específicos de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública donde se prestan los servicios de atención precoz.

Los servicios de atención precoz son **servicios sociales de atención especializada** del Sistema Catalán de Servicios Sociales, que **forman parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública**.

Tienen **carácter universal**: Los servicios de atención precoz se conforman como un derecho subjetivo para todas las personas que reúnan los requisitos establecidos en el Decreto y que tengan su residencia habitual en Cataluña. (Art. 2.)

**Son gratuitos**: Estos servicios no están sujetos a contraprestación económica por parte de las personas y familias que los reciban.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)

---

### Finalidad:

Ofrecer a los niños/as con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de inclusión social.

---

### Objetivos generales:

- Atender a la población infantil desde la concepción hasta que el niño/a cumpla los seis años en cuanto a la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento.
- Participar en la coordinación de las actuaciones que se realizan en esta franja de edad.
- Participar en los proyectos de coordinación interdepartamental.
- Asegurar equipos expertos en desarrollo infantil.
- Garantizar la continuidad asistencial.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)



## Servicios que presta

---

### Descripción de los servicios:

Realiza un conjunto de actuaciones de carácter preventivo, de detección, diagnóstico y de intervención terapéutica, de carácter interdisciplinario, que se entiende, en un sentido amplio, desde el momento de la concepción hasta que el niño/a cumple los seis años, incluyendo, por tanto, la etapa prenatal, perinatal, postnatal y pequeña infancia.

### ¿Qué hace?

- Realiza un diagnóstico interdisciplinario, funcional, sindrómico y etiológico del desarrollo del niño/a, de la situación familiar y del entorno.
- Efectúa la evaluación continua del desarrollo del niño/a.
- Lleva a cabo la intervención terapéutica interdisciplinaria de tratamiento al niño/a y a su entorno inmediato de forma ambulatoria y periódica.
- Colabora y coopera con los servicios sociales, sanitarios, educativos y otros que desarrollen tareas de prevención y detección precoz de los trastornos de desarrollo y situaciones de riesgo en la población infantil hasta los seis años.
- Orienta a las familias realizando el asesoramiento y apoyo a los padres o personas tutoras en los contenidos que le sean propios.
- Orienta a los y las profesionales de la educación infantil en las etapas de 0 a 3 y de 3 a 6 años en cuanto a los trastornos del desarrollo.

Estos servicios se llevan a cabo en los ámbitos del niño/a, la familia, el entorno y la sociedad.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)

---

### Ámbitos de actuación:

- La prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos en el desarrollo de cualquier etiología.
- La crianza, entendida como el apoyo y acompañamiento a la familia en el cuidado que hay que tener para el desarrollo integral del niño/a.
- La prevención de situaciones de riesgo por antecedentes personales o familiares.

(Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.)

## Justificación

---

### Conceptos:

- El CDIAP EIPI Nou Barris forma parte de la Red Básica de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública y de la Red Pública de CDIAP de Cataluña.
- Es necesario que el equipo crezca para poder dar una respuesta adecuada a las necesidades de la población infantil de 0 a 6 años del distrito de Nou Barris que tienen un trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo por causas biológicas, psicológicas o sociales.

Las dimensiones del equipamiento actual no lo hacen posible.

---

### Indicadores:

En 2018, el CDIAP EIPI Nou Barris atendió a 575 niños/as y a sus familias. Un CDIAP puede atender al niño/a, a su familia y al entorno significativo desde que nace hasta que cumple los seis años.

Su población diana potencial en 2018, según los estándares definidos por la Generalitat, es de 645 niños/as, lo que significa que la previsión es que siga aumentando el número de niños/as atendidos.

La frecuencia de atención viene determinada por su diagnóstico y establecida por el marco legal vigente.

## Marco legal

---

### Ámbito temático: Servicios sociales “general”

#### Ámbito territorial: Cataluña

- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.
- Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. (Vigente.)

### Ámbito temático: Servicios sociales “atención precoz”

#### Ámbito territorial: Cataluña

- Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.
- Decreto 45/2014, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.

#### Ámbito territorial: Barcelona-IMPD

- Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del

Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).

### **Ámbito temático: Población**

#### **Ámbito territorial: internacional**

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006). Observación General núm. 9. Los derechos de los niños/as con discapacidad.

#### **Ámbito territorial: Cataluña**

- Ley 18/2003, de 4 de julio, de apoyo a las familias.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (2010).

### **Personas destinatarias**

---

#### **Perfil:**

Tienen derecho a los servicios de atención precoz los niños/as, con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos, desde el momento de la concepción y, como máximo, hasta que cumplen los seis años con independencia de la causa de dicho trastorno.

**Decreto 45/2014**, de 1 de abril, de modificación del Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz.

---

#### **Canales de acceso:**

- [... El acceso a los servicios de atención precoz es directo. La familia puede acceder directamente, por iniciativa propia, siempre que el centro le corresponda por zona y que la edad del niño/a esté en la franja de atención precoz (preferentemente niños/as desde 0 años hasta escolarizados en P-4).
- Para acceder al servicio de atención precoz los padres y madres o tutores/as legales deberán firmar la correspondiente solicitud de atención durante el proceso de acogida ...].

(Convenio de colaboración interadministrativa entre el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Catalunya y el IMPD del Ayuntamiento de Barcelona para la prestación del servicio de atención precoz en los centros de desarrollo infantil y atención precoz de Barcelona-Distritos de Ciutat Vella y de Nou Barris (2019).

## Gestión

---

### **Público/concertado:**

Gestión directa del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (Área de Derechos Sociales).

## Equipo técnico

---

### **Perfil profesional y número:**

#### **Perfiles profesionales:**

- Médico/a neuropediatra, o de forma transitoria o excepcional médico/a con formación acreditada en pediatría o neuropediatría.
- Psicólogo/a clínico, o psicólogo/a con formación acreditada en desarrollo infantil.
- Fisioterapeuta.
- Logopeda.
- Trabajador/a social.
- Psicomotricista.

(Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. Vigente.)

- Terapeuta ocupacional (Nueva figura que incorpora este Modelo.)

#### **Ratio estimada (Modelo municipal)**

- Dirección.
- 3,5 personal administrativo y de recepción.
- 1 o 2 neuropediatras (total: 32 horas semanales).
- 9 psicólogos/as.
- 2 logopedas.
- 3 fisioterapeutas.
- 3 trabajadores/as sociales.
- 2 psicomotricistas (total: 45 horas semanales).
- 2 terapeutas ocupacionales (total: 50 horas semanales).

## Ubicación del equipamiento

---

En un barrio del distrito de Nou Barris céntrico, bien comunicado y en terreno llano.

## Espacios (organización de los espacios del servicio)

---

### Requerimiento general:

Superficie total necesaria: **865 metros cuadrados**. (Departamento de Infraestructuras y Equipamientos del Área de Derechos Sociales).

Accesible.

---

### Recepción:

- En la recepción de un CDIAP se realizan tramitaciones de documentación y atención a la ciudadanía.
  - Debe disponer de espacio suficiente para que puedan trabajar simultáneamente dos personas administrativas.
  - Debe disponer de un mostrador, 2 ordenadores, impresora, armarios para impresos, etc.
  - La recepción debe tener el control visual de la puerta de acceso y de la sala de espera.
- 

### Sala de espera:

- Cuando hay grupos, muchas familias esperan para recoger a los hijos e hijas, más las familias que vienen para atención individualizada, más los y las profesionales de servicios que acuden a coordinarse.
  - Se precisa un espacio de espera diferenciado para niños/as de corta edad con mesa, sillas, juegos, cuentos, etc.
  - Espacio para dejar los cochecitos de los niños/as más pequeños accesible visualmente desde la recepción.
  - Expositor de material informativo para la ciudadanía.
- 

### Salas motrices:

Estas salas, serán utilizadas mayoritariamente por profesionales fisioterapeutas y psicomotricistas. Tienen unos requisitos determinados (espalderas, espejos, etc.).

- 3 salas de 25 metros cuadrados.
- 

### Sala multisensorial:

- 1 sala multisensorial de 25 metros cuadrados.
- 

### Sala de reuniones y de intervención grupal (niños/as y/o adultos):

- 3 salas polivalentes de 40 metros cuadrados.
-

### **Salas de atención individualizada/familiar (niños/as y/o familias):**

- 6 espacios de 20 metros cuadrados.
  - 4 espacios de 15 metros cuadrados.
- 

### **Despacho de dirección:**

- 1 despacho de 15 metros cuadrados.
- 

### **Espacio de trabajo interno:**

- Espacio con 21 puestos de trabajo (20 profesionales, más alumnos en prácticas de másteres y posgrados).
  - Espacio para archivar los expedientes de las personas atendidas (con llave para la confidencialidad) y documentación del servicio.
- 

### **Baños:**

La normativa legal vigente (Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención precoz) establece que hay que dotar al equipamiento de:

- Aseo para niños/as.
  - Aseo para el personal.
  - Aseo para personas adultas que esté adaptado para personas con discapacidad y disponga de cambiador de bebés.
- 

### **Vestuario:**

- 10 metros cuadrados.
- 

### **Office**

### **Espacio para el RAC (IMI)**

### **Almacén de materiales y juguetes**

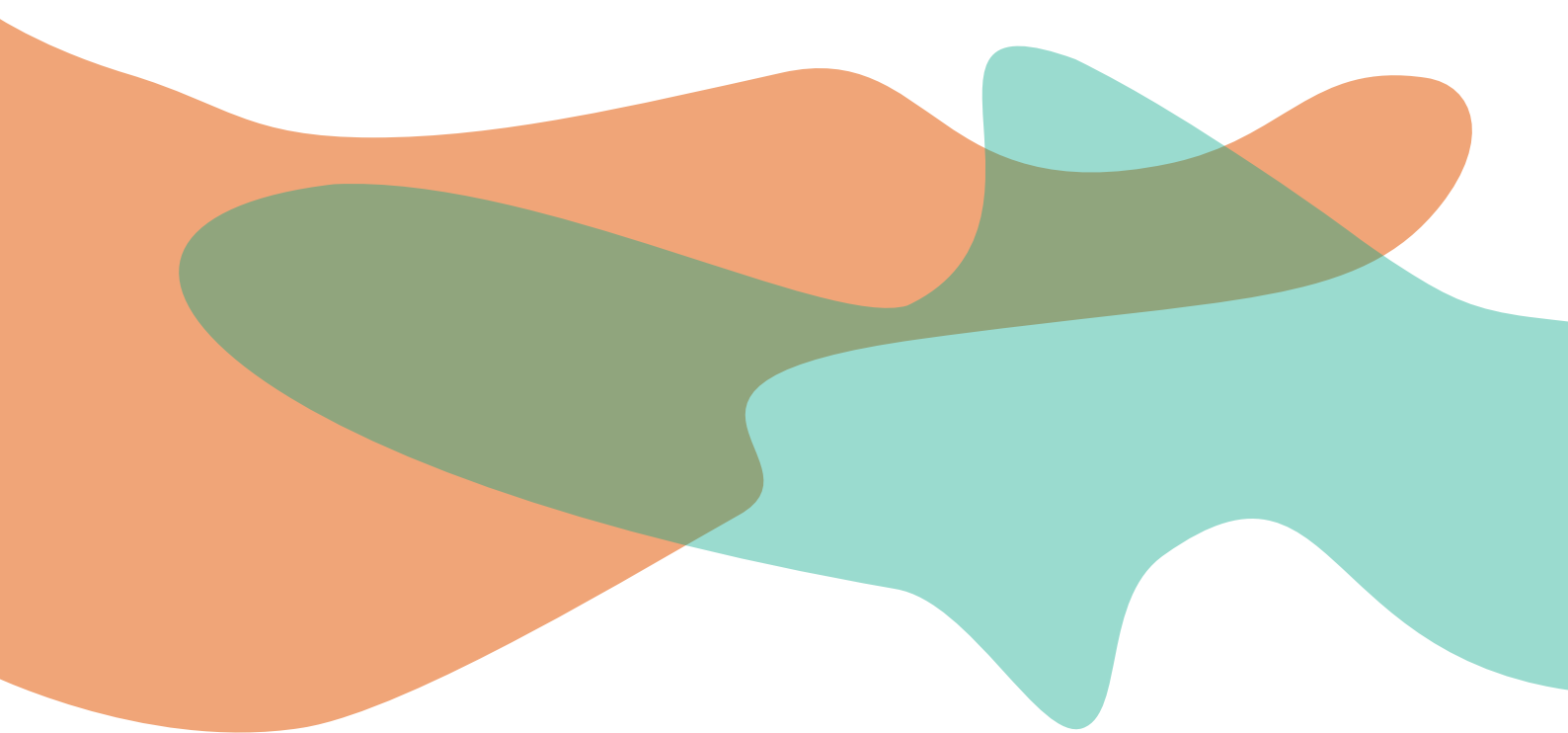
### **Almacén de material de limpieza**

## **Medidas a implementar en todo el equipamiento**

---

El espacio público alrededor del centro y el interior de este equipamiento deben ser totalmente accesibles y deben estar adaptados a las necesidades de las personas con discapacidad.





Ajuntament  
de Barcelona