



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma de Barcelona**

Facultat de Filosofia i Lletres  
Departament d'Antropologia Social i Cultural

**LA CONSTRUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO SOCIAL  
EN ATENCIÓN TEMPRANA:**

Profesionales, intervenciones y representaciones  
de la *familia social*

Tesis doctoral  
Jaime García Hernández

Barcelona, Noviembre de 2019

Dirección:  
Dra. Marta Golanó Fornells  
Dr. Jordi Grau Rebollo



A Esther, Fiononana, Luca Tsiahy  
y a nuestras familias,  
incluidas las de Madagascar.





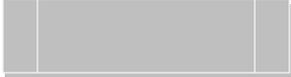
## Agradecimientos

Doy las gracias a la Dra. Marta Golanó Fornells y al Dr. Jordi Grau Rebollo, quienes han asumido la dirección de esta tesis, por guiarme en todo momento con paciencia encomiable hasta el final del camino. También al Dr. Aurelio Díaz Fernández, director del trabajo de máster previo a esta tesis y director de la tesis hasta su merecida jubilación, por su empujón inicial y por su sentido del humor.

Agradezco la contribución de los profesionales de la atención temprana que han participado de una forma u otra en la investigación.

Por último, agradezco de manera especial el soporte recibido por mi familia. Especialmente a Esther por su apoyo y paciencia infinita, a Fiononana por apagar el ordenador cuando lo creía oportuno y a Luca Tsiyahy quien, sin saberlo, puso fecha final a la presente tesis.





## Resumen

La presente tesis repasa la normativa, los supuestos teóricos e ideológicos, las limitaciones materiales y organizativas de los CDIAT y establece los efectos que ciertas construcciones sociales tienen sobre la práctica profesional así como las consecuencias que de ello pueden derivarse.

En este sentido, se analizan las diferentes definiciones del término *familia social* que los perfiles profesionales de los equipos interdisciplinares de los CDIAT utilizan, los instrumentos diagnósticos que manejan para el diagnóstico social, el tipo de funcionamiento de los servicios y el papel que en todo ello juegan las representaciones sociales.

La investigación se aborda desde una perspectiva cualitativa, basada en una etnografía continuada a lo largo de nueve años en los que se ha realizado observación participante en reuniones interdisciplinarias y en el marco de sesiones de supervisión en cuatro CDIAT de Catalunya completada con cuarenta y tres entrevistas semi-estructuradas de informantes clave con perfiles profesionales de Psicología, Psicología clínica, Neuropediatría, Logopedia, Fisioterapia, Trabajo Social y Pedagogía.

Entendiendo el diagnóstico social como una comparación entre dos situaciones (Scaron & Genisans, 1985; Ander-Egg, 1985), la explorada mediante un proceso diagnóstico y la situación dada que sirve de modelo ideal, la investigación constata que en los CDIAT la primera situación se ve reducida mayoritariamente al estudio de la interacción entre la madre y su hijo o hija y que la segunda situación no está consensuada por el conjunto de profesionales de CDIAT resultando, por tanto, estéril cualquier comparativa entre ambas.

La tesis señala la importancia de identificar qué profesionales de CDIAT sostienen la representación de la *familia social*; nos aproxima a la visión que tienen de este tipo de familia y plantea una conceptualización del modelo ideal de familia en situación de protección y expone un instrumento de soporte al diagnóstico social en atención temprana acicate para el cambio de significado de las representaciones sociales asociadas a la *familia social*.



## Abstract

This thesis reviews the regulations, the theoretical and ideological assumptions, material and organizational limitations of the CDIAT and establishes the effects that certain social constructions have on professional practice as well as the consequences that can be derived from it.

To do so, the different definitions of the term *social family* that the different professionals of the interdisciplinary teams of the CDIAT use, the diagnostic instruments they handle for the social diagnosis, the type of operation of the services and the role that social representations play in all this are analyzed.

The research is approached from a qualitative perspective based on a continuous over 9-year ethnography gathering data through participant observation in interdisciplinary meetings as well as supervision sessions in four CDIATs in Catalonia and completed with 43 semi-structured interviews with professionals of Psychology, Clinical Psychology, Neuropediatrics, Speech Therapy, Physiotherapy, Social Work and Pedagogy as key informants.

Understanding the social diagnosis as *a comparison between two situations* (Scaron & Genisans, 1985; Ander-Egg, 1985), *the one explored* through a diagnostic process and *the given situation* that serves as *an ideal model*, the research confirms that the first situation is mostly reduced to the study of the mother and child interaction and that the second situation is not agreed by the early care professionals, thus making sterile any comparison between them.

This thesis entails the importance of identifying which CDIAT professionals hold the mental image of social families, it brings us closer to how these professionals see the

social families and finally it raises a conceptualization of the ideal family model in a situation of protection and exposes a support instrument for social diagnosis in early care encourage for the change of significance of the social representations associated with the *social family*.



## Prefacio

Gran parte de esta tesis se basa en una etnografía entendida como la descripción de lo que la gente hace desde su propia perspectiva, por tanto, para su elaboración han interesado tanto las prácticas como los significados de estas prácticas para quienes las realizan. Y se asume que lo singular de este método de investigación es precisamente la articulación de estas dos dimensiones.

Como no podría ser de otro modo, estas descripciones implican “comprensiones situadas” (Restrepo, 2016, p. 17) ya que dan cuenta de las formas de hacer y pensar de las personas de la muestra del estudio y se basan en observaciones, conversaciones e interpretaciones del investigador en un determinado momento para este conjunto de profesionales que también hacen y piensan en función del momento y del lugar.

Sin embargo, este hecho no significa que las singularidades de un contexto no permitan ciertas generalizaciones más allá de los CDIAT y el conjunto de profesionales que forman parte de la muestra. Estas singularidades pretenden aportar comprensión contextual de unos escenarios concretos para establecer conexiones con otros escenarios más generales.

Que la etnografía, entendida de esta forma, se ocupe de las peculiaridades que se encuentran en las actividades y significados de determinadas personas no conlleva, necesariamente, no poder hablar de grandes temas. En palabras de Geertz (1973): “(...) pequeños hechos hablan de grandes cuestiones” (p. 35).

Es evidente que el investigador, como sujeto social que es, tiene sus propios valores culturales y sociales de los que resulta imposible sustraerse totalmente. Por ello, se ha intentado controlar la influencia que sus posiciones etnocéntricas (el rechazo a la diferencia cultural asumiendo que los valores, ideas y prácticas de la formación cultural propia son superiores al resto) y sociocéntricas (el asumir que los valores, ideas y prácticas de una clase social son modelos ideales de comportamiento despreciando las de otras clases) pudieran tener en su capacidad de comprensión contextual. Del mismo modo y no menos importante, se ha realizado un continuo esfuerzo por mitigar los efectos que la formación en Trabajo Social del investigador pudiera tener en la comprensión y descripción de la vida social teniendo en cuenta la perspectiva de sus protagonistas.

En otro orden de ideas, para la redacción de la tesis se han seguido las recomendaciones de la *Guía para el uso no sexista del lenguaje en la Universidad Autónoma de Barcelona* (Servicio de Lenguas y Observatorio para la Igualdad de la UAB, 2011) y se hace constar expresamente que el término “progenitores” refiere a todas las combinaciones posibles de progenitores: un padre, una madre, dos padres, dos madres y un padre más una madre o viceversa.

Por otro lado, el término “parental” hace referencia a los progenitores u otras personas que ejerzan funciones de cuidado, educación y socialización de los hijos e hijas y “parentalidad” hace referencia al rol que desarrollan para ejercer dichas funciones.

A su vez, los términos “CDIAT” y “CDIAP” se utilizan para referirse al mismo servicio: al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) en castellano y al *Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç* (CDIAP) en catalán.

Por último, es importante remarcar dos aspectos que hacen referencia al capítulo 5: el primero, que el instrumento de soporte al diagnóstico sociofamiliar en atención temprana *JADE* es una propuesta conjunta de Adela Rodríguez Civil y del

investigador. El segundo, que la propuesta de modelo ideal es una propuesta a desarrollar en mayor profundidad pero, necesariamente, desde la interdisciplinariedad y no desde la presente tesis.



## Sumario

1. Introducción.....	1
2. Consideraciones metodológicas .....	5
2.1. Interrogantes de partida.....	5
2.2. Objetivo general y objetivos específicos.....	6
2.3. Variable dependiente y variables independientes .....	6
2.4. Diseño .....	7
2.5. Fases.....	7
2.6. Búsqueda documental.....	8
2.7. Observación participante .....	9
2.8. Entrevistas.....	10
2.9. Muestra y criterios de inclusión .....	13
2.10. Análisis documental y de la información.....	16
2.11. Dificultades y limitaciones.....	16
2.12. Consideraciones éticas.....	18
3. Marco teórico y conceptual .....	21
3.1. Atención temprana y CDIAT .....	21
3.1.1. La entrada al servicio .....	28
3.1.2. El diagnóstico .....	28
3.1.3. El tratamiento .....	34
3.1.4. La baja o derivación .....	35
3.2. Diagnóstico social.....	36
3.3. Diagnóstico social y CDIAT .....	43
3.4. Familia, <i>familia social</i> y CDIAT .....	45
3.5. Instrumentos de detección del riesgo social .....	55
3.6. Estereotipos.....	60

3.7. Representaciones sociales .....	69
4. Resultados .....	77
4.1. La atención en los CDIAT .....	82
4.1.1. Fase de entrada al servicio .....	83
4.1.2. Fase de diagnóstico .....	86
4.1.3. Fase de tratamiento .....	100
4.1.4. Fase de baja o derivación .....	102
4.2. La <i>familia social</i> y sus representaciones sociales.....	102
4.2.1. Contexto de producción del objeto social.....	103
4.2.2. Significación de <i>familia social</i> .....	108
5. Algunas propuestas y futuras líneas de investigación.....	113
5.1. El <i>JADE</i> .....	113
5.2. Futuras líneas de investigación .....	121
6. Conclusiones.....	123
6.1. Conclusiones respecto a los objetivos de la tesis.....	123
6.2. Conclusiones generales de la tesis .....	130
7. Bibliografía .....	133
8. Anexos .....	151
8.1. <i>JADE</i> : diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç. ....	151
8.2. Glossari <i>JADE</i> . ....	151



## Lista de abreviaturas

- ACAP: Associació Catalana d'Atenció Precoç
- APA: American Psychological Association
- CDIAP: Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç
- CDIAT: Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades
- COTSC: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya
- DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- EAIA: Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència
- EFQM: European Foundation for Quality Management
- EUCCAP: Programa informàtic para la gestión del conocimiento
- GAT: Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana
- ISO: International Standardization Organization
- JADE: Diagnóstico sociofamiliar en atención temprana
- LA AGENCIA: Agencia Europea para el desarrollo de la educación de las necesidades especiales
- ODAT: Organización Diagnóstica en Atención Temprana
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ONU: Organización de Naciones Unidas
- PDF: Portable Document Format
- QÜAIS: Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social
- UCCAP: Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç
- UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund



# 1. Introducción

Por casualidad y con ayuda de la discriminación positiva en un ámbito feminizado, el investigador empezó a trabajar en atención temprana como trabajador social de CDIAT pese a no tener formación específica ni experiencia en el ámbito. Estas carencias se fueron subsanando a marchas forzadas mientras se formaba a la par que iba aplicando el consejo en forma de refrán *donde fueres, haz lo que vieres* hasta toparse con (llamémosle) el caso de *Anna*.

*Anna* era una niña recién nacida que necesitaba atención temprana pero uno de sus progenitores, que la había repudiado en el momento de su nacimiento por el síndrome que presentaba y por el que necesitaba terapia, no la autorizaba negándose el equipo de profesionales de CDIAT a atenderla de oficio por la falta de participación de los dos progenitores en su proceso de valoración.

Nada cuanto había leído hasta el momento sobre atención temprana podía servir de apoyo al criterio clínico del equipo de profesionales por lo que el caso de *Anna* acabaría convirtiéndose (o eso me gusta creer) en el motivo de la presente tesis de investigación.

En las disciplinas que forman parte de la atención temprana, para la atención al niño y la niña existe un conocimiento de cada disciplina para entender el desarrollo intelectual, emocional, relacional, etc. La Psicología, Neuropediatría, Fisioterapia y Logopedia estudian el desarrollo esperado o ideal del niño y la niña, a partir de lo que se determina una posible alteración. Sin embargo, para la atención a las familias de estos niños y niñas, no existe ningún tipo de consenso en cuanto a la definición y uso

de los conceptos familia y *familia social*, ni sobre la validez y uso de instrumentos diagnósticos para identificar situaciones que requieran algún tipo de intervención.

Existe un riesgo considerable de que los profesionales que no utilicen ningún instrumento diagnóstico a la hora de diagnosticar a las familias y que, por el modelo de funcionamiento de su CDIAT, no realicen diagnósticos en equipo con funcionamiento interdisciplinario, establezcan impresiones diagnósticas en base a sus representaciones sociales.

El propósito de la tesis es conocer el uso del término *familia social* que los perfiles profesionales de los equipos interdisciplinarios de los CDIAT utilizan, qué instrumentos diagnósticos manejan para el diagnóstico social y qué papel juegan las representaciones sociales en este ámbito.

Este proyecto de investigación pretende conocer a los otros a través de los unos o, mejor dicho, conocer cómo y mediante qué mecanismos el conjunto de profesionales de CDIAT construyen a las personas usuarias de CDIAT. La imagen final de los otros, sin duda, condiciona cualquier tipo de intervención de los unos por lo que exponer elementos de comprensión para conocer mejor en qué se basa esta construcción puede resultar de utilidad para la atención temprana.

La investigación pretende enmarcarse en la Antropología aplicada o investigación orientada, pues tiene el propósito de explicar un fenómeno a la vez que ofrecer una serie de recomendaciones y orientaciones generales para la intervención (Díaz, 1998) si bien comparto con San Román (2005) que “La búsqueda del conocimiento no debería estar constreñida por las previsiones de sus capacidades prácticas, porque muchas veces lo que en este sentido resulta inútil es lo que nos ayuda a comprender con mayor profundidad y acierto” (p. 379).

Siguiendo a Scaron y Genisans (1985), se piensa el diagnóstico social como “(...) una comparación entre dos situaciones: la presente, que hemos llegado a conocer

mediante la investigación, y otra, ya definida y supuestamente conocida que nos sirve de pauta o modelo” (p. 26). Sin embargo, en los CDIAT, la primera situación se ve reducida, mayoritariamente, al estudio de la interacción entre la madre y su hijo o hija y la segunda situación, la que nos sirve de pauta o modelo, no goza de consenso entre el conjunto de profesionales de CDIAT resultando estéril cualquier comparativa.

La tesis que aquí se presenta constata que la dimensión figurativa de la *familia social* emerge repetidamente a la hora de construir y utilizar diagnósticos sociales como una categoría tan cotidiana como estigmatizante, formando parte de todo un conocimiento *folk* que se da por descontado y se fundamenta en prejuicios, estereotipos que aparentemente dejan sin cabida la discusión teórica.

La premisa de la investigación es que en los CDIAT, un equipo multidisciplinario realiza diagnósticos bio-psico-sociales del niño y la niña, su familia y entorno. De esta premisa surgen dos interrogantes:

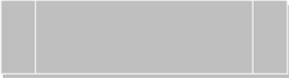
- 1) ¿Qué disciplina realiza el diagnóstico social?
- 2) ¿Cómo se realiza el diagnóstico social?

La investigación se pregunta también si es posible un diagnóstico social en CDIAT y, de serlo, se plantea quién realiza el diagnóstico y quién es diagnosticado, qué instrumentos utiliza el equipo de profesionales de CDIAT para diagnosticar a las familias y qué papel juegan en este procedimiento las representaciones sociales, los estereotipos y prejuicios sobre quien realiza el diagnóstico.

Para ello, la tesis se ha abordado desde una perspectiva cualitativa, basada en una etnografía continuada a lo largo de nueve años en los que se ha realizado observación participante en reuniones interdisciplinarias y en el marco de sesiones de supervisión en cuatro CDIAT, completada con cuarenta y tres entrevistas semi-estructuradas de informantes clave con perfiles profesionales de Psicología,

Psicología clínica, Neuropediatría, Logopedia, Fisioterapia, Trabajo Social y Pedagogía.

En conclusión, la investigación conlleva la conveniencia de reconocer qué profesionales de CDIAT piensan, sienten y crean o mantienen la imagen mental de las *familias sociales* y nos aproxima a la visión del mundo que este conjunto de profesionales tienen, pues el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.



## 2. Consideraciones metodológicas

La investigación ha tenido una duración de cinco años, comenzando el otoño de 2014 y finalizando el verano de 2019, si bien es cierto que la búsqueda documental, la recogida de información y la observación participante comenzaron en el otoño de 2010. Se ha abordado desde una perspectiva cualitativa, partiendo de un marco teórico y de un conocimiento previo del fenómeno a estudiar en el ámbito asistencial. A partir de estos supuestos se han interpretado los datos recogidos proporcionando información relevante del contexto analizado.

Como se ha comentado anteriormente, se basa en una etnografía de nueve años completada con entrevistas semi-estructuradas de informantes clave entendidos como aquellas personas que por sus vivencias y relaciones que tienen en el ámbito de estudio son una fuente importante de información a la vez que facilitan el acceso a otras personas y a nuevos escenarios.

### 2.1. Interrogantes de partida

La premisa de la investigación es que *en los CDIAT, un equipo multidisciplinar realiza diagnósticos bio-psico-sociales del niño o la niña, su familia y entorno*. De esta premisa surgen dos interrogantes principales:

- 1) ¿Qué disciplina realiza el diagnóstico social?
- 2) ¿Cómo se realiza ese diagnóstico?

## 2.2. Objetivo general y objetivos específicos

Así pues, el objetivo general de la investigación es saber *cómo se realiza el diagnóstico social en los CDIAT*. Por su parte, los objetivos específicos consisten en:

- Analizar lo establecido por el marco legislativo de los CDIAT sobre los diagnósticos sociales.
- Revisar el marco teórico de referencia del diagnóstico social.
- Analizar los instrumentos diagnósticos del ámbito social y su uso en los CDIAT.
- Conocer los perfiles profesionales que realizan el diagnóstico social.
- Explicar el papel del equipo multidisciplinario a la hora de establecer el diagnóstico social.
- Estudiar las categorías diagnósticas del ámbito social y su uso en los CDIAT.
- Analizar el uso social que el conjunto de profesionales de CDIAT hacen del concepto *familia social*.
- Observar el papel de las representaciones sociales en el término *familia social* y en los diagnósticos sociales.

## 2.3. Variable dependiente y variables independientes

La variable dependiente de la investigación es *el diagnóstico social en los CDIAT*.

Por su parte, las principales variables independientes son:

- Modelo de atención temprana.
- Perfiles profesionales y funciones.
- Equipos multidisciplinarios y funcionamiento.
- Instrumentos diagnósticos.
- Uso del concepto *familia social*.

- Representaciones sociales y su influencia en el uso del término *familia social*.

## 2.4. Diseño

La investigación es descriptiva-interpretativa y explicativa analizando la realización del diagnóstico social y la utilización del término *familia social*. A su vez, tiene también un carácter transversal ya que circunscribe la recogida de información a un único momento en el tiempo.

El sujeto de estudio son los profesionales que desarrollan su labor en CDIAT de Catalunya durante el periodo 2010-2018 con titulación en Psicología, Psicología clínica, Neuropediatría, Logopedia, Fisioterapia, Trabajo Social o Pedagogía y el universo está formado por el conjunto de profesionales de CDIAT de Catalunya.

La recogida de información se ha realizado mediante la revisión de fuentes primarias y secundarias relacionadas con el tema, la observación participante y la realización de entrevistas semi-estructuradas individuales.

## 2.5. Fases

La investigación se puede agrupar en seis fases, algunas de ellas solapadas en el tiempo:

- 1) Fase exploratoria (2010-2011): en esta fase se realizó una búsqueda y análisis documental centrada en la atención temprana y los CDIAT y el diagnóstico social y se realizaron algunas entrevistas informales indagatorias a colegas de diferentes CDIAT.

- 2) Fase de observación participante (2010-2018): en este periodo se amplió la búsqueda y análisis documental centrándose en los conceptos de familia y *familia social* y se realizó observación participante en cuatro CDIAT distintos de Catalunya.
- 3) Fase de elaboración del JADE (2017): en este estado se elaboró un instrumento para el diagnóstico social en la atención temprana y se sometió a una prueba piloto en cinco CDIAT de Catalunya.
- 4) Fase de realización de entrevistas (2017-2018): aquí se amplió la búsqueda y análisis documental centrándose en la teoría de las representaciones sociales y los conceptos de prejuicios y estereotipos y se realizaron las entrevistas a las personas de la muestra.
- 5) Fase de análisis (2018): en esta fase se analizaron los datos, se impartió un seminario sobre el diagnóstico social para la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP) con el objetivo de contrastar los resultados parciales de la tesis y se realizó una segunda prueba piloto del *JADE* en ocho CDIAT de Catalunya.
- 6) Fase de análisis y redacción de la tesis (2019): último eslabón de la investigación, en el que se redactó la versión final de la tesis.

## 2.6. Búsqueda documental

La búsqueda documental ha sido una constante durante toda la investigación. Comenzó en el año 2010, centrándose básicamente en la atención temprana, los CDIAT y el diagnóstico social coincidiendo con el inicio de una trayectoria profesional como trabajador social de CDIAT.

Los primeros contactos con el tema provinieron de las lecturas recomendadas por colegas de profesión, la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP), la *Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç* (UCCAP), el *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* (COTSC), el *Grup de Treball Social i Atenció Precoç* del *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* (COTSC) y de la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP) y el Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).

Más adelante, mediante metabuscadorees del tipo *Google* y *Google Académico* (entre otros) se centró la búsqueda bibliográfica en cuatro áreas temáticas:

- La atención temprana y los CDIAT.
- El diagnóstico social.
- Los conceptos de familia y de *familia social*.
- Las representaciones sociales, los prejuicios y los estereotipos.

## **2.7. Observación participante**

El motivo principal de la elección de la observación participante como técnica de recogida de información fue el permitir observar en un clima de espontaneidad al conjunto de profesionales en los escenarios básicos de la construcción del diagnóstico social en los CDIAT: las reuniones interdisciplinarias y las sesiones de supervisión de casos.

De este modo, durante nueve años se realizó observación participante de las reuniones interdisciplinarias y de las sesiones de supervisión de casos de cuatro CDIAT distintos de Catalunya.

A modo de diario de campo se utilizó una hoja de cálculo donde se anotaban en las columnas los fragmentos de conversaciones acompañados de variables que

ayudaban a definir el contexto de su producción (perfil profesional de la persona emisora, momento del proceso de atención al que hacían referencia, CDIAT de referencia, fecha...) y en las filas se anotaba un número identificativo.

## 2.8. Entrevistas

El objetivo principal de la elección de las entrevistas semi-estructuradas como técnica de recogida de información fue poder conocer de primera mano y en profundidad las opiniones y percepciones de las personas entrevistadas sobre el diagnóstico social y las *familias sociales* en CDIAT.

De este modo, se realizaron cuarenta y tres entrevistas siguiendo un guion formado por dos bloques: uno de preguntas biográficas y otro de preguntas referidas al tema de estudio.

Las preguntas biográficas servían para conocer la trayectoria profesional de la persona entrevistada y generar un clima de confianza siendo las preguntas del tipo:

- ¿Cuántos años llevas trabajando en CDIAT?
- ¿En cuántos distintos has trabajado?
- ¿Qué funciones has desempeñado en cada uno de ellos?
- ¿Cómo empezaste a trabajar en este ámbito?
- ¿Cómo valoras la situación actual del sector?

Por su parte, las preguntas referidas al tema de estudio estaban agrupadas en tres bloques:

El primer bloque hacía referencia al proceso diagnóstico con preguntas del tipo:

- ¿En qué consiste el proceso diagnóstico que seguís en el CDIAT donde trabajas?
- ¿Utilizáis alguna organización diagnóstica para la familia?
- ¿En qué consiste?
- ¿Quién diagnostica a la familia?
- ¿Cómo se introduce la figura del profesional del Trabajo Social?
- ¿Utilizáis el *Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)*?, ¿Cómo lo utilizáis?, ¿Qué utilidad crees que tiene?

El segundo bloque hacía referencia a las categorías diagnósticas de familia con preguntas del tipo:

- ¿Utilizáis alguna terminología específica para referiros a la familia que requiere una valoración social?
- ¿Informáis a la familia del resultado del proceso diagnóstico?
- ¿Recogéis la opinión de la familia sobre el resultado?
- ¿Qué hacéis si existen discrepancias con la familia?

Y el tercer y último bloque hacía referencia al tratamiento social con preguntas del tipo:

- ¿E informa a la familia de los objetivos a trabajar?
- ¿Participa la familia en su elaboración?
- ¿Quién hace el seguimiento/intervención de la familia?
- ¿Compartes casos de forma habitual con los profesionales del Trabajo Social del equipo?

- ¿Cómo definirías a la familia que necesita seguimiento y/o intervención por parte del CDIAT?
- ¿El seguimiento/intervención de la familia está condicionado por el diagnóstico?

Se pactaron con las personas de la muestra el lugar, el día y la hora para realizar la entrevista previa explicación verbal y por escrito del estudio. El día acordado, la persona entrevistada firmaba el consentimiento informado y se solicitaba permiso para poder registrar el audio de la entrevista mediante grabadora.

Las entrevistas se realizaron en diferentes escenarios, siendo el más habitual el propio CDIAT en el que trabajaba la persona entrevistada o una cafetería cercana.

Las entrevistas supusieron más de catorce horas de grabación, con una duración media de veintitrés minutos, siendo de ocho la más breve y de cincuenta y cinco la más larga. Se registraron con una grabadora digital y se transcribieron los fragmentos más relevantes utilizando una hoja de cálculo para su posterior análisis.

Una vez finalizada la entrevista, se ofrecía a la persona entrevistada un espacio por si quería reflexionar sobre algún aspecto que hubiera suscitado su interés a raíz de la entrevista y se ofrecía la posibilidad de recibir una copia de la tesis una vez publicada.

El trabajo de campo ha permitido la recopilación de información de forma directa. El uso complementario de la observación participante y la realización de entrevistas semi-estructuradas a informantes clave ha permitido obtener información de los fenómenos a estudiar desde una perspectiva vivencial mediante la narrativa de las personas.

## 2.9. Muestra y criterios de inclusión

En el estudio existen dos muestras, una para cada técnica de recogida de información. La muestra correspondiente a la observación participante está formada por cuatro CDIAT con las siguientes características generales (por razones de confidencialidad, no se adjunta una tabla de perfiles que pudiera facilitar la identificación de los integrantes de la muestra):

- Están gestionados por entidades privadas sin ánimo de lucro.
- Son de tamaño medio (entre 500 y 1000 usuarios anuales).
- Son de la provincia de Barcelona.
- Realizan reuniones interdisciplinarias y supervisiones de casos.

El criterio de inclusión de la muestra requería la participación en reuniones interdisciplinarias de diagnóstico y/o sesiones de supervisión de casos. Sin embargo, como se verá más adelante en el apartado 2.11, el criterio que jugó un papel determinante fue el acceso del investigador a este tipo de encuentros. De este modo, en tres CDIAT pudo trabajar como trabajador social durante cinco años y en el CDIAT restante como trabajador social y coordinador del servicio durante cuatro años más.

Por su parte, la muestra correspondiente a las entrevistas está formada por cuarenta y tres personas que presentaban, en el momento en que se realizaron las entrevistas (2017-2018), las siguientes características (Por razones de confidencialidad, no se presenta una tabla de perfiles que pudiera facilitar la identificación de las personas integrantes de la muestra):

- 1 profesional de Pedagogía, 4 de Logopedia, 6 de Fisioterapia, 6 de Neuropediatría, 11 de Psicología y 15 de Trabajo Social.
- 42 personas del género femenino y 1 del masculino.

- La media de edad era de 42,8 años siendo de 26 años la persona más joven y de 69 la mayor.
- La media de años trabajando en CDIAT era de 10,7 años siendo de 1,5 años el de menor tiempo y de 27 el de mayor.
- La experiencia profesional de las 43 personas de la muestra se ha llevado a cabo en 34 CDIAT distintos de Catalunya.
- El 77% tenía un título de máster.
- El 30,2% habían ejercido funciones de coordinación de CDIAT.
- La media de la jornada laboral que realizaban era de 31 horas siendo de 16 la más reducida y de 38,75 la más amplia.
- El número medio de profesionales que integraban el equipo de CDIAT del que formaban parte era de 17 siendo de 7 el más pequeño y de 35 el más grande.
- La media de personas usuarias atendidas por el CDIAT en el que trabajaban era de 700 siendo 300 el que menos atendió y 2.000 el que más.
- El 30,2% estaba asociado a la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP).
- El 53,5% formaba parte de algún grupo de trabajo (vinculado a la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP), a la *Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç* (UCCAP) y/o en uno de los colegios profesionales correspondientes a su disciplina).
- El 41,9% de los CDIAT tenían un certificado de calidad (ISO o EFQM).
- El 81,4% de los CDIAT utilizaban el programa informático *EUCCAP*.

Los criterios de inclusión en la muestra eran cuatro:

- Ser profesional de Psicología, Psicología clínica, Neuropediatría, Logopedia, Fisioterapia, Trabajo Social o Pedagogía.
- Trabajar en un CDIAT de Catalunya.
- Tener una experiencia laboral en CDIAT mínima de un año.
- Haber trabajado en más de un CDIAT.

La elección de las personas de la muestra se llevó a cabo de forma que estuvieran representados todos los perfiles profesionales para que fuera lo más completa posible. Por tanto, es un muestreo por conveniencia no probabilístico.

El conjunto de profesionales de Trabajo Social y Psicología es considerablemente mayor al de otras disciplinas ya que, *a priori*, los profesionales de Trabajo Social son los encargados del diagnóstico e intervención en el ámbito social y los profesionales de Psicología representan aproximadamente la mitad de profesionales de CDIAT.

Se priorizaron a profesionales que habían trabajado en más de un CDIAT para abarcar el mayor número distinto de CDIAT que permitiera conocer diferentes formas de organizar los servicios. Sin embargo, también se incluyeron a profesionales que, pese a no cumplir con este criterio, tenían una larga trayectoria profesional en un único CDIAT.

Por último, se siguió un muestreo bola de nieve para garantizar la accesibilidad a las personas de la muestra. Se comenzó entrevistando a una persona que conocía al investigador y que cumplía con los criterios de inclusión de la muestra quien proporcionó datos de contacto de otra persona de otro CDIAT que también cumplía con los requisitos de inclusión de la muestra. Se contactaba con la persona, se le explicaba la finalidad de la investigación y, si estaba interesada en participar, se acordaba lugar, día y hora para realizar la entrevista. Cada vez que se finalizaba una entrevista, se volvía a repetir el procedimiento hasta poder realizar dos entrevistas en paralelo lo que permitió avanzar a mayor ritmo.

En ningún momento se interrumpió la cadena, al contrario. Sin embargo, a partir de la entrevista número treinta, el nivel de variabilidad de las respuestas comenzó a descender y, junto a la limitación de los recursos destinados a la realización de la investigación, se optó por finalizar la muestra al acabar la entrevista número cuarenta y tres.

## 2.10. Análisis documental y de la información

Durante la investigación se recopilaron y analizaron fuentes documentales primarias y secundarias que han servido de sustento teórico y empírico para analizar y comprender el fenómeno estudiado.

La información recogida se transformó en datos útiles para intentar dar respuesta a los interrogantes planteados en la investigación. Para ello, se leyeron y organizaron los datos enumerándolos, clasificándolos y realizando comentarios al margen; se analizaron a continuación los contenidos, determinando categorías e identificando categorías, buscando información para cada una de ellas y estableciendo, cuando procedía, las subcategorías pertinente, describiendo semejanzas y diferencias entre ellas. Por último, se interpretaron los resultados partiendo del marco teórico establecido.

## 2.11. Dificultades y limitaciones

La principal dificultad (que supone, a su vez, la principal limitación del estudio) es no haber podido realizar un muestreo probabilístico (aleatorio) en el que todas las personas del estudio, los profesionales que desarrollan su labor en CDIAT de Catalunya durante el periodo 2010-2018 con titulación en Psicología, Psicología clínica, Neuropediatría, Logopedia, Fisioterapia, Trabajo Social o Pedagogía tuvieran ocasión de formar parte de la muestra.

Como se ha comentado anteriormente, las dos muestras utilizadas son por conveniencia no probabilística (no aleatoria). En el primer caso, la muestra correspondiente a la observación participante, se realizó una prospección por diferentes CDIAT para saber si cumplían con los criterios de la muestra, que realizaran reuniones interdisciplinarias de diagnóstico y/o sesiones de supervisión de casos. El resultado fue que en muchos CDIAT no se llevaban a cabo reuniones

interdisciplinarias de diagnóstico y/o supervisiones grupales de casos y en los que sí se celebraban el horario de las reuniones era incompatible con las obligaciones laborales del investigador y/o los CDIAT no autorizaban la observación de este tipo de reuniones o sesiones.

Para solventar esta dificultad se optó por realizar la observación participante en los CDIAT en los que el investigador trabajaba. Por tanto, los resultados de estas observaciones solo proporcionan una idea aproximada de la realidad actual del diagnóstico social y del uso del concepto *familia social* de un determinado conjunto de profesionales de CDIAT y no pretenden, por consiguiente, ser extrapolables al resto de CDIAT de Catalunya como se apunta expresamente en el prefacio de la presente tesis.

En el segundo caso, la muestra correspondiente a las entrevistas, la elección de las personas de la muestra se llevó a cabo de forma que estuvieran representados todos los perfiles profesionales para que fuera lo más completa posible. Se optó porque el conjunto de profesionales de Trabajo Social y Psicología fuera mayor por entender que los profesionales de Trabajo Social eran los encargados del diagnóstico e intervención en el ámbito social y porque los profesionales de Psicología representaban aproximadamente la mitad de profesionales de CDIAT. Se priorizaron a los profesionales que habían trabajado en más de un CDIAT y que en el momento de la realización del estudio trabajaran en un CDIAT de la provincia de Barcelona. Por último, se siguió un muestreo bola de nieve para garantizar la accesibilidad a las personas de la muestra. Por tanto, los resultados de estas entrevistas solo proporcionan una idea aproximada de la realidad actual del diagnóstico social y del uso del término *familia social* de un determinado conjunto de profesionales de CDIAT y, como en el caso anterior, no pretenden ser extrapolables al resto de profesionales de CDIAT de Catalunya como se señala también en el prefacio de la tesis.

Por otra parte, el hecho de que el investigador pasara tanto tiempo y de forma tan intensa en el contexto ha requerido de una actividad de reflexión constante para no pasar por alto cuestiones cotidianas que tienden a pasar desapercibidas.

## 2.12. Consideraciones éticas

La investigación se ha llevado a cabo siguiendo cinco principios básicos de la ética aplicada a la investigación:

- 1) Principio de no maleficencia: cualquier respuesta de las personas de la muestra no supone ningún perjuicio para ellas.
- 2) Principio de beneficencia: el hecho de responder a las preguntas de la entrevista genera efectos positivos en cuanto a la reflexión del ejercicio profesional de las personas de la muestra.
- 3) Principio de autonomía: no existe ningún beneficio material, condición ni coacción alguna para participar en la investigación.
- 4) Principio de transparencia: se ha informado siempre a las personas entrevistadas de la finalidad del estudio y de la posibilidad de parar la entrevista o eliminarla en cualquier momento que creyeran oportuno.

A tal efecto, se redactó un consentimiento informado acorde con el reglamento aprobado por la Comisión de Ética en la experimentación Animal y Humana de la *Universitat Autònoma de Barcelona* en diciembre de 2012 que debía leer y firmar toda persona de la muestra antes de comenzar la entrevista.

En el caso de la observación participante de las reuniones interdisciplinarias y de las sesiones de supervisión, no se informó a ningún profesional de los

diferentes equipos para no alterar el clima de espontaneidad ni generar disfunciones en el desarrollo de las reuniones o sesiones. El objetivo principal que se perseguía era que vieran al observador participante como uno más del equipo con las funciones específicas propias de su perfil profesional que en el caso del investigador eran las de trabajador social y coordinador.

- 5) Principio de confidencialidad: se ha garantizado siempre el anonimato de todas las narraciones de las personas de la muestra, personas entrevistadas y participantes en reuniones interdisciplinarias y sesiones de supervisión.

Con el objetivo de garantizar la confidencialidad, se han tomado las siguientes medidas a la hora de citar un fragmento de narración para que no se pueda desvelar la identidad de quien la formuló:

- Ninguna cita de un fragmento de narración va identificada ni asociada a un cargo o perfil profesional. Solo conceptos generales van asociados a distintos perfiles profesionales.
- Todas las citas de fragmentos de narraciones son en castellano indistintamente del idioma en el que se produjeron.
- Todos los extractos de fragmentos de narraciones en las que aparece algún género se redactan en masculino indistintamente del género al que hacían referencia.



### 3. Marco teórico y conceptual

En el presente capítulo se ofrece un panorama de las convergencias sobre algunos conceptos teóricos básicos que son utilizados en esta tesis referidos a la atención temprana, el diagnóstico social, la familia, los estereotipos y las representaciones sociales. Cabe señalar que cada uno de estos conceptos, en especial el término “familia” o “representaciones sociales” podría constituir, según el nivel de análisis, un marco teórico en sí mismo pues existe una vasta bibliografía al respecto. Sin embargo, el interés principal de la tesis no reside en las disquisiciones teóricas sobre los conceptos utilizados sino en el *uso social* que los profesionales de la atención temprana hacen de estos por lo que se ha planteado un marco teórico fundamentado en consensos teóricos sobre los términos planteados. De este modo, cada concepto analizado parte de una definición básica sobre la que se sustenta la presente tesis, resultado de puntos de encuentro de otras definiciones más complejas ofrecidas por los referentes teóricos de cada cuestión.

#### 3.1. Atención temprana y CDIAT

Se podría considerar como una definición básica de la atención temprana el conjunto de intervenciones realizadas por profesionales expertos en desarrollo infantil y familia con el objetivo de contribuir a mejorar el desarrollo del niño y la niña reforzando las competencias de su familia y fomentando su inclusión social. Más allá de este punto, existen numerosas definiciones de atención temprana, aunque de todas ellas, se recogen aquí las dos más referenciadas junto con la que aparece en la normativa catalana sobre los servicios de atención temprana.

La definición de ámbito nacional más referenciada es la que aparece en el *Libro Blanco de la Atención Temprana* del Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT), donde señala que:

Se entiende por Atención Temprana 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. (Grupo de Atención Temprana [GAT], 2000, p. 13)

A nivel internacional, la definición más aludida es la que aparece en los informes de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación de las Necesidades Especiales (La Agencia) (2005) que señala que:

La Atención Temprana es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidas previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias. (p. 17)

Por último, el *Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç*, de la Generalitat de Catalunya, define la atención temprana como:

Un conjunt d'actuacions de caire preventiu, de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica, de caràcter interdisciplinari, que s'estén, en un sentit ampli, des del moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys, abastant, per tant, l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i petita infància.

No obstante, el artículo 4.5 del *Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç*, de la Generalitat de Catalunya, apunta que:

Sens perjudici del caràcter universal dels serveis d'atenció precoç, es prioritza l'atenció als infants de menys de tres anys i als infants amb afectació greu, d'acord amb el criteri clínic dels professionals del CDIAP. S'entén per afectació greu aquella condició familiar, d'entorn o del mateix infant, que repercuteix en alguna àrea del seu desenvolupament, de manera que resta compromesa, de forma significativa, la seva capacitat adaptativa i de relació amb l'entorn.

Como se puede apreciar, todas las definiciones hacen referencia a las intervenciones en niños y niñas de 0 a 6 años, con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos, sus familias y entornos desde un equipo de carácter interdisciplinario priorizando la atención a niños y niñas menores de 3 años o con afectación grave en su desarrollo. En conjunto, se podría decir que el objetivo principal de la atención temprana es potenciar el desarrollo y bienestar infantil fomentando su inclusión en el entorno.

Según el *Libro Blanco de la Atención Temprana*, el objetivo principal no es otro que:

(...) que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (GAT, 2000, p. 17)

Y recoge como objetivos más destacados:

- 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. (GAT, 2000, p. 17)

Se considera que el desarrollo infantil aglutina el conjunto de cambios biológicos y psicológicos que se dan en un niño o niña desde su nacimiento hasta la adolescencia y que se caracterizan por la adquisición progresiva de funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso y la organización mental y emocional que requieren de una base genética adecuada y de la satisfacción de necesidades biológicas y psicoafectivas (GAT, 2000).

Por tanto, el desarrollo infantil es el resultado de la interacción entre factores biológicos específicos a cada persona y factores ambientales que modularán la expresión de las características biológicas. Todos estos factores son de orden biológico, psicológico y social y determinan la adecuada maduración, el desarrollo emocional, las funciones comunicativas, las conductas adaptativas y el aprendizaje: “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” (GAT, 2000, p. 14).

Durante la primera infancia, el sistema nervioso se encuentra en una etapa de maduración y de importante plasticidad que comporta una vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del entorno y una gran capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional (GAT, 2000).

Se parte del supuesto que un trastorno del desarrollo es una alteración de las funciones relacionadas con la maduración del sistema nervioso y/o la organización mental y/o emocional esperada de un niño o niña: “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” (GAT, 2000, p. 15).

En la misma línea, se considera que los factores de riesgo son las condiciones o circunstancias que pueden favorecer la aparición de un trastorno en el desarrollo. De este modo, se consideran situaciones de riesgo biológico aquellas que podrían alterar el proceso madurativo de un niño o niña (prematuridad, bajo peso, anoxia al nacer...). A su vez, se consideran situaciones de riesgo psico-social aquellas condiciones psico-sociales poco favorecedoras que pueden alterar el proceso madurativo de un niño o niña (falta de cuidados, negligencias, maltrato...).

La evolución del niño o niña con alteraciones en su desarrollo dependerá considerablemente de su pronta detección e intervención desde la atención temprana para el mayor aprovechamiento de su proceso de maduración y plasticidad cerebral:

En la planificación de la intervención, se debe considerar el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos y no solo el déficit o discapacidad que pueda presentar. En Atención Temprana se ha de considerar al niño en su globalidad, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psico-sociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social. (GAT, 2000, p. 15)

Es necesario señalar que la atención temprana se lleva a cabo desde tres áreas: salud, educación y servicios sociales. Desde el área de salud se realiza prevención mediante los servicios de obstetricia, neonatología, neuropediatría, rehabilitación infantil, unidades de seguimiento madurativo o de desarrollo, etc. Desde el área de educación se realiza prevención de posibles retrasos en el desarrollo, se compensan carencias relacionadas con el entorno, se detectan niños y niñas con necesidades educativas especiales, etc. Por último, desde el área de servicios sociales, entre los que se encuentran los CDIAT como servicios sociales especializados, se vela por el bienestar social y se ocupan de la detección, el diagnóstico y la intervención en casos de riesgo social que pueda condicionar el desarrollo del niño o la niña.

Sin embargo, el servicio por antonomasia donde se realiza atención temprana es el CDIAT, integrado por profesionales expertos en desarrollo infantil en sus diferentes ámbitos de actuación (infancia, familia y entorno), cuya intervención engloba aspectos intrapersonales del ámbito biológico, psíquico, social y educativo y del ámbito familiar y escolar atendiendo a familias con niños y niñas menores de 6 años de edad que presentan problemas en el desarrollo o están en riesgo de padecerlos.

En Catalunya y según establece el *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç*, el equipo multidisciplinar del CDIAT está compuesto por profesionales formados en Neurología infantil, Psicología clínica, Logopedia, Fisioterapia y Trabajo Social con funcionamiento inter o transdisciplinario y de orientación holística.

Catalunya tiene una red de CDIAT de carácter universal, gratuita y sectorizada compuesta por cerca de un centenar de servicios que dependen orgánicamente del *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies* de la Generalitat de Catalunya que mayoritariamente son gestionados por asociaciones, cooperativas y fundaciones con quienes la Administración suscribe algún tipo de concierto económico: “Los CDIAT son servicios autónomos cuyo objetivo es la atención a la población infantil de 0-6 años que presenta trastornos en su desarrollo o que tiene riesgo de padecerlos” (GAT, 2000, p. 37).

Además, los CDIAT despliegan una actividad constante de prevención primaria y secundaria mediante acciones de sensibilización de la población en general sobre desarrollo infantil, así como también prevención terciaria, la más habitual, a través de la planificación y programación individual considerando las necesidades y posibilidades de cada niño o niña en cada área del desarrollo, la situación y las posibilidades de su familia y entorno.

Se podría decir que la esencia de un CDIAT es la atención global del niño o niña y su familia por un equipo de profesionales cuya composición y tipo de funcionamiento

marca la diferencia. El *Decert 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* establece la formación mínima del conjunto de profesionales pero cada servicio apuesta por una composición y una ponderación de las disciplinas en base a su modo de entender la atención temprana como se verá en el capítulo 4.

En la misma línea, el tipo de funcionamiento de los equipos también viene marcada por el *Decert 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* pero, una vez más, cada servicio apuesta por un nivel de interdisciplinariedad en base a su modo de entender la atención temprana como se verá también en el capítulo 4.

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de diferentes especialidades y por este motivo, la preparación de este colectivo implica tanto la formación académica en una disciplina específica, con una titulación de base, como la formación en un marco conceptual común a todas ellas. Esta doble vertiente de la formación debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo, incluyendo una visión integral del niño, su familia y su entorno. (GAT, 2000, p. 87)

En todo caso, La Agencia (2005) sostiene que:

A pesar de la distinta formación, correspondiente a sus disciplinas, los equipos/profesionales de Atención Temprana deberían trabajar de forma interdisciplinaria antes y mientras que realizan las tareas acordadas. Necesitan compartir principios, objetivos y estrategias de trabajo. Deben integrarse y coordinarse los diferentes enfoques, reforzando el comprensivo y holístico, más que uno compartimentalizado. (p. 49)

Del mismo modo, se considera necesario que el conjunto de profesionales que forman el equipo de CDIAT compartan información para complementarse, que las decisiones se adopten por consenso, que asignen a una persona representante del equipo como referente de la familia y que el conjunto de profesionales se formen en competencias personales sobre cómo trabajar en equipo, con las familias, con otros servicios y, además, sobre cómo desarrollar sus habilidades personales (La Agencia, 2005).

El *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* que publicó el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials* de la Generalitat de Catalunya y que elaboró la *Taula Tècnica d'Atenció Precoç* establece que los servicios de atención temprana constan de cuatro fases: la entrada al servicio, el diagnóstico, el tratamiento y la baja o derivación (Generalitat de Catalunya, 2010, p. 12).

### **3.1.1. La entrada al servicio**

En esta primera fase, se lleva a cabo una entrevista llamada de acogida en la que se exploran las dimensiones bio-psico-sociales del niño o la niña y su familia con la finalidad de valorar la idoneidad de la atención que necesitan recibir del servicio y se explica el funcionamiento del CDIAT. Se establecen los cimientos de una relación donde el niño o la niña y su familia son el centro de atención y los protagonistas de la intervención.

### **3.1.2. El diagnóstico**

En esta segunda fase, se realiza una valoración inicial que “supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño, de su historia individual y familiar y de su entorno” (GAT, 2000, p. 40).

Esta valoración inicial la lleva a cabo un equipo en coordinación con los servicios que atienden al niño o la niña y a la familia y consta de cuatro momentos: (1) la recogida de información, (2) la valoración del niño o la niña, su familia y entorno, (3) la elaboración del diagnóstico y del programa de atención terapéutica y, por último, (4) la entrevista de devolución con la familia.

### (1) La recogida de información

La recogida de información se inicia en la entrevista de acogida, continua en la entrevista de anamnesis del niño o la niña y su familia y se complementa mediante coordinaciones y/o informes de otros servicios que están interviniendo también en el caso. Dicha coordinación debe garantizar la transferencia de información entre las diferentes áreas de actuación que intervienen en el niño o la niña y su entorno ofreciendo una respuesta integrada que garantice su salud, su desarrollo intelectual, emocional y sus capacidades adaptativas:

El niño tiene entidad biológica, psicológica y social y cuando alguno de estos aspectos se ve afectado, teniendo en cuenta la interrelación entre ellos, las instituciones deben ofrecer una respuesta integrada que garantice su salud, su desarrollo intelectual, emocional y sus capacidades adaptativas. (GAT, 2000, p. 75)

### (2) La valoración del niño o la niña, su familia y entorno

La valoración del niño o la niña, su familia y entorno se realiza, principalmente, a través de sesiones de valoración del menor, entrevistas familiares y coordinaciones con el entorno que aportan información respecto a su desarrollo general, tanto a nivel físico como cognitivo y emocional, y reflejará las posibles limitaciones, déficits, capacidades y posibilidades del niño o la niña y de su familia.

Las sesiones de valoración del niño o niña, por su parte, consisten, mayoritariamente, en sesiones de juego espontáneo o semidirigido, en las que se analizan, entre otros ítems, su interacción conductual con los progenitores, el equipo docente y sus compañeros de escuela (en caso de estar escolarizado) y se realiza un examen físico y una valoración neurológica.

### (3) La elaboración del diagnóstico y el programa de atención terapéutica

El diagnóstico en atención temprana es amplio por el hecho de que la mayoría de las dificultades afectan a las diferentes dimensiones interrelacionadas del niño o la niña y la familia y son de origen multifactorial como resultado de la interacción de todos aquellos factores biológicos y ambientales que se han comentado anteriormente.

No hay que olvidar que la población susceptible de necesitar atención temprana es muy heterogénea y abarca desde niños y niñas con discapacidades de base orgánica conocida, con inmadurez o signos de alerta en su desarrollo de causa no conocida en el momento del diagnóstico o con trastornos emocionales, hasta niños y niñas que solo presentan algunos factores de riesgo biológico, psicológico o social y que son atendidos para prevenir futuros trastornos.

Además, esta población responde a una horquilla de personas que se encuentran en pleno desarrollo físico, psicológico y social. Un cambio que evoluciona a ritmo frenético, por lo que un diagnóstico en este contexto se convierte, sobre todo, en un lenguaje que ayuda al equipo de profesionales a entender y comunicar un determinado momento evolutivo, sin constituir por tanto, una etiqueta que defina al niño o niña de forma inequívoca y definitiva, despersonalizando su individualidad.

El *Libro Blanco de Atención Temprana* define el diagnóstico de una alteración del desarrollo como “(...) su puesta en evidencia de una alteración en el desarrollo así como el conocimiento de sus supuestas causas, permitiéndonos la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención terapéutica” (GAT, 2000, p. 30). Y matiza que: “El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales” (p. 31).

Para ello, es necesario disponer de modelos diagnósticos integradores que consideren las patologías de la salud, los aspectos evolutivos y los factores contextuales emocionales y ambientales que inciden en el desarrollo del niño y niña.

Según el artículo 7 del *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç*, el CDIAT tiene como función “realitzar un diagnòstic interdisciplinari (...) funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament de l'infant, de la situació familiar i de l'entorn”.

El diagnóstico de los trastornos del desarrollo tiene que considerar el nivel funcional que permita la planificación terapéutica, el nivel sindrómico y etiológico que faciliten la información biomédica a la familia y, en determinados casos, un tratamiento específico.

El diagnóstico funcional constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones y contiene la información básica para comprender la problemática del niño o niña considerando la interacción familiar y la de su entorno, sus capacidades y sus posibilidades de desarrollarlas.

El diagnóstico sindrómico contiene el conjunto de signos y síntomas definitorios de una entidad patológica que permite conocer las estructuras responsables del trastorno, orienta sobre su etiología y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva de base orgánica o ambiental.

El diagnóstico etiológico, por su parte, informa de las causas, o se establece una presunción, de carácter biológico o psicosocial del trastorno funcional o del síndrome identificado.

En cualquier caso, se intenta establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados considerando siempre su probable multifactorialidad y atendiendo a aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno general.

Debe tenerse en cuenta que hasta el año 2004, en el que el Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT) crea la *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT)* (GAT, 2004), cada disciplina había utilizado una clasificación diagnóstica preexistente o había creado la suya propia para su uso en los CDIAT que englobaba los síntomas del niño o niña, sus interacciones familiares, su historia personal, su entorno y los factores que podían haber influido en su problema.

La *ODAT* es en esencia un instrumento que recoge factores de riesgo y el contenido de diferentes taxonomías diagnósticas sobre trastornos infantiles y las intervenciones que permite la gestión de la información en atención temprana:

(...) un vehículo de síntesis, que reúne los requisitos básicos para la gestión de la información referida a los factores de riesgo, a los trastornos, los recursos, las necesidades y los apoyos organizados a partir del niño, la familia o su entorno. (GAT, 2011a, p. 4)

El principal objetivo de la *ODAT* es crear un lenguaje común entre los diferentes profesionales que intervienen en atención temprana que les permita planificar eficazmente las intervenciones de forma interdisciplinaria.

Por consiguiente, contempla al niño o niña y a su entorno como un todo integrado, con aspectos biológicos, psicológicos y sociales, permitiendo un diagnóstico bio-psico-social de forma interdisciplinaria como recoge el *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç*. Para ello, parte de diferentes clasificaciones diagnósticas como, por ejemplo: la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* (Organización Mundial de la Salud, 2001), el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1994), la *Clasificación Diagnóstica 0-3 de la Salud Mental y los Trastornos en el Desarrollo de la Infancia y la Niñez Temprana* (National Center for Clinical Infant Programs, 1998), o la *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente 2000* (Misès et al., 2000), entre otras.

La estructura de la *ODAT* está compuesta por dos secuencias de tres niveles cada una: la primera secuencia recoge la parte biológica, psicológica y social y la segunda recoge la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

- 1) El primer nivel describe los factores de riesgo de los trastornos del desarrollo en el contexto del niño o niña, la familia y el entorno e incluye los factores biológicos de riesgo, los factores familiares de riesgo y los factores ambientales de riesgo.
- 2) El segundo describe los trastornos o disfunciones que se pueden diagnosticar en el niño o niña, en las interacciones con la familia y con las características del entorno incluyendo los trastornos del desarrollo, los trastornos en la familia y trastornos en el entorno.
- 3) El tercer y último nivel, no implementado a día de hoy en los CDIAT, describe los recursos destinados al niño o niña, la familia y el entorno incluyendo la intervención en el niño o niña, la intervención en la familia y la intervención en el entorno.

Por su parte, en el año 2010, la *Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç* (UCCAP) crea un programa informático de gestión del conocimiento, el actual *EUCCAP*, en el que apuesta por la *ODAT* como base para la clasificación diagnóstica ampliando el ámbito social en el año 2015 como se verá más adelante. En la actualidad, según datos de la memoria de la UCCAP correspondiente al año 2018 (Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç, 2018), el 90% de los CDIAT de Catalunya utilizan este programa informático para la gestión del conocimiento que coincide plenamente con la memoria anual que cada servicio debe entregar al *Departament de Treball, Afers Socials i Famílies* de la Generalitat de Catalunya lo que conlleva que, de un modo u otro, todos los servicios gestionan el conocimiento con los mismos parámetros que el programa informático *EUCCAP*.

El diagnóstico se establece por el equipo del CDIAT en reunión interdisciplinaria en la que cada profesional aporta los datos y conclusiones de su valoración con el objetivo de establecer conjuntamente y teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales, el diagnóstico y las necesidades del niño o niña y su familia así como los recursos existentes en su entorno y la persona de referencia del equipo en caso de necesidad de atención terapéutica.

En cuanto al programa de intervención terapéutica, recoge los objetivos que se quieren conseguir, se jerarquizan y temporalizan y se establecen los profesionales que intervendrán de forma directa o indirecta con el niño o niña, su familia y el entorno. A su vez, en el registro del curso clínico o proceso terapéutico, se recoge la información relevante del seguimiento del niño o niña y su familia y de las coordinaciones con el entorno.

#### (4) La entrevista de devolución con la familia

Por último, el proceso diagnóstico finaliza con la entrevista de devolución en la que se explica a los progenitores la situación presente del niño o niña, las posibles perspectivas de futuro y los medios terapéuticos y se consensuan con la familia los objetivos terapéuticos. Así, en su tercera fase, el tratamiento:

(...) agrupa todas las actividades dirigidas hacia el niño y su entorno con el objetivo de mejorar las condiciones de su desarrollo. Los ámbitos de actuación y la modalidad de intervención se establecerán en función de la edad, características y necesidades del niño, del tipo y grado de trastorno, de la familia, del propio equipo y de la posible colaboración con otros recursos de la comunidad. (GAT, 2000, p. 43)

### **3.1.3. El tratamiento**

En esta tercera fase, la intervención con el niño o niña se centra en fomentar su máxima capacidad de desarrollo personal y autonomía. La intervención con las

familias se centra en ayudar a los progenitores en la reflexión y adaptación a la nueva situación evitando centrar el problema exclusivamente en el trastorno o dificultades que tiene el niño o niña. La intervención con el entorno natural se centra en diseñar estrategias para su adaptación que facilite su desarrollo e inclusión.

Durante la atención terapéutica, la evaluación tiene que ser continua con el objetivo de ir ajustando el programa de intervención a las necesidades del niño o niña y su entorno:

Entendemos por evaluación el proceso integral a partir del cual se valoran los cambios producidos en el desarrollo del niño y en su entorno y la eficacia de los métodos utilizados. Su finalidad es verificar la adecuación y efectividad de los programas de actuación en relación a los objetivos planificados. (GAT, 2000, p. 46)

#### **3.1.4. La baja o derivación**

En la cuarta y última fase, se determina la necesidad o no de atención del niño o niña y su familia en el CDIAT, se realiza el informe de evaluación de la atención y la baja del servicio que, en caso de necesidad, puede ser mediante derivación a otro servicio para continuar atendiendo las necesidades del niño o niña y su familia:

El periodo de atención de un niño en un servicio de Atención Temprana finaliza cuando se considera que por su positiva evolución no precisa de este Servicio o en el momento en que por razones de edad o de competencias, debe continuarse su atención por otro dispositivo asistencial. (GAT, 2000, p. 46)

El artículo 4.4 del *Decret 45/2014 de modificació del Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* apunta que:

La durada dels serveis ha de ser la que necessiti cada infant i s'ha d'estendre fins que les necessitats d'atenció les puguin cobrir els serveis de caràcter

general, ja siguin educatius, sanitaris o socials o, en tot cas, quan compleixi l'edat de sis anys.

En último término, la derivación a otro servicio debe entenderse como la transferencia de la responsabilidad del tratamiento a otro servicio acompañada de un traspaso de información mediante informes o coordinaciones, en función de cada caso, garantizando la coherencia en la intervención y evitando discontinuidades en la atención para garantizar una buena adhesión al nuevo servicio del niño o niña y su familia.

### **3.2. Diagnóstico social**

El concepto de diagnóstico social ha sido objeto de estudio, debate y controversia permanente en Trabajo Social. Sin embargo, es una constante la necesidad de contar con el conocimiento más amplio y preciso posible acerca de la naturaleza de las situaciones sociales objeto de intervención (Richmond, 1917; Hamilton, 1940; Hollis, 1964; Perlman, 1965; Scaron, 1974; Ander-Egg & Aguilar, 1995; Martín, 1996; Escartín, Palomar & Suárez, 1997; Escalada, Fernández & Fuentes, 2001; Colom, 2012).

Se podría considerar una definición básica del diagnóstico social la determinación de una situación en base al análisis de la información disponible y de su tendencia. Entendiendo por “información” los datos y hechos relevantes referentes tanto a las dificultades como las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional; entendiendo por “determinar” la comprensión adecuada de una situación interpretándola en relación a su contexto; y entendiendo por determinar su “tendencia” el potencial descriptivo en determinadas condiciones.

En esta línea, repasando a las autoras clásicas del Trabajo Social, encontramos, en primer lugar, a Richmond (1917) quien publicó *Diagnóstico Social*, donde establece un método –el trabajo social de casos–, que durante décadas fue el principal punto

de referencia de la profesión.

La teoría de Richmond se basa en la *teoría social*, pero con un gran componente psicológico. Consideraba que los problemas sociales tienen un orden continuo, analizando en primer lugar a la persona y, seguidamente, a sus vínculos sociales más cercanos: familia, escuela, iglesia, trabajo, comunidad y gobierno, que dictan las normas para que la persona o familia pudiesen hacer los ajustes necesarios para mejorar su situación.

Partiendo de las leyes de la medicina, Richmond elaboró un método formado por el estudio de los hechos de la situación de la persona, el diagnóstico de la naturaleza del problema y la planificación y ejecución del tratamiento, método que se basaba en entender el diagnóstico como:

(...) el intento de hacer una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social, de su situación y personalidad. Ello es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad. (p. 357)

Para llevar a cabo adecuadamente esa definición precisa de la situación de la persona, Richmond consideraba importante obtener información de diferentes fuentes, sin centrarse únicamente en las carencias económicas, e interpretar los datos obtenidos estableciendo un plan de intervención dentro del tejido social en el que estaba inmersa la persona. Destaca, para ello, la relevancia de las evidencias y de los testimonios para fundamentar un diagnóstico sobre el que cimentar apropiadamente el tratamiento.

Unos años después, Hamilton (1940) publicó *Teoría y práctica del trabajo social de casos*, donde muestra el caso social compuesto por factores internos y externos de la persona estudiándola en relación con sus experiencias sociales y los sentimientos que éstas le generan.

La teoría de Hamilton se basa en que el estudio de caso abarca a la persona, su situación y el estudio de sus problemas. Así, entiende el diagnóstico social como *el pensamiento dirigido a la naturaleza del problema y a sus causas* y distingue, a este respecto, tres niveles:

- 1) El diagnóstico descriptivo en el que se realiza una síntesis descriptiva de la situación psicosocial del sistema y del problema que representa.
- 2) El diagnóstico causal en el que se intenta establecer las relaciones de posible causa-efecto que tienen o han tenido alguna incidencia en la situación problema.
- 3) El diagnóstico evaluativo en el que se ponderan los elementos y recursos personales, familiares y sociales, que pueden utilizarse para introducir mejoras, como aquellos que podrían influir negativamente para descartarlos.

De este modo, si Hamilton introdujo el concepto de *persona en situación* con el que hace hincapié en la interacción entre individuo y contexto con la participación activa de la persona usuaria en el tratamiento, Hollis (1964) publicaría años más tarde *Caso social: una terapia psicosocial*, donde establece la importancia de reconocer y entender el mundo externo de la persona en situación de necesidad.

Para Hollis, la intervención de los profesionales del Trabajo Social debía dirigirse a que la persona en situación de necesidad entendiera que el tratamiento dependía de la comprensión que tuviera sobre sí misma, de sus factores sociales y de las personas significativas en su situación social. Así, la teoría de Hollis se basa en la importancia del contenido y del proceso de estudio psicosocial, en la trascendencia del diagnóstico y en encontrar en la persona los recursos que le permitan salir de la situación. Para Hollis la persona es un sujeto activo dentro del proceso de comprensión y solución del problema.

Un año después, Perlman (1965) publicó *Trabajo Social individualizado*, donde establece la importancia de captar la naturaleza de la persona, el carácter del

problema que plantea y las circunstancias del lugar (centro de servicios sociales) donde encontraría los medios para resolverlo.

Perlman implementó un método de resolución de problemas integrando los modelos psicosocial y funcional y entendiendo el diagnóstico social como la interpretación del estudio experimental, lográndose desde su visión el conocimiento de las características personales, la comprensión de la individualidad y los peligros de las influencias del medio social, así como los recursos necesarios para su intervención.

En consecuencia, Perlman establece tres tipos de diagnóstico:

- 1) El diagnóstico dinámico en el que se determina cuál es el problema y qué soluciones, medios y alternativas existen.
- 2) El diagnóstico clínico en el que se clasifica a la persona en función de su dolencia.
- 3) El diagnóstico etiológico en el que se establece la relación causa/efecto inmediata, los orígenes y el desarrollo del problema en un sentido biográfico.

A partir de la obra de Perlman, el marco de referencia del Trabajo Social de Richmond centrado en el problema se ampliará a la persona usuaria, permitiendo de este modo a los profesionales del Trabajo Social acompañar a la persona en la solución de sus dificultades.

Años después, en la década de los 70, diferentes autores hispanoamericanos expresaron su acuerdo en considerar el diagnóstico social como el resultado final de todo proceso de investigación formulándose explícitamente como fundamento de la intervención social señalando el escaso desarrollo teórico y metodológico que había tenido el diagnóstico social en Trabajo Social (Scaron, 1974; Ander-Egg & Aguilar, 1995; Martín, 1996; Escalada, Fernández, & Fuentes, 2001; García, 2008; Colom, 2009).

A partir de los 80, prolifera el diseño de instrumentos específicos para la formulación del diagnóstico social en Trabajo Social en un esfuerzo por superar las dificultades acerca de la definición y delimitación del diagnóstico social. (Colom, 2009; Cury, 2009; Gobierno Vasco, 2012; Martín, 1996).

En la actualidad, las personas que se consideran referentes principales del Trabajo Social focalizan el diagnóstico social en la comprensión de una situación y sus tendencias. En esta línea, encontramos a Colomer (1979), responsable de la renovación del método, quien entiende que: “El diagnòstic social estableix una jerarquitziació de les necessitats segons la seva naturalesa i magnitud, per trobar la hipòtesi de treball i intervenció professional com a base per una acció programada que respon eficaçment a les necessitats” (p. 6).

En la misma línea, Ander-Egg (1995), quien ha contribuido con su investigación y creación de técnicas en desarrollo social al progreso de la profesión de Trabajo Social, propone la siguiente definición operativa del diagnóstico social:

Es un proceso de elaboración y sistematización de la información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores condicionantes y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mismos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto los medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas. (p. 31)

Por su parte, el *Código Deontológico del Trabajo Social* (2012) identifica el diagnóstico social como la fase previa a la intervención que realizan los trabajadores sociales y hace constar que el diseño de toda intervención social debe tener una evaluación-diagnóstico de las situaciones y de las personas implicadas en dicha intervención.

Existe un consenso en Trabajo Social en considerar que el diagnóstico social estudia la relación entre las necesidades del individuo, el grupo, la familia o la comunidad y los recursos propios o de las instituciones; y tiene como objeto la realidad social compleja y cambiante (Richmond, 1917; Martín, 1996; Aguilar & Ander-Egg, 1995; Colom, 2008; Cury & Arias, 2016).

Abundando en esta línea de consenso, Cury y Arias (2016) han propuesto una definición del concepto diagnóstico social con el objetivo de resumir y delimitar sus principales características después de una revisión histórica de la evolución del concepto:

El diagnóstico social es el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención social en dicha situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del trabajador social, y deberá contemplar las dificultades y las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional. (p. 19)

Además, Cury y Arias señalan cuatro elementos comunes en las definiciones de diagnóstico social analizadas:

- 1) El diagnóstico social constituye el nexo metodológico entre la fase de estudio y la de intervención social.
- 2) Tiene que ser formulado con la mayor precisión y corrección que el conocimiento de la disciplina permita en cada momento.
- 3) Debe contemplar las dificultades pero también las fortalezas presentes en una determinada situación a efectos de alcanzar la mejor intervención social en dicha situación.
- 4) Tiene que considerar tanto la situación individual de la persona como la de su entorno familiar, social e institucional.

Mención especial requiere Ander-Egg (1985), quien introduce en uno de sus textos una nueva idea a la hora de definir el diagnóstico, *la situación dada*:

(...) el diagnóstico es la conclusión del estudio o investigación de una realidad, expresada en un juicio comparativo sobre una situación dada; es el procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social motivo de estudio-investigación en vista de la programación y realización de una acción. (p. 95)

De este modo, entiende que el diagnóstico es un juicio comparativo entre dos realidades: la realidad estudiada y la realidad dada, línea en la que abundan Scarón y Genisans (1985) al señalar que: "(...) el diagnóstico es en esencia una comparación entre dos situaciones: la presente, que hemos llegado a conocer mediante la investigación, y otra, ya definida y supuestamente conocida que nos sirve de pauta o modelo" (p. 26).

Según estas autoras, el diagnóstico relaciona un modelo real con un modelo ideal estableciendo las diferencias entre uno y otro y orientando las acciones a subsanar esta diferencia. De este modo, el modelo real en la atención temprana estará formado por:

- 1) El conocimiento de una situación personal, familiar y su entorno.
- 2) La detección, análisis y jerarquización de unas necesidades.
- 3) La identificación de factores de riesgo y de protección.
- 4) La comprensión de un problema y unas necesidades dentro de un contexto determinado.

Por su parte, el modelo ideal, como veremos más adelante, estará formado por un entorno competente en el cuidado y atención que sus integrantes prestan a las necesidades del niño o niña.

Ander-Egg (1985, p. 95) establece dos tipos de diagnósticos: el diagnóstico preliminar como primera aproximación a la situación-problema y el diagnóstico resultante de un estudio sistemático. Por su parte, Prieto (1988) establece otros dos tipos de diagnósticos diferentes aunque complementarios: el diagnóstico pasivo donde todo se hace afuera de nosotros, donde alguien externo recoge y evalúa datos para obtener conclusiones sin nuestra participación y el diagnóstico participativo en el que la propia población reconoce su situación, se organiza, busca y analiza datos para llegar a conclusiones y hacer un trabajo en común. Un diagnóstico participativo que podría ser de utilidad para la prevención primaria y secundaria llevada a cabo desde los CDIAT y que enlazaría con el autodiagnóstico comunitario entendido como: “(...) el conocimiento que sobre un tema o problema desarrolla la propia población a través de actividades organizadas y mediante el aprovechamiento del saber y de las experiencias de cada uno de los participantes” (p. 45).

### 3.3. Diagnóstico social y CDIAT

Aunque en el apartado 3.1 se ha explicado brevemente qué es la atención temprana y los CDIAT, es importante remarcar que la relación entre el diagnóstico, en este caso el diagnóstico social, y la atención temprana queda recogida en el *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* al establecer como función del CDIAT: “(...) realitzar un diagnòstic interdisciplinari (...) funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament de l'infant, de la situació familiar i de l'entorn”.

En la misma línea, el *Libro Blanco de la Atención Temprana* marca que: “El diagnóstico en Atención Temprana debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales” (GAT, 2000, p. 31).

En último término, realizar un diagnóstico social es realizar un juicio interpretativo de una situación sociofamiliar sobre la que se basa la intervención social. En este sentido, diagnóstico social y evaluación diagnóstica del ámbito social funcionarían como sinónimos aunque es importante señalar que “valorar” no es lo mismo que “diagnosticar”, pese a que en atención temprana, en muchas ocasiones, se utilicen como sinónimos. En palabras de García (2008):

Valorar supone constatar una serie de aspectos o circunstancias de una persona o familia, y relacionarlos con los parámetros que se han determinado a efectos de una determinada calificación, bien para el acceso a una prestación o servicio o bien para fundamentar una decisión de carácter profesional. (p. 14)

La valoración, de algún modo, justifica la existencia de un diagnóstico, incluso se podría decir que forma parte de él siendo el primer nivel del diagnóstico o el diagnóstico preliminar de Ander-Egg (1985) como primera aproximación a la situación-problema.

A modo de resumen, se podría decir que el diagnóstico social implica, simultáneamente:

- 1) El conocimiento de una situación personal, familiar y su entorno.
- 2) La detección, análisis y jerarquización de unas necesidades.
- 3) La identificación de factores de riesgo y de protección.
- 4) La comprensión de un problema y unas necesidades dentro de un contexto determinado.
- 5) La elaboración de un pronóstico, donde es posible llegar transformando la situación inicial.
- 6) El establecimiento de una estrategia de intervención planificada en base al diagnóstico social conjuntamente con la familia.

Todo ello sin olvidar, en primer lugar, que una de principales dificultades del diagnóstico es la conjunción de factores interrelacionados que no siempre tienen una

única causa.

En segundo lugar, que cuando hablamos de diagnóstico social en atención temprana lo hacemos desde el enfoque del Trabajo Social familiar, teniendo en cuenta siempre en cualquier intervención la globalidad del contexto sociofamiliar de nuestra actuación, aunque sea a través de una única persona.

En tercer lugar, tampoco podemos ignorar que el diagnóstico social forma parte de la propia intervención ya que, de una forma u otra, afecta a la situación en la que se interviene.

Para finalizar, conviene recordar que cada entidad que gestiona un CDIAT interpreta el significado de la normativa vigente acorde a su forma de entender la atención temprana existiendo, en la actualidad, grandes diferencias, como veremos en el capítulo 4, en lo tocante a la atención debidas, entre otras muchas causas, a la historia particular de cada entidad y de cada territorio.

En cuanto a las diferencias entre regiones del estado español -aunque excede de los objetivos de la tesis- son aún más importantes, como refleja el estudio del Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) en el que pone de manifiesto “(...) las grandes diferencias entre unas comunidades y otras” (GAT, 2011b, p. 220). Mientras que en unas comunidades se atiende al total de la población en riesgo de padecer alguna discapacidad o trastorno, en otras no se atiende ni a la población que padece discapacidades o trastornos.

### **3.4. Familia, *familia social* y CDIAT**

Se podría considerar una definición básica de la familia el “(...) núcleo social básico constituido por personas que mantienen entre sí una estrecha relación de parentesco

y que cubre las necesidades básicas de enculturación y crianza de los individuos” (Grau, 2018, p. 233).

En la actualidad, existe un consenso generalizado del papel clave de la familia en la atención temprana (García, Giné, Gràcia, & Vilaseca 2006; Robles-Bello & Sánchez-Teruel, 2013; Vilorio & Guinea, 2012), sin embargo, no está resultando fácil encontrar el equilibrio entre atender al mismo tiempo a las necesidades del niño o niña y a las de la familia (Casado, 2006; De Linares & Rodríguez, 2004; Milla & Mulas, 2005). Tampoco está resultando fácil para la atención temprana hallar un marco de trabajo idóneo desde el que considerar a la familia en todas sus dimensiones. En este sentido, se podría decir que en la atención temprana conviven desde prácticas asistenciales basadas en un modelo biologicista predominantemente rehabilitador de la discapacidad del niño o niña hasta prácticas asistenciales que piensan la familia como la interacción diádica entre la madre y el niño o niña como generadora de organización psíquica. Estas últimas procedentes de consideraciones teóricas psicoanalíticas (Salvador, 2009) que han influido decisivamente en la construcción de una atención temprana más allá de la orientación rehabilitadora.

Requiere una mención especial el modelo de “atención temprana centrada en la familia”. Este modelo reivindica (Tamarit, 2015) la importancia de compartir con la familia los mismos modelos de desarrollo infantil, de las prácticas basadas en la evidencia y la ética, de la intervención en el contexto natural, de la capacitación de la familia en la crianza especializada que promueva el bienestar familiar y el desarrollo personal y el fomento de la percepción de autocompetencia de los padres y educadores del niño o niña con dificultades. Sin embargo, no consideran el vínculo diádico y su capacidad generadora de organización mental y se centran, principalmente, en la discapacidad intelectual o física, relegando a un lugar anecdótico otros trastornos del desarrollo infantil, la crianza o la prevención de situaciones de riesgo.

Según Giné (2016), el encuadre sobre las familias en atención temprana responde a un interés tardío importado de Estados Unidos y de los países nórdicos que, ya en la década de los ochenta, constataron:

(...) la necesidad de adoptar una concepción de la intervención más focalizada en la familia a partir, fundamentalmente, de la influencia de las aportaciones de la ecología del desarrollo humano que reconoce a los entornos naturales, y en particular a la familia, un papel decisivo en el progreso de todas las personas. (p. 1)

A pesar de la diversidad de perspectivas con las que abordar la atención temprana de la infancia y la familia, actualmente se comparte de manera bastante generalizada que el desarrollo se lleva a cabo en un marco interactivo que fomente encuentros significativos entre el niño o niña y los progenitores o quienes ejerzan parentalidad.

La *teoría del vínculo de apego* (Bowlby, 1969; Main, Kaplan & Cassidy, 1985) señala la importancia de un vínculo afectivo precoz que aporte, por un lado, una base segura que permitirá el despliegue de los esquemas básicos de exploración dando lugar al desarrollo intelectual y que, por el otro lado, el despliegue de las estrategias básicas de apego que darán lugar a una representación mental de la disponibilidad emocional de la figura cuidadora, lo cual dará lugar a la seguridad emocional. De este modo, el “vínculo de apego” es entendido como la construcción de una organización mental interna, a partir de la interacción momento a momento con al menos un progenitor o persona cuidadora principal y que va a permitir que el desarrollo cognitivo y emocional se produzca dentro de lo esperado.

Una de las variables más decisivas para la construcción del vínculo de apego es la denominada “mentalización parental” (Fonagy, Steele & Steele, 1991; Fonagy, 2004). La mentalización, siguiendo a Golanó (2015), es entendida como la capacidad humana para comprender, cognitiva y emocionalmente, el propio comportamiento y el del otro (niño o niña) a través de la identificación de estados mentales en un contexto interactivo determinado. Esta capacidad de mentalización se puede desplegar de forma implícita o automática y de forma explícita o reflexionada

mediante su verbalización, recibiendo el nombre de funcionamiento reflexivo parental. De este modo, un nivel determinado de mentalización parental o capacidad reflexiva parental se considera esencial para la construcción del vínculo de apego con el recién nacido mediante interacciones más o menos disponibles y sensibles a sus necesidades que permiten interpretar las intenciones, los deseos, sentimientos pudiendo predecir, explicar y contener la propia conducta y la del bebé o hijo o hija, así como sus cargas emocionales.

Por su parte, la *Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros del Consejo de Europa sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad* señala que:

(...) el ejercicio de la parentalidad, aunque vinculado a la intimidad familiar, debe ser considerado como un ámbito de la política pública y deben adoptarse todas las medidas necesarias para apoyar el ejercicio parental y crear las condiciones necesarias para un ejercicio positivo de la parentalidad. (p. 2)

De este modo, se entiende por “competencia parental positiva”, el:

(...) conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, y aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades. (Rodrigo, Marín, Cabrera, & Máiquez, 2009, p. 115)

Por tanto, se podría decir que desde la atención temprana se debería ayudar al establecimiento de unos vínculos de apego seguro entre el niño o niña y sus progenitores o personas que ejerzan parentalidad mediante la activación de sus capacidades reflexivas parentales y la promoción de la adquisición de competencias parentales positivas.

En consecuencia, la situación dada que serviría de modelo ideal al que hacían referencia Scarón y Genisans (1985, p. 26) y Ander-Egg (1985, p. 95) estaría formado por una familia con capacidad reflexiva parental y con competencias parentales positivas que establece unos vínculos de apego seguro con su hijo o hija. El diagnóstico social, por consiguiente, relacionaría el modelo ideal con el modelo estudiado estableciendo las diferencias entre uno y otro y orientando las acciones necesarias para subsanar esta diferencia siendo estas diferencias las características definitorias del término *familia social*.

Pero, ¿quién forma parte de la familia? El protagonista principal es el niño o niña sobre quien se formula una demanda mediante la solicitud de atención –a excepción de los expedientes de *nasciturus*, término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta su nacimiento. Señalar nuevamente que la atención temprana comienza como señala el *Decert 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* “(...) des del moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys”. En estos casos, muy excepcionales, la protagonista principal es la madre gestante.

Los protagonistas secundarios son los progenitores o representantes legales del niño o niña ya que son los únicos que pueden formular la demanda de atención según el reglamento de régimen interno de los CDIAT:

L'accés als serveis d'atenció precoç s'efectua d'acord amb la normativa vigent de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb el següent: Que facin la demanda el pare, la mare o el/la representant legal, mitjançant la corresponent sol·licitud, la qual ha d'estar degudament emplenada i signada. (Generalitat de Catalunya, 2019).

No se desarrolla, también por su extrema excepcionalidad, los casos en los que es el equipo profesional de CDIAT quien formula de oficio la demanda de atención, sin contar con la colaboración de los progenitores o representantes legales del niño o niña.

El problema surge a la hora de considerar parte de la familia a personas distintas a los progenitores o representantes legales del niño o niña que también ejercen funciones parentales e incorporarlas al proceso diagnóstico. Ninguno de los decretos que regulan la atención temprana en Catalunya, *Decret 261/2003* y *Decret 45/2014*, definen el concepto de familia quedando a disposición del criterio de cada equipo profesional de CDIAT determinar quién forma parte de la familia. Es decir, con quién se interviene para fomentar el óptimo desarrollo físico, psicológico y emocional del niño o niña y, lo más importante, quién queda al margen.

En función del concepto de familia que utilice cada equipo profesional de CDIAT, el espectro de componentes que pueden formar una familia es muy amplio, pudiendo abarcar desde quien formula la demanda de atención hasta cualquier persona autorizada para ello y que ejerza parentalidad, incluyendo abuelos y abuelas, hermanos y hermanas, parejas de los progenitores o incluso profesionales del cuidado de menores.

En este sentido, en una reciente publicación del *Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (CRITS)* de la *Universitat de Barcelona* (2016, p. 80) apareció una investigación sobre la intervención con las familias desde el Trabajo Social, en la que participaron más de 600 profesionales del *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, de los que el 84,46% se refirió al vínculo o la unión emocional que se establece entre diferentes personas como los factores más destacados a la hora de conceptualizar la familia.

En la actualidad, se puede constatar que las evidencias de diversidad en las opciones culturales de procreación y crianza atendidas desde los CDIAT aumentan e invitan a pensar el término familia más allá de las cargas etnocéntricas de coresidencia, heterosexualidad o de identificar familia con familia nuclear o grupo doméstico.

Es importante señalar la ausencia de una definición jurídica del término familia en el actual *Código Civil* y en la vigente *Constitución* que, aunque hace especial referencia a la familia para protegerla jurídica, social y económicamente, no llega tampoco a definirla. (Fernández, 2012). No obstante, si hasta el momento no se ha considerado necesario definir jurídicamente lo que el sentir social considera y asume como familia, es de vital importancia conocer qué delimitación al respecto operan los equipos de profesionales de CDIAT, ya que existe el riesgo de equiparar el hecho de que los progenitores o representantes legales del niño o niña sean los únicos que pueden hacer la demanda de atención en el servicio, con que sean estos los únicos que pueden ser atendidos en tanto integrantes de su familia, equiparando familia con familia nuclear o núcleo familiar de convivencia.

En términos de Barudy (2006), la atención temprana asume que los progenitores que hacen demanda de atención para su hijo o hija en un CDIAT detentan tanto la “parentalidad biológica”, entendida como capacidad de procrear, como la “parentalidad social”, definida a través de las “competencias parentales”, a saber, la capacidad de cuidar, proteger y educar a un niño o niña asegurándole un desarrollo suficientemente sano.

La existencia de otras personas cuidadoras primarias que puedan ejercer parentalidad social sobre el niño o niña protagonista de la demanda no es tenida en cuenta por no ser sus representantes legales, olvidando que las funciones parentales pueden ser ejercidas por diversas personas, incluso por profesionales de otras entidades de atención temprana. Deberíamos considerar parentesco al parentesco social y no exclusivamente al parentesco biológico. Por tanto, no se debería dar “(...) por supuesto que las personas, grupos o instituciones implicadas en los cuidados son parejas casadas o no, madres, padres, etcétera, para no proyectar lo que conocemos del parentesco en nuestra sociedad” (González, 2010, p. 102).

De este modo, en la mayoría de casos el diagnóstico social se basa en el conocimiento de una situación sociofamiliar obtenido básicamente de las personas

que ostentan la representatividad legal del niño o niña, quedando al margen de la intervención otras personas cuidadoras primarias que también ejercen parentalidad social o funciones parentales. Casos, por otra parte, en los que la familia es el baluarte esencial para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad social.

Es importante señalar que gran parte de este conocimiento se adquiere mediante el análisis de la observación de la interacción social entre los progenitores o representantes legales del niño o niña, entendida como el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes situados en contextos sociales focalizando la observación en la comunicación y la reciprocidad entre quienes promulgan, utilizan y construyen los códigos y las reglas (O'Sullivan, Hartley, Saunders, Montgomery & Fiske, 1997). En términos de Goffman (1972), el conocimiento vendría del análisis de la observación de las situaciones sociales completas y no de los meros actos lineales de transmisión de información.

En este sentido, un informe del Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2012), que basa su trabajo en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (Naciones Unidas, 1989) y tiene como esfera prioritaria de trabajo la supervivencia y el desarrollo infantil, señala que:

El bebé nace en un estado de indefensión tal que para sobrevivir, constituirse en ser humano y desarrollar su potencialidad genética necesita de otras personas que le provean todo aquello que es necesario, ya que no puede hacerlo por sí mismo. (p. 11)

La familia, por tanto, cumple “la función de asegurar la supervivencia del niño, y el crecimiento y desarrollo adecuados para luego facilitar la salida del núcleo primario armando nuevos vínculos” (UNICEF, 2012, p. 17). En este contexto, las personas cuidadoras primarias facilitan y guían el desarrollo del niño o niña mientras crece y logra su autonomía ejerciendo dos propósitos primordiales: la “función nutricia” o sostén físico y emocional del niño o niña y la “función ordenadora” que va introduciendo al niño o niña en el sistema de reglas y valores de la sociedad en la

que está inmerso.

Como puede constatarse, se evita intencionadamente hablar de estas funciones en términos “maternal” y “paternal”, de uso más frecuente en la atención temprana, para no atribuir ninguna de ellas a un género determinado. Sin embargo, aunque se es consciente de que históricamente en nuestra sociedad han sido las mujeres las que han llevado a cabo las actividades de cuidados físicos y emocionales de los hijos e hijas, es importante señalar que este supuesto cultural influye en la atención temprana en un doble sentido: la propia feminización de la profesión socio sanitaria en este ámbito y la orientación casi exclusiva hacia las madres en los CDIAT ya que son las que históricamente han acudido en la búsqueda de ayuda.

Por consiguiente, es hora de considerar a la familia como: “Enclave social básico a nivel relacional que constituye el ámbito principal para la crianza y enculturación de menores y en el que se generan las relaciones primarias de parentesco” (Grau, 2018, p. 233), esto es: un entramado interactivo de agentes de crianza donde todas deben implicarse para lograr los objetivos comunes de la intervención, superando la díada madre-hijo o hija como hito exclusivo de participación y compromiso en el proceso de atención en los CDIAT.

Alizade (2000) complementa estas dos funciones con lo que denomina “función familia”, donde destaca la importancia de la red de subjetividades que sostienen al niño o niña en desarrollo, integrada no solo por la familia nuclear convencional sino también por personas significativas que intervienen en su proceso de desarrollo emocional.

Entre las actuaciones que establece el *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* está la crianza, “entesa com el suport i acompanyament a la família en la cura que cal tenir per al desenvolupament integral de l'infant”. Sin olvidar que “el objetivo de la crianza no es la viabilidad de individuos aislados, sino su inserción en el grupo social” (González, 2010, p. 102). De este modo, para realizar

un buen diagnóstico social de una familia usuaria de CDIAT se deben identificar las personas cuidadoras primarias que ejerzan funciones parentales y a aquellas otras personas cuidadoras significativas que ejerzan función familia y no únicamente a sus progenitores o representantes legales del niño o niña, como se ha hecho hasta ahora de forma más o menos generalizada.

Ciertamente, suelen coincidir las figuras de progenitores con las de representantes legales y con las de cuidadoras primarias que ejercen funciones parentales sobre el niño o niña. Sin embargo, cuando esto no sucede es de vital importancia poder identificar a las personas cuidadoras y conocer qué funciones ejercen, puesto que jugarán un papel fundamental en la construcción del diagnóstico y, en casos de necesidad, también en la atención terapéutica.

Para este propósito, herramientas como el genograma, el ecomapa o el cronograma, entre otros, pueden ayudar a establecer quién o quiénes forman parte de la familia del niño o niña, cómo son sus las interacciones entre ellos y con el entorno y cuáles son las características o circunstancias más relevantes de la historia familiar. En cualquier caso, las intervenciones en el ámbito social en los CDIAT la llevan a cabo los profesionales del Trabajo Social y se enmarcan dentro de la atención global al niño o niña, su familia y entorno. Consisten, principalmente, en la elaboración de evaluaciones diagnósticas del ámbito social, como parte del diagnóstico bio-psico-social del niño o niña, su familia y entorno, en la elaboración de planes terapéuticos y de programas de intervención interdisciplinarios que permitan ayudar a la familia a incorporar elementos de mejora en su bienestar.

Dichas intervenciones pueden ser llevadas a cabo de forma directa, como parte de la atención global que se ofrece al niño o niña y su familia, o bien de modo indirecto con el resto de profesionales del equipo o servicios del entorno.

### 3.5. Instrumentos de detección del riesgo social

Según recoge el acuerdo del año 2011 del *Comitè d'Expertes i Experts en Formació en l'Àmbit de l'Acció Social del Departament de Benestar Social i Família*, una de las funciones de los profesionales del Trabajo Social de CDIAT es “realitzar l'exploració social i el diagnòstic social en els casos que ho requereixin (...) i participar i/o intervenir en el procés de diagnòstic interdisciplinari” (Generalitat de Catalunya, 2011, p. 7). Pero, ¿qué casos requieren una exploración y/o diagnóstico social?

Actualmente, existen diferentes herramientas para detectar el riesgo o evaluar las capacidades parentales para la satisfacción de las necesidades de la infancia como los listados o relaciones de indicadores, la observación, las entrevistas y los test psicológicos. Las listas de indicadores, por su parte, han demostrado ser útiles para la valoración de las capacidades parentales, aunque evidencian sus limitaciones a la hora de mostrar la ponderación de los factores positivos y negativos identificados y la relación entre las distintas dimensiones implicadas. (Junta de Andalucía, 2009, p. 105)

Por otro lado, los profesionales del Trabajo Social tienen la responsabilidad de formar al resto del equipo del CDIAT en las reuniones interdisciplinarias en la detección de indicadores de riesgo social en las familias usuarias del servicio. Para ello, el programa informático *EUCCAP* dispone del *Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)* (García, González, Pola, & Rodríguez, 2014, p. 5), un instrumento de detección de situaciones de riesgo social que deben ser exploradas por los profesionales del Trabajo Social de forma directa o indirecta a criterio de cada equipo de profesionales de CDIAT.

Dicho cuestionario consta de 12 ámbitos y 29 indicadores definidos en un glosario con una puntuación establecida para cada uno de ellos. La suma total de los valores de los indicadores señalados orienta al equipo del CDIAT sobre la necesidad o no de explorar la situación sociofamiliar o del entorno por parte de los profesionales del Trabajo Social.

Debe tenerse en cuenta que la detección de indicadores de riesgo social se puede dar durante el proceso diagnóstico o durante la atención terapéutica y conlleva una exploración social por parte de los profesionales del Trabajo Social. Además, si lo consideran oportuno, se incluye también la elaboración del diagnóstico social como parte del diagnóstico bio-psico-social de la familia y entorno.

Para realizar el diagnóstico social, el programa informático *EUCCAP* dispone de un listado de indicadores sociofamiliares recogidos y definidos en el documento *Desenvolupament social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CIDAP de Catalunya* (García et al., 2014). Los profesionales del Trabajo Social utilizan estos indicadores como "(...) un mitjà d'objectivar la situació d'una família per poder valorar tant si hi ha una situació de risc social com els recursos de la família i del seu entorn per poder-la canviar" (García, González, Pola, & Rodríguez, 2015, p. 111).

El listado de indicadores sociofamiliares del programa informático *EUCCAP* está compuesto por 73 indicadores divididos en 3 ejes (protección, vulnerabilidad y riesgo social) y agrupados en 12 ámbitos cada uno (habilidades personales, funciones parentales, dinámicas familiares, salud, cumplimiento terapéutico, escolar, laboral, económico, vivienda, redes sociales, legales y otras) con el objetivo de centrar la atención no solo en los aspectos que no funcionan, sino también en los recursos que la propia familia y su entorno pueden activar para cambiar la situación que en esos momentos pone en riesgo el desarrollo del niño o niña.

Finalmente, siguiendo a Valls (2010, p. 170), el diagnóstico social de la *ODAT* se divide en tres categorías de familias:

- 1) Família en situació de protecció/sense necessitat d'intervenció social: família organitzada, amb capacitats i recursos interns i externs però que, a causa de les dificultats del seu fill, requereix adaptacions, assessorament i activació de nous recursos per a la seva criança.
- 2) Família en situació de vulnerabilitat social: família organitzada en la qual les seves capacitats parentals disminueixen a causa d'unes característiques o

condicions (transitòries o permanents) biològiques, psicològiques o socials, fet que comporta un risc important en la criança del seu fill.

- 3) Família en situació de risc social: família en la qual els cuidadors presenten greus dificultats que els impedeixen tenir cura del seu fill, fet que impedeix el seu desenvolupament de manera correcta. (García et al., 2014, p. 7).

Es un hecho incuestionable que el listado de indicadores y las categorías de familias propuestas por el *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* supuso, en 2014, un hito para el ámbito social; no obstante, como veremos en el capítulo 4, entre otras carencias, no dispone de una traslación de los indicadores identificados a categorías diagnósticas.

Una vez finalizado el diagnóstico bio-psico-social del niño o niña, de su familia y de su entorno, después de ser validado por el equipo del CDIAT en reunión interdisciplinaria, debe compartirse con la familia en el marco de una entrevista denominada “devolutiva” en la que la persona de referencia del proceso diagnóstico también informará acerca del plan terapéutico acordado por el equipo (necesidad y tipo de atención) y consensuará con la familia el programa de intervención (objetivos y estrategia terapéutica).

Es cierto que la normativa que regula los servicios de atención temprana no recoge ninguna referencia explícita sobre la comunicación del diagnóstico a las familias, quedando esta supeditada al criterio de cada equipo de profesionales del CDIAT. Sin embargo, cabe recordar que el *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)* del Parlamento Europeo y del Consejo establece en su artículo 63 que:

Los interesados deben tener derecho a acceder a los datos personales recogidos que le conciernan y a ejercer dicho derecho con facilidad y a

intervalos razonables, con el fin de conocer y verificar la licitud del tratamiento. Ello incluye el derecho de los interesados a acceder a datos relativos a la salud, por ejemplo los datos de sus historias clínicas que contengan información como diagnósticos, resultados de exámenes, evaluaciones de facultativos y cualesquiera tratamientos o intervenciones practicadas.

Y por si quedara alguna duda, la *Llei 12/2007, d'11 octubre, de serveis socials* de la Generalitat de Catalunya establece en su artículo 10 que:

En l'àmbit dels serveis socials totes les persones tenen dret a reclamar i a rebre informació veraç sobre els serveis i, en especial, tenen dret a:

- Rebre per escrit i, si cal, de paraula, en llenguatge entenedor i accessible, la valoració de llur situació, la qual, si escau, ha d'incloure la qualificació de les necessitats dels familiars o de les persones que en tenen cura.
- Accedir a llurs expedients individuals, en tot el que no vulneri el dret a la intimitat de terceres persones, i obtenir-ne còpies, d'acord amb el que estableixen les lleis. Aquest dret no inclou, tanmateix, l'accés a les anotacions que el personal professional hagi fet en l'expedient.

En la actualidad, existe un consenso generalizado entre las principales escuelas de psicoterapia sobre la importancia de la relación terapéutica con la eficacia del tratamiento y la conveniencia de establecer una alianza terapéutica sólida al inicio del tratamiento psicoterapéutico. (Corbella & Botella, 2003; Carranza, 2009; Waizmann & Roussos, 2009)

En esta línea, la *American Psychological Association* (APA) ha generado una división específica destinada a la relación terapéutica mostrando que la calidad de la alianza terapéutica es un elemento importante en una psicoterapia exitosa.

A este respecto, Bordin (1979) define la alianza terapéutica a partir de tres componentes:

- 1) El acuerdo entre terapeuta y persona usuaria acerca de las metas del tratamiento.
- 2) El acuerdo de ambas partes sobre las tareas necesarias para conseguir las metas.
- 3) Los nexos personales positivos necesarios entre ellas para sostener el cambio terapéutico (empatía, confianza mutua y aceptación).

Bordin considera la relación entre terapeuta y persona usuaria como una alianza integrada por una dimensión técnica compuesta por las metas y tareas de la terapia y una dimensión relacional formada sobre el vínculo que se establece entre terapeuta y persona usuaria. Estas dimensiones son complementarias donde una buena alianza terapéutica es la adecuada combinación de ambas.

Según un estudio del Grupo de Atención Temprana de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana (GAT), la comunicación del diagnóstico puede generar en los progenitores una conmoción emocional (incertidumbres hacia el futuro, desorientación ante el presente o sentimientos de culpa por sus actuaciones en el pasado), por lo que es importante ofrecer la información teniendo en cuenta la realidad del niño o niña (evolución más probable, pronóstico a largo plazo y posibilidades terapéuticas), de la familia y del entorno social (GAT, 2011c): “Una buena información facilita que la familia pueda llegar a tener una mejor comprensión y asimilación de la realidad de su hijo y pueda adecuar su entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño” (GAT, 2000, p. 33).

De la conceptualización de alianza terapéutica de Bordin se desprende la importancia de establecer en el marco de la entrevista de acogida una meta común entre terapeuta y persona usuaria (un diagnóstico bio-psico-social del niño o niña, su familia y entorno), unas tareas compartidas también entre terapeuta y persona usuaria (diferentes sesiones de obtención de información sobre la que sustanciar el diagnóstico) que afiancen nexos personales positivos (empatía, confianza mutua y

aceptación).

Y, en la misma línea de actuación y de forma reiterativa, se desprende la importancia de establecer en el marco de la entrevista “devolutiva” como inicio de la atención terapéutica una meta compartida entre terapeuta y persona usuaria (la mejora del bienestar del niño o niña y su familia) y una tareas también compartidas entre ambas figuras que permitan continuar afianzando nexos personales positivos (empatía, confianza mutua y aceptación).

En definitiva, la entrevista “devolutiva” afianza el ancla de la alianza terapéutica lanzada en la entrevista de acogida. Un ancla que, si es de calidad, será la variable que mejor pueda predecir el resultado final del proceso de cambio.

### **3.6. Estereotipos**

Podría tomarse como definición básica de los estereotipos los constructos cognitivos simplificados que hacen referencia a los atributos personales de un grupo social, mayoritariamente, los rasgos de personalidad aunque no los únicos, compartidos por un gran número de personas.

Según Lippmann (1922), precursor del estudio de los estereotipos sociales, los estereotipos son “imágenes que tenemos en la cabeza” (p. 81), un mecanismo mental mediante el cual asignamos a cada una de las realidades que percibimos del entorno una referencia, una imagen mental que facilita nuestra interacción con el entorno. Para este autor los estereotipos son resistentes a los cambios porque las imágenes en nuestras mentes son más sencillas y estáticas que el devenir de los acontecimientos. Cuando los hechos contradicen nuestras referencias se censuran o distorsionan, aunque existe la posibilidad de cambio en los estereotipos.

En esta línea, Allport (1954) sugiere que el estereotipo no es una categoría sino la idea fija que acompaña a la categoría y, aunque no es el núcleo central del concepto,

su forma de operar impide el pensamiento indiferenciado acerca del concepto. De este modo, introduce la importancia del estudio del proceso por el que se establecen los estereotipos y se utilizan en nuestras relaciones, la estereotipia, más que del contenido propio de los estereotipos.

Por su parte, Campbell (1967) situó el origen de los estereotipos en las relaciones intergrupales y en las posiciones que ocupan estos grupos en la estructura social señalando la importancia del contexto en la selección de rasgos que formarán parte de los estereotipos de ciertos grupos.

Siguiendo a Puertas (2003) se pueden establecer tres etapas distintas en cuanto al estudio de los estereotipos:

- 1) Una primera etapa que incluye los estudios empíricos para estudiar los estereotipos nacionales, religiosos o étnicos (Katz y Braly, 1933) donde se enfatiza en el contenido de los estereotipos y en los cambios que en él se producen.
- 2) Una segunda que incluye los trabajos de Allport (1954), Tajfel (1984) Hamilton y Sherman (1994) y Stangor y Lange (1993) principalmente. Allport pone más énfasis en el proceso que en el propio contenido de los estereotipos, ofreciendo una conceptualización del estereotipo en estrecha relación con el prejuicio destacando los aspectos cognitivos y la función motivacional defensiva a la hora de asignar características estereotípicas a grupos minoritarios. Por su parte, Tajfel consolida el interés por los procesos cognitivos de los estereotipos y enfatiza los aspectos socio-estructurales, culturales y motivacionales que subyacen al proceso de estereotipia. Por último, autores como Hamilton, Sherman, Stangor o Lange defienden el estudio del proceso de estereotipia asegurando que los procesos cognitivos sobre los que se basa la formación de los estereotipos son los mismos sobre los que se basa su mantenimiento y cambio.

- 3) Una tercera etapa que incluye autores como Hofman y Hurst (1990) o Leyens Yzerbyt y Schadon (1994), quienes regresan al interés por el contenido de los estereotipos enfatizando en los aspectos motivacionales y evaluativos implicados en la formación de los estereotipos.

Las teorías del estudio de los estereotipos se pueden agrupar en dos o tres bloques en función de su mayor o menor especificidad en sus orientaciones. Huci y Moya (1994) las agrupan en tres bloques: la *orientación socio-cultural*, que incluye las teorías del *conflicto realista*, la *identidad social* y la del *aprendizaje social*; la *orientación de las teorías de la personalidad*, que incluye la teoría del *chivo expiatorio* y la *personalidad autoritaria*; y la *orientación cognitiva*. Por su parte, autores como Stroebe e Insko (1989) agrupan estas teorías según dos enfoques: (1) el sociocultural y el (2) individual que, a su vez, estaría compuesto por las *teorías de la personalidad* y la *orientación cognitiva* y que se desarrollan a continuación:

#### (1) Enfoque sociocultural

Desde esta perspectiva, el estereotipo surge del medio social, es reflejo de la cultura y de la historia y sirve para ajustarse a determinadas normas sociales. Entre las teorías que apelan a factores socioculturales, se distinguen: (a) las *teorías del conflicto*, (b) las *teorías de la identidad social*, (c) la *teoría de la categorización del yo*, (d) la *teoría del enjuiciamiento social*, (e) el *modelo explicativo de formación y cambio del contenido de los estereotipos étnicos y nacionales* y (f) las *teorías del aprendizaje social*.

- (a) En las *teorías del conflicto*, para Campbell, (1967) el origen del conflicto entre grupos y del etnocentrismo está en el conflicto de intereses o en las amenazas que supone un exogrupo, con la consiguiente contrapartida de estereotipos negativos. Señala también la dependencia del estereotipo con el contexto de comparación donde el contenido específico del estereotipo de un grupo depende del grupo con el que se establece dicha comparación.

Por su parte, para Sherif (1966) cuando se compite entre grupos por metas o recursos incompatibles se advierte un deterioro de las imágenes mutuas.

- b) En el ámbito de las teorías de la *identidad social*, Tajfel (1981, 1989) opina que no es necesario el conflicto de intereses para que se produzca una asimetría en la evaluación de los grupos, favoreciendo por lo general al endogrupo, y a la discriminación intergrupala. Pone de manifiesto también que los aspectos negativos del prejuicio se asocian a procesos cognitivos como la *categorización* (introduciendo orden y simplificando la percepción de la realidad), la *asimilación* (relacionada con la adquisición inicial de las actitudes intergrupales) y la *búsqueda de coherencia* (ante los cambios sociales se necesita de un marco que ayude a explicarlos).
- c) En lo que refiere a las *teorías de la categorización del yo*, partiendo de la *teoría de la identidad social*, Turner (1990) sugiere que los individuos se convierten en grupo al desarrollar una categorización social compartida de sí mismos en contraposición a otros, una percepción compartida del «nosotros» en contraposición al «ellos» donde la estereotipia es un fenómeno racional y válido.
- d) Desde la *teoría del enjuiciamiento social*, Leyens, Yzerbyt y Schadron (1992) exponen que el contexto, la motivación y los objetivos de las personas pueden influir en el proceso de estereotipia.
- e) En cambio, en el *modelo explicativo de formación y cambio del contenido de los estereotipos étnicos y nacionales*, Bar-Tal (1994) apunta a que en la formación y cambio de los estereotipos étnicos y nacionales influyen las variables macrosociales (factores económicos, históricos...), los mecanismos de transmisión (canales sociales, familia...) y las variables personales (valores, actitudes...).

- f) Finalmente, en referencia a las *teorías del aprendizaje social*, autores como Le Vine y Campbell (1972) afirman que el estereotipo procede de la percepción de diferencias reales o a través de la influencia de numerosos agentes sociales, reflejando diferencias ocupacionales, de distribución de roles, en modos de aculturación...

## (2) El enfoque individual

Desde la perspectiva individual, el estereotipo se concibe como una estructura cognitiva que contiene el conocimiento, las creencias y las expectativas de quien percibe respecto a un grupo humano. Entre las teorías que apelan a factores sociocognitivos, se distinguen: (a) las *teorías de la personalidad* y (b) la *orientación cognitiva*.

- a) En las primeras, el origen de los estereotipos se buscaría en la personalidad o en los rasgos de la personalidad de los individuos. Un ejemplo sería la *teoría del chivo expiatorio* que entiende que los grupos objeto de estereotipia los son como fruto de la frustración de los grupos que reduce a un estereotipo y desplazan su agresión hacia ellos. Un segundo ejemplo sería la *teoría de la personalidad autoritaria* que asocia los estereotipos a los procesos de pensamiento individuales de personalidades intolerantes y autoritarias.
- b) En las segundas, el estereotipo consiste en un conjunto de creencias compartidas acerca de los atributos personales que poseen los miembros de un grupo. De este modo, las creencias estarían estructuradas y relacionadas entre sí y tendrían cabida tanto los rasgos de personalidad como las conductas, las características físicas, los roles, ocupaciones, etc.

En lo que se refiere a las funciones de los estereotipos, Lippman (1922) apuntaba que su propósito principal era legitimar los propios posicionamientos, mientras que Allport (1954) señalaba como función principal la justificación del comportamiento de

los individuos con respecto a miembros de otros grupos sociales. Sin embargo, la propuesta de mayor repercusión fue la de Tajfel (1984) quien divide las funciones de los estereotipos en individuales y sociales.

En las funciones individuales, el autor sitúa la sistematización y simplificación de la realidad (acentuando las semejanzas con el endogrupo y las diferencias con el exogrupo) y la protección del sistema de valores del individuo (al ser compartidos, los estereotipos se refuerzan fácilmente mostrando resistencias al cambio).

En cambio, en las funciones sociales sitúa la búsqueda de una identidad positiva (clasificando diferencialmente al endogrupo del exogrupo fomentando el favoritismo grupal para mantener el *statu quo*), la justificación de acciones contra otros grupos (la percepción más negativa del exogrupo facilita la racionalización de la discriminación) y la explicación de la realidad social y su causalidad (explican cómo actúan los grupos, porqué lo hacen y cómo se configura y mantiene la estructura social).

Complementando estas funciones de los estereotipos, también encontramos la función ideológica y de control social que actuarían como justificación de la superioridad o privilegios de unos grupos frente a otros (Jost & Banji, 1994) o de exaltación de esta capacidad de poder unos grupos respecto a otros (Fiske, 1993).

El proceso de cambio de los estereotipos ha sido estudiado desde diferentes perspectivas como los estudios descriptivos (que se centran en el cambio de contenido del estereotipo), la hipótesis del contacto intergrupalo (que sostiene que el contacto con los grupos estereotipados mejoraría las relaciones modificando el estereotipo) y la orientación cognitiva (que se centra en los procesos cognitivos individuales responsables del cambio cuando aparecen informaciones contradictorias con los estereotipos grupales).

En otro orden de ideas, además de las creencias que se tienen sobre los grupos sociales, por lo general, se generan unos afectos o emociones sobre estos grupos (Puertas, 2003, p. 140). En un principio se pensaba que el prejuicio estaba relacionado forzosamente con el estereotipo, donde este proporcionaba la información para reforzar la emoción cargada de prejuicios hacia un determinado grupo social (Morales & Moya, 1996). Sin embargo, en la actualidad existe cierto consenso en pensar el prejuicio como una actitud compuesta por tres componentes: la dimensión afectiva (emociones), la dimensión cognitiva (creencias) y la dimensión conductual (conducta) en la que existe una cierta correlación entre sus tres componentes, aunque pueden operar de forma independiente (Huici, 1999; Casas, 1999; Montes, 2008).

El prejuicio comporta una evaluación y valoración negativa o positiva (sesgada en cualquier caso) sin conocimiento previo de una persona perteneciente a un grupo o de todo un grupo como tal y genera una predisposición emocional basada en estereotipos que predispone a ciertas conductas hacia las personas o grupos estereotipados.

En este sentido, se podría considerar una definición básica de prejuicio el juicio previo (a la experiencia) que, aunque pueda tener una base factual, suele obedecer a propósitos concretos y comporta consecuencias para los individuos y colectivos sobre los que se proyecta.

Los estereotipos son conceptualizados como el componente cognitivo del prejuicio y la discriminación, por su parte, como el componente comportamental del prejuicio, y por lo tanto, su manifestación externa, pudiéndose definir como la conducta persistente y extendida socialmente hacia personas o grupos estereotipados y en base a prejuicios con el objetivo de dañar sus derechos y/o libertades.

Allport (1954), precursor del estudio de los prejuicios, definió el prejuicio en su obra *La Naturaleza del Prejuicio*, como: “Una actitud hostil o prevenida hacia una persona

que pertenece a un grupo, simplemente porque pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo” (p. 22).

Su definición engloba actitudes, estereotipos y discriminación bajo un mismo concepto, como partes de una misma actitud negativa hacia los miembros de un grupo que se activan en función del contexto. Así, el componente afectivo se activaría en base a experiencias personales, el cognitivo en base al conocimiento popular sobre las características negativas de un grupo y el conductual se manifestaría en las acciones cotidianas al interactuar con personas de otros grupos en base a los prejuicios y estereotipos.

Siguiendo a Navas (1997, p. 206), encontramos como características definitorias del prejuicio que es un juicio previo de carácter desfavorable que implica una evaluación cargada afectiva y negativamente, que está ligado al contexto de las relaciones intergrupales (ya que refiere al juicio hacia grupos sociales) y que presenta una fuerte resistencia al cambio a corto plazo aún en presencia de información nueva que le refute.

Echebarría y González (1995) establecen como procesos de modificación o consolidación del prejuicio: el condicionamiento (que supone la generalización de una experiencia negativa a todos los miembros del grupo social), la percepción selectiva (que conlleva prestar más atención a la información relacionada con el estereotipo reforzándolo y consolidando el prejuicio) y la necesidad de seguridad (que puede generar en la persona prejuicio hacia otros grupos en el caso de verse amenazada).

En cuanto a la discriminación, normalmente surge del prejuicio aunque esta relación no siempre es automática, pudiendo encontrar individuos con fuertes prejuicios hacia un grupo que controlan su comportamiento a la par que individuos que, sin tener prejuicios hacia un grupo, se comportan de manera discriminatoria por otros motivos como leyes, normas, etc.

En la actualidad, existen diferentes modelos explicativos que intentan dar cuenta de nuevas formas de expresión del prejuicio y de las conductas discriminatorias entre los que se encuentran: (a) *el manejo de la impresión*, (b) *el racismo moderno o simbólico*, (c) *la ambivalencia*, (d) *el racismo aversivo*, (e) *el modelo de disociación*, (f) *el prejuicio sutil* y (g) *la teoría del conflicto sociocognitivo*.

- a) *El modelo de manejo de la impresión* sostiene que las actitudes prejuiciosas no han cambiado, sino que las personas no las manifiestan públicamente porque no son socialmente aceptables (y si alguna vez lo hacen es de forma sutil).
- b) *El modelo de racismo moderno o simbólico* mantiene que las personas se sienten cercanas al principio de igualdad, pero siguen albergando un afecto negativo hacia los miembros de otros grupos sustituyendo las formas más manifiestas de prejuicio por otras encubiertas y simbólicas.
- c) *El modelo de ambivalencia* piensa que las personas intentan actuar según los valores de individualismo que se basan en que cada persona es responsable de su propio destino, pero también según el igualitarismo que censura las manifestaciones prejuiciosas.
- d) *El modelo de racismo aversivo* sostiene que el prejuicio es consecuencia de la convivencia de una actitud negativa hacia los miembros de grupos discriminados, social y culturalmente adquirida, y una actitud positiva hacia los mismos por asumir la norma igualitaria y los valores de justicia.
- e) *El modelo de disociación* plantea una distinción entre lo que es el conocimiento del estereotipo y su aceptación. Las creencias que uno tiene sobre un estereotipo concreto pueden ser incongruentes con el conocimiento que se tenga de ese estereotipo ya que las creencias derivan de la experiencia mientras que los estereotipos son proposiciones aceptadas como

verdaderas.

- f) *El modelo de prejuicio sutil* diferencia entre el racismo manifiesto y el sutil dividiendo a las personas en: (a) igualitarias -que manifestarían un nivel bajo de prejuicio manifiesto y sutil-, fanáticas -que manifestarían un elevado grado de prejuicio de ambas formas- y en sutiles -que manifestarían solo prejuicio sutil-.
- g) *La teoría del conflicto sociocognitivo* divide a las personas en un grupo numeroso que rechaza las manifestaciones prejuiciosas y en un grupo minoritario prejuicioso que piensa que todo el mundo lo es, pero que no se atreve a manifestarlo explícitamente.

### **3.7. Representaciones sociales**

Otra explicación a los comportamientos de las personas la encontramos en la *teoría de las representaciones sociales*, donde Moscovici (1961) aborda el conocimiento del sentido común desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad. Este autor establece que existe una forma de pensamiento social o colectivo mediante el cual los individuos obtienen cierta percepción común de la realidad y además, actúan en relación a ella. La teoría de las representaciones sociales “(...) unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción” (Araya, 2002, p. 9).

Se podría considerar una definición básica de las representaciones sociales el sistema de valores, ideas y prácticas que facilita al individuo hacer inteligible la realidad física y social y le orienta en su comportamiento social.

Para Moscovici, las representaciones sociales son sistemas cognitivos con una lógica y enunciado propio formados por estereotipos, creencias, afirmaciones o

valores que ayudan al individuo a orientarse y actuar en la sociedad. Proporcionan un código de comunicación común con el que nombrar y clasificar de manera grupal los diferentes fenómenos sociales. Asimismo, estos sistemas de códigos, principios y juicios clasificatorios conforman y guían la manera en la que los individuos actúan en la sociedad, ya que establecen las normas y los límites que se encuentran dentro de la conciencia colectiva. De este modo, las representaciones sociales transforman una percepción o un aspecto abstracto en un concepto concreto que se presentan en la mente de todas las personas haciéndola más accesibles y entendible para la sociedad. Cuando una persona hace referencia a un objeto social es porque tiene una representación social del objeto. Y para poder representar este objeto este debe estar mediado por una figura.

Las representaciones son construcciones sociales en constante evolución, ya que son creadas y adaptadas por el individuo y el grupo al momento presente con la finalidad de categorizar un fenómeno social, explicar sus características e incorporarlo a la realidad y forman un tipo de pensamiento natural que encuentra su base en el sentido común y se integra en el pensamiento y discurso colectivo a partir de la comunicación entre las personas y los medios. A su vez, las representaciones son estructuras cognitivo-afectivas que interpretan, explican, escogen, conectan e interrelacionan todos aquellos datos que provienen del entorno y poseen una finalidad práctica que permite utilizarlas como guía de orientación y comportamiento.

Son muchos los conceptos que se utilizan para tratar de definir las representaciones sociales debido a la complejidad de los fenómenos que explican. Sin embargo, la mayoría de los autores señalan, de un modo u otro, la importancia de las representaciones sociales para la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales.

Así, Moscovici (1961) define las representaciones sociales como:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... La

representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (p. 17)

Para Farr (1983), en cambio, las representaciones sociales son:

Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. (p. 655)

También en esta línea se pronuncia Banchs (1986), quien se refiere a las representaciones sociales señalando que:

(...) en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata (p.39).

Por último, Marková (1996) señala que dichas representaciones buscan:

(...) describir cómo los individuos y los grupos construyen un mundo estable y predecible partiendo de una serie de fenómenos diversos y estudia cómo a partir de ahí los sujetos “van más allá” de la información dada y qué lógica utilizan en tales tareas... Son parte de un entorno social simbólico en el que viven las personas. Al mismo tiempo ese entorno se re-construye a través de las actividades de los individuos, sobre todo por medio del lenguaje... Estos dos componentes de las representaciones sociales, lo social y lo individual, son mutuamente interdependientes. (p.163)

Las principales influencias teóricas de Moscovici sobre las que basa su teoría de las representaciones sociales, se encuentran en la etnopsicología de Wundt, el interaccionismo simbólico de Mead (Mora 2002), las representaciones colectivas de

Durkheim, el estudio sobre las funciones mentales en sociedades primitivas de Lévy-Bruhl, los estudios sobre la representación del mundo en los niños y niñas de Piaget, las teorías sobre la sexualidad infantil de Freud, los estudios sobre psicología del sentido común de Heider, la propuesta de la construcción social del conocimiento de Berger y Luckmann y la psicología sociocultural de Vygotsky (Araya, 2002).

En cuanto a las funciones que cumplen las representaciones sociales, Páez (1987) señala fundamentalmente cuatro:

- 1) Privilegiar, seleccionar y retener hechos relevantes del discurso.
- 2) Descomponer estos hechos en categorías simples.
- 3) Construir una teoría implícita, explicativa y evaluativa del entorno a partir del discurso.
- 4) Reconstruir y reproducir la realidad dándole un sentido sirviendo de guía operacional para la vida social en la resolución de los problemas.

Por su parte, Sandoval (1997) destaca también las funciones de:

- 1) comprensión (posibilitan pensar el mundo y sus relaciones).
- 2) valoración (permite calificar o enjuiciar hechos).
- 3) comunicación (a partir de la cual las personas interactúan mediante la creación y recreación de las representaciones sociales).
- 4) actuación (condicionada por las representaciones sociales).

La realidad se conoce, en último término, a través de explicaciones que la persona extrae de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las representaciones sociales condensan estas explicaciones haciendo referencia al conocimiento del sentido común, cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana. Por tanto, las representaciones sociales se originan en los procesos de comunicación social (los medios de comunicación de masas y la comunicación interpersonal) a partir del fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de la historia (creencias

compartidas, valores básicos y referencias históricas y culturales que forman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad) y se concreta en instituciones sociales como la lengua y objetos materiales. Teniendo presente que la relación de una persona con el objeto y su conocimiento sobre dicho objeto están condicionados por su ubicación en la estructura social ya que interviene en su exposición a los contenidos conversacionales y en el tipo de experiencia personal que se establece en relación al objeto de la representación.

Por lo que se refiere al surgimiento de las representaciones sociales, Moscovici (1961) señala que viene determinado por las condiciones en las que estas son pensadas y constituidas teniendo en común el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos. De este modo, Moscovici establece tres condiciones de emergencia que permiten la aparición del proceso de formación de una representación social:

- 1) La dispersión de la información hace referencia a que la información que se tiene para responder a una pregunta o para formar una idea sobre un objeto preciso nunca es suficiente y, generalmente, está desorganizada.
- 2) La focalización refiere a la implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares de un individuo inscrito a sus grupos de pertenencia.
- 3) La presión a la inferencia recuerda el apremio que ejercen las relaciones sociales sobre el individuo para que sea capaz, en todo momento, de emitir una opinión, postura o acción acerca de un hecho.

Las exigencias que las relaciones sociales imponen sobre un individuo o grupo para que tengan conocimiento sobre determinados eventos u objetos aumentan en función de la relevancia de estos por lo que, para no verse excluido de las conversaciones, el individuo o grupo necesita establecer opiniones al respecto, extraer conclusiones y mostrar un discurso bien trabado.

En cuanto a las dimensiones de las representaciones sociales, Moscovici (1961) distingue tres:

- 1) La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación social al ser la reacción emocional respecto al objeto o situación social determinada, siendo, al mismo tiempo, la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación social cuya función es dinamizar y regular la acción. Según Moscovici (1961):

(...) la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, quizá, primera desde el punto de vista genético. En consecuencia, es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada (p. 49).

- 2) La información refiere a la organización de conocimientos que sobre un objeto o situación social determinada tiene un individuo o grupo. Estos conocimientos muestran particularidades en cuanto a cantidad, calidad, en especial a su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, y origen, si surge en contacto directo con el objeto o situación social o proviene de la comunicación social.
- 3) El campo de representación atañe a la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada variando en función del grupo incluso en el interior de un mismo grupo. Según Moscovici (1961): "(...) nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación" (p. 46).

Por último, hay que señalar que el estudio de las representaciones sociales se puede abordar desde un enfoque bien (1) procesual o (2) bien estructural.

- 1) El enfoque procesual se centra en el aspecto constituyente del pensamiento como son los procesos y, desde postulados cualitativos, prioriza el estudio de lo social, la cultura y las interacciones sociales.

Para acceder al contenido de una representación, se utiliza la recopilación de discursos producidos de forma espontánea, inducidos mediante entrevistas o cuestionarios o a través de obras literarias, soportes periodísticos, grabaciones de radio... El material discursivo se somete a análisis de contenido estableciendo una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social. El enfoque procesual se interesa por los estudios de las producciones simbólicas, de los significados y del lenguaje mediante los cuales las personas construyen el mundo.

- 2) El enfoque estructural, por su parte, se centra en el aspecto constituido del pensamiento como son los productos o contenidos y, desde postulados cuantitativos prioriza el estudio del funcionamiento cognitivo recurriendo a principios derivados del método experimental.

Para el análisis y la comprensión del funcionamiento de una representación social se necesita identificar su contenido y estructura. El enfoque estructural parte de que toda representación tiene una determinada estructura cuya principal característica es que está organizada alrededor de un núcleo central, siendo este el que determina su organización y significación. El enfoque estructural se interesa por los estudios cognitivos que buscan identificar estructuras representacionales.

Para finalizar, el estudio de las representaciones sociales puede permitir arrojar luz a la dinámica de las interacciones sociales que se producen en la atención temprana y señalar los condicionantes de las prácticas sociales dado que la representación, el discurso y la práctica se retroalimentan (Abric, 1994).



## 4. Resultados

A tenor de lo expuesto en el apartado 3.1, se podría apuntar que la construcción del diagnóstico social en atención temprana es responsabilidad de los profesionales de Trabajo Social, que forma parte del diagnóstico bio-psico-social que un equipo de profesionales con funcionamiento inter o transdisciplinario realiza del niño o niña, su familia y entorno sobre que fundamentar, en caso de necesidad, la atención global a las familias con niños o niñas menores de 6 años con problemas en su desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Siguiendo la *Instrucción 3/2014 sobre el procedimiento del servicio de atención temprana* que establece que la atención en los CDIAT consta de cuatro fases (la de entrada al servicio, la de diagnóstico, la de tratamiento y la de baja del servicio), en el presente capítulo, se presenta y analiza la información etnográfica obtenida respecto al objetivo general de *analiza cómo se realiza el diagnóstico social en los CDIAT* siguiendo estas fases.

Los resultados que se presentan pretenden describir lo que los profesionales hacen desde su propia perspectiva, siendo para ello relevante fijarse tanto en las prácticas como en los significados que tienen para quienes las realizan. Con este objetivo se irán articulando estas dos dimensiones siguiendo las fases de la atención a los CDIAT.

Sin embargo, antes de comenzar con el análisis de la atención, se repasan algunos factores que, a mi entender, de un modo u otro, condicionan la atención, como son: (a) la representatividad del Trabajo Social en la composición del equipo de CDIAT, (b)

el tipo de funcionamiento del equipo del CDIAT, (c) el contexto institucional y (d) la ecuación personal de los profesionales del CDIAT.

#### (a) La representatividad del Trabajo Social en la composición del equipo de CDIAT

Como se ha comentado en el apartado 3.1, la composición de los equipos de CDIAT viene regulada por el *Decreto 26/2003* que establece como perfiles profesionales obligatorios: Psicología, Psicología clínica, Fisioterapia, Logopedia, Neuropediatría y Trabajo Social. Sin embargo, dos personas de la muestra referían que no en todos los CDIAT donde habían trabajado habían contado siempre con la presencia de profesionales del Trabajo Social: “En uno de los CDIAT que trabajé, éramos los psicólogos las que hacíamos de trabajador social porque no tenían contratado a ninguno”.

En la misma línea, más de la mitad de las personas de la muestra coincidían en manifestar que en todos los CDIAT en los que habían trabajado los profesionales del Trabajo Social eran quienes menor volumen de horas disponían en comparación con el resto de disciplinas: “Resulta difícil coordinarse con el trabajador social por las pocas horas que está en el servicio”.

Según recoge el acuerdo del año 2011 del *Comitè d'Expertes i Experts en Formació en l'Àmbit de l'Acció Social del Departament de Benestar Social i Família*, el único perfil profesional que tiene atribuida la función de “realitzar l'exploració social i el diagnòstic social en els casos que ho requereixin” (Generalitat de Catalunya, 2011, p. 7) es el del Trabajo Social. Por tanto, a mi entender, los equipos que no disponen de profesionales de esa disciplina o no disponen de un volumen significativo de horas de dedicación de sus profesionales no pueden realizar diagnósticos sociales y, por consiguiente, no pueden garantizar una adecuada atención global del niño o niña, su familia y entorno como se establece en el *Decreto 26/2003*.

Al ser interpeladas las personas de la muestra por los motivos que, en su opinión, creían podían justificar la ausencia de profesionales del Trabajo Social o su poca representatividad en los equipos, las repuestas obtenidas van en dos sentidos:

- 1) Haciendo referencia a que “El Trabajo Social ha sido la última disciplina en incorporarse al CDIAT por lo que sus funciones ya estaban repartidas entre otras disciplinas antes de su incorporación”. En efecto, la disciplina de Trabajo Social junto a la de Neuropediatría se incorporaron como perfiles obligatorios a los equipos de CDIAT en el año 2003 (hace más de quince años) mediante el *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç*.
- 2) Haciendo referencia a la poca necesidad de intervención desde el ámbito social: “Supongo que no se dan suficientes casos sociales como para tenerlo más horas (haciendo referencia al profesional del Trabajo Social)”. En cuanto al segundo sentido, se analizarán las respuestas más adelante en el apartado 3.7.

#### (b) El tipo de funcionamiento del equipo de CDIAT

Como se ha visto en el apartado 3.1, el funcionamiento de los equipos de CDIAT viene regulado por el *Decreto 261/2003* que establece que los equipos deben tener un funcionamiento inter o transdisciplinario.

La inter y la transdisciplinariedad facilitan la integración del conocimiento específico de cada disciplina en una mirada global que permite una atención integral del niño o niña, su familia y entorno. Sin embargo, para alcanzar la inter o transdisciplinariedad, a mi entender, en primer lugar, es imprescindible garantizar la multidisciplinariedad con representación de todas las disciplinas obligatorias. En segundo lugar, es necesario que los casos se construyan con la participación de todas las disciplinas que pueden aportar especificidad a su comprensión. No cabe apelar a la

transdisciplinariedad para paliar la falta de una de las disciplinas ya que la incorporación de conceptos de otras materias debe de ir acompañada siempre de profesionales que valoren su idoneidad y ayuden a su comprensión e implementación: “Nosotros, los “fisios”, llevamos en sangre la “neuro” (refiriéndose a los conocimientos propios de la disciplina de Neuropediatría). Es como si lleváramos unas gafas de “neuro” por lo que no es necesario que nuestros casos los tenga que ver el “neuro”. Por último, es imprescindible un espacio de encuentro en el que integrar los conocimientos de las diferentes disciplinas con el objetivo de la atención integral.

La interdisciplinariedad no es una categoría dicotómica, por tanto, admite múltiples grados en lo que se refiere al funcionamiento de un equipo de CDIAT y un indicador, a mi entender, de funcionamiento interdisciplinario, que no el único, se encuentra en forma de reunión (presencial o virtual) en la que participen profesionales de las diferentes disciplinas que configuran dicho equipo.

Asumiendo que no es posible un funcionamiento interdisciplinario sin este tipo de reuniones, se hace constar que estas sesiones de trabajo interdisciplinar, a su vez, están condicionadas principalmente por: (1) la frecuencia y duración, (2) el momento del proceso en el que se realizan y (3) los casos que se analizan.

- 1) La frecuencia y duración de las reuniones interdisciplinarias son estrategias para alcanzar los objetivos que se hayan marcado cada equipo para este tipo de reuniones (se realicen o no durante el proceso de atención de algunos o todos los casos).
- 2) El momento del proceso en el que se realizan las reuniones interdisciplinarias depende del criterio de cada equipo de CDIAT, existiendo servicios que optan o no por realizar reuniones interdisciplinarias una vez que:

- Se finaliza la acogida para analizar los casos y establecer las disciplinas que participaran en el proceso diagnóstico.
  - Se finaliza el proceso diagnóstico para validar su resultado.
  - Se produce un cambio en el diagnóstico o el plan terapéutico para validarlo.
  - Se produce una dificultad para conseguir los objetivos marcados.
- 3) En la misma línea, los casos que se analizan en reuniones interdisciplinarias dependen nuevamente del criterio de cada equipo de CDIAT, existiendo unos servicios que analizan únicamente los casos que consideran complejos y otros que optan por analizarlos absolutamente todos, indistintamente de su complejidad.

¿Qué casos requieren de un funcionamiento interdisciplinario para su correcta atención? De entrada, a mi entender, deberían ser todos si se entiende por atención interdisciplinaria también la atención indirecta: el consultar con profesionales de una determinada disciplina la conveniencia o no de su intervención directa ante la detección de señales de alarma de su competencia.

*A priori*, se podría concluir que *cuanto más mejor* y que los CDIAT que disponen de un mayor grado de interdisciplinariedad en su funcionamiento son los que realizan un mayor número de reuniones interdisciplinarias, de mayor duración, durante todos los procesos de atención, que analizan todos los casos y en las que participan todos los profesionales. Sin embargo, invertir recursos en reuniones interdisciplinarias innecesarias o ineficientes conlleva un malbaratamiento de recursos públicos por lo que encontrar el equilibrio es esencial y todo lo que pase por realizar reuniones interdisciplinarias en las que participen un representante de cada disciplina y se analicen todos los casos para valorar su complejidad desde una visión global, a mi entender, se aproxima bastante a este equilibrio tan necesario.

Todas las personas de la muestra valoraban de forma muy positiva las reuniones interdisciplinarias aunque señalaban que eran insuficientes en número y/o duración. En cuanto a los motivos que hacían que las valoraciones fueran tan positivas, más de la mitad de los participantes de la muestra hacían referencia al fomento de la cohesión del equipo y al establecimiento de criterios comunes que ofrecen seguridad en el ejercicio profesional.

#### (c) El contexto institucional

No se puede, a mi entender, hablar de diagnóstico social sin hacer referencia a las normas y disposiciones institucionales y a las políticas sociales y económicas del momento. Este punto se desarrollará más adelante, en el apartado 4.2.1 referido al contexto de producción de las representaciones sociales.

#### (d) La ecuación personal de los profesionales de CDIAT

Entendiendo por la ecuación personal el conjunto de características y factores personales que pueden generar elevada variabilidad en el resultado de una observación, es importante señalar que, aunque se ha tenido presente el género, la edad y los años de experiencia en CDIAT de las personas de la muestra (entendidas como investigadoras de una realidad), no se ha podido constatar ninguna diferencia significativa en sus respuestas que pueda ser atribuible a estas variables.

### **4.1. La atención en los CDIAT**

A continuación, se presenta y analiza la información etnográfica obtenida respecto a *cómo se realiza el diagnóstico social en los CDIAT* describiendo lo que los profesionales hacen e incorporando sus propias perspectivas cuando ha sido posible, siguiendo las cuatro fases de la atención temprana: fase de entrada al servicio, fase de diagnóstico, fase de tratamiento y fase de baja o derivación.

Aunque el objetivo de la tesis se orienta preferentemente hacia las dos primeras fases de atención, deben tenerse en cuenta aquí todas ellas debido a que, en muchas ocasiones, las situaciones de vulnerabilidad social se detectan a lo largo de toda la secuencia de atención y no específicamente en una de sus partes.

Los procedimientos que se describen a continuación, así como las definiciones de algunos conceptos que aparecen, se basan en el *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) que publicó el Institut Català d'Assistència i Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya y que elaboró la *Taula Tècnica d'Atenció Precoç* con el objetivo de aportar criterios de uniformidad y homogeneidad en la actuación asistencial de los CDIAT.

#### **4.1.1. Fase de entrada al servicio**

En esta primera fase, se lleva a cabo una entrevista llamada de “acogida” en la que se exploran las dimensiones bio-psico-sociales del niño o niña, su familia y entorno con la finalidad de valorar la idoneidad de la atención que necesitan recibir del servicio y se explica el funcionamiento del CDIAT.

El *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) define la entrevista d'acollida como:

Una eina per recollir de la família la informació bàsica, de forma presencial, en relació amb els diferents aspectes evolutius i de desenvolupament globals de l'infant, els seus antecedents, els símptomes i les dificultats, així com totes les dades relacionades amb la seva família i el seu entorn, amb la finalitat de poder facilitar-ne la valoració i decidir la idoneïtat de l'atenció que l'infant i la seva família necessiten rebre del servei.

El/la professional responsable d'aquesta entrevista ha d'informar la persona usuària del procediment d'entrada, les característiques funcionals, el tipus de servei on ha fet la demanda d'atenció i la seva organització. (p. 36)

De la informació etnogràfica que he recabado se deprenen dos tipus distintos de entrevistes de acogida: la acogida, propiamente dicha o (1) "acogida estandarizada", y la (2) "acogida fusionada con anamnesis", siendo las principales diferencias el contenido de la entrevista y los profesionales encargados de realizarla.

Analizar las implicaciones de fusionar dos procesos (entrada al servicio y proceso diagnóstico) que, a mi entender, deberían ser consecutivos y no simultáneos, excede los objetivos de la tesis. Sin embargo, merecen una mención especial las consecuencias que este hecho comporta para las familias. Si se realiza una acogida separada del proceso diagnóstico, la familia juega un papel activo al tener que valorar la idoneidad del funcionamiento del servicio respecto a sus expectativas y su opinión es imprescindible para continuar con la atención. Por el contrario, si se fusionan los dos procesos, el papel que se reserva a las familias es completamente pasivo (lo importante es la información que aportan y no su opinión).

- 1) La entrevista de acogida estandarizada es llevada a cabo, generalmente, por profesionales del Trabajo Social o por la coordinación del servicio. A lo largo de la misma se exploran las dimensiones bio-psico-sociales del niño o niña, su familia y entorno para valorar la idoneidad de la demanda y se explica el funcionamiento del CDIAT.

Así, que los profesionales del Trabajo Social sean los encargados de realizar la entrevista de acogida estandarizada facilita la detección de señales de alarma del ámbito social ya que la lleva a cabo un profesional de materia. También facilita su incorporación al proceso diagnóstico en caso de necesidad a tenor de lo manifestado por la mitad de personas de la muestra en el sentido de: "Cuesta mucho introducir la figura del trabajador social" o "A veces, hay familias que tienen muchas reticencias a las visitas sociales, sobre todo, las

familias muy sociales”. Sin embargo, teniendo en cuenta que los profesionales del Trabajo Social (junto a los de Neuropediatría) disponen del número de horas más reducido en comparación con el resto del equipo, cada hora destinada a la detección es una hora que se pierde de diagnóstico o tratamiento. Los profesionales del Trabajo Social que se encargan de realizar la entrevista de acogida estandarizada describen bien esta aparente paradoja: “Me gusta realizar todas las acogidas porque así puedo conocer a las familias y detectar situaciones de riesgo social. El problema es que luego no me quedan horas para hacer intervención en las situaciones detectadas”.

Al ser interpelados acerca de cómo resolvían esta aparente paradoja, las repuestas obtenidas de los profesionales del Trabajo Social iban asociadas, a mi entender, a una cierta victimización: “Mejor que yo haga las acogidas porque de lo contrario la detección del riesgo social quedaría a la intuición de cada uno de los profesionales, su rasero”. Y al señalar la responsabilidad de los profesionales del Trabajo Social en formar al resto del equipo del CDIAT en las reuniones interdisciplinarias en la detección de indicadores de vulnerabilidad social en las familias usuarias del servicio y la existencia del *Qüestionari d’Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)* como instrumento de detección de situaciones de riesgo social que deben ser exploradas por los profesionales del Trabajo Social, las respuestas seguían en el mismo sentido: “No hay tiempo para hacer reuniones de quipo”; “Conocemos el QÜAIS pero no lo utilizamos” y “Algunos son capaces de utilizarlo y otros van a tardar cinco años”.

- 2) Por su parte, la entrevista de acogida fusionada con anamnesis es llevada a cabo por profesionales de Psicología, mayoritariamente, u otra disciplina. De este modo, desde la coordinación o la administración del CDIAT siguiendo criterios preestablecidos, se distribuyen las demandas entre las diferentes disciplinas en función del motivo de demanda, de la edad del niño o niña y de la disponibilidad de agenda de los diferentes profesionales, entre otras

variables.

Al ser interpelados los profesionales que realizan este tipo de entrevistas de acogidas, en principio, contrarias a lo establecido al *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) defienden esta opción con argumentos del tipo: “Es lo mejor para las familias porque son incapaces de explicarte solo el motivo de demanda, necesitan hablar más y más, de sus preocupaciones”; “Detrás de toda demanda hay una familia preocupada que necesita ayuda. Así que todas las demandas son idóneas para iniciar el proceso diagnóstico. Hacerlas juntas (refiriéndose a acogida y anamnesis) es más eficiente para el servicio y mejor para las familias”.

Aunque anecdótico, algún servicio, además, tiene profesionales encargados de determinadas poblaciones de la zona geográfica de referencia del CDIAT, comportando que, según la zona de residencia del niño o niña, sean unos u otros profesionales los que atiendan a la familia: “Además de la sectorización de los CDIAT los profesionales de mi CDIAT estamos también sectorizados”. Según explican las personas que trabajan en servicios con este tipo de funcionamiento, esto les permite mayor eficiencia en cuanto a coordinaciones aunque les genera una lista de espera interna por profesionales.

#### **4.1.2. Fase de diagnóstico**

En esta segunda fase, se realiza una valoración inicial que supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño o niña, de su historia individual, familiar y de su entorno y que consta, a su vez, de cuatro momentos: (1) la recogida de información, (2) la valoración del niño o niña, su familia y entorno, (3) la elaboración del diagnóstico, el plan terapéutico y el programa de intervención y, por último, (4) la entrevista de devolución con la familia.

## 1) La recogida de información

El *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) define la recogida de información (también denominada anamnesis o primera visita diagnóstica) como: “Recull de dades que ens permeten conèixer els aspectes més rellevants biopsicosocials i el seu procés en la biografia de l'infant, que va actualitzant-se a mesura que avança el procés” (p. 54).

Estos aspectos bio-psico-sociales relevantes deben incluir los indicadores de riesgo social de la familia y su entorno para que los profesionales del Trabajo Social, si lo consideran necesario, puedan ampliar la exploración. Si estos profesionales han realizado la entrevista de acogida, la detección se realiza sin mayor dificultad. Sin embargo, si no han participado en la entrevista de acogida, la detección de los indicadores de riesgo social queda bajo la responsabilidad de otros profesionales de otras disciplinas. En estos casos, los CDIAT disponen de diferentes elementos de soporte como: (a) la reunión interdisciplinaria, (b) la supervisión grupal, (c) la formación grupal, (d) la interconsulta y (e) el *Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)*.

- a) La reunión interdisciplinaria sirve para compartir y validar la construcción del diagnóstico y la propuesta terapéutica. Como se verá más adelante, los indicadores de riesgo bio-psico-social forman parte del diagnóstico por lo que su detección y abordaje deberían ser tratados en este tipo de reuniones.
- b) La supervisión grupal se utiliza para analizar en profundidad la intervención realizada. Entre los elementos que se revisan están los indicadores de riesgo bio-psico-social como parte del diagnóstico, si bien es cierto que este tipo de soporte es más utilizado en los casos que están en la fase de tratamiento.

- c) La formación grupal se emplea, entre otras cosas, para formar a los profesionales en aspectos básicos de las disciplinas que componen el equipo de CDIAT para fomentar su funcionamiento inter o transdisciplinar. De este modo, a mi entender, una formación en detección de indicadores de riesgo social que puedan afectar a la parentalidad se considera básica para dar cumplimiento a lo que establece la *Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y adolescencia*:

Tots els professionals, especialment els professionals de la salut, dels serveis socials i de l'educació, han d'intervenir obligatòriament quan tinguin coneixement de la situació de risc o de desemparament en què es troba un infant o adolescent, d'acord amb els protocols específics i en col·laboració i coordinació amb l'òrgan de la Generalitat competent en matèria de protecció dels infants i els adolescents. (Llei 14/2010 de 27 de maig dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, 2010)

- d) La interconsulta sirve para intercambiar información de un caso entre profesionales del mismo equipo y está pensada para resolver dudas como, por ejemplo, si una información puede o no ser considerada un indicador de riesgo social.
- e) El *Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)*, como se ha visto en el apartado 3.5, es un instrumento de soporte al equipo de CDIAT para la detección de indicadores de riesgo social que está integrado en el programa informático *EUCCAP*.

La información recogida se distribuye por los diferentes ámbitos que componen el apartado de anamnesis del programa informático *EUCCAP* destacando el de categoría familiar compuesto por las siguientes opciones: monoparental, marental, homoparental, nuclear, numerosa, extensa, reconstituida y multifamiliar.

Las definiciones utilizadas para la mayoría de opciones son confusas y las diferencias establecidas entre categorías se sustentan en variables de escasa relevancia para la parentalidad (como la forma de acceder a la paternidad de los progenitores o su orientación sexual, entre otras). Además, en este apartado solo se puede seleccionar una categoría, aunque una familia cumpla los criterios de más de una, quedando su elección a juicio de cada equipo o profesional (según las definiciones utilizadas, una familia pudiendo ser, por ejemplo, marental y numerosa o numerosa y multifamiliar solo puede ser definida con una sola categoría).

Algunas personas de la muestra consideran que se recoge mucha información sin saber muy bien para qué: “Tenemos mucha información, se está cogiendo mucha información pero después cómo se elabora o qué sacamos de provecho de esta información pienso que en estos momentos es muy insuficiente”. Pareciera, a mi entender, como si la falta de interpretación se quisiera suplir con exceso de información. Por el contrario, otras personas de la muestra afirman que siempre escasea la información respecto a la situación legal de los progenitores en lo que concierne a la patria potestad y guarda y custodia del niño o niña. Es como si se antepusiera la necesidad de atención del niño o niña a la propia demanda de atención de sus representantes legales. En este sentido, ante una reciente instrucción de la Generalitat que obliga a confirmar el acuerdo por parte de todos sus representantes legales (progenitores con patria potestad, generalmente) a la hora de solicitar atención para un niño o niña, el *Grup de Treball Social i Atenció Precoç* del *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* (COTSC) y de la *Associació Catalana d’Atenció Precoç* (ACAP) reivindica poder atender las necesidades de un niño o niña a través de la demanda de uno de sus representantes legales (cuando esta opción está contemplada como procedimiento de oficio desde la regulación de los servicios en el año 2003).

(b) La valoración del niño o niña, su familia y entorno

El *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) define las valoraciones (también denominadas vistas o sesiones diagnósticas) como:

Procés d'exploració pel qual s'estableix o es descarta l'existència d'una alteració del desenvolupament o risc de patir-la (diagnòstic funcional/sindròmic) i s'estudien les causes del possible trastorn (diagnòstic etiològic). L'enfocament del diagnòstic en atenció precoç és evolutiu, interdisciplinari i de perspectiva biopsicosocial. (p.54)

La valoración del niño o niña, su familia y entorno se realiza, como se ha visto en el apartado 3.1, principalmente, a través de (1) visitas diagnósticas del niño o niña, (2) entrevistas familiares y (3) coordinaciones con el entorno.

- 1) Las visitas diagnósticas del niño o niña consisten, mayoritariamente, en sesiones de observación de su actividad exploratoria espontánea o dirigida en las que pueden o no participar sus progenitores, representantes legales del niño o niña u otras personas que ejerzan parentalidad. Estas visitas pueden ser llevadas a cabo por un único profesional o varios profesionales de diferentes disciplinas de forma conjunta en función de los criterios de los profesionales que participan o del equipo.
- 2) En cuanto a las entrevistas familiares, se realizan casi exclusivamente con los progenitores o representantes legales del niño o niña, con una participación muy escasa de otras personas que puedan ejercer también funciones parentales.

Al interpelar a las personas de la muestra directamente por esta circunstancia, la respuesta mayoritaria iba en la línea de: Solo podemos atender a los padres". Se pueden encontrar, a mi entender, dos explicaciones no excluyentes entre sí:

- a) Que se realice una interpretación muy restrictiva del reglamento de régimen interno de los CDIAT equiparando demanda con atención:

L'accés als serveis d'atenció precoç s'efectua d'acord amb la normativa vigent de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb el següent: Que facin la demanda el pare, la mare o el/la representant legal, mitjançant la corresponent sol·licitud, la qual ha d'estar degudament emplenada i signada. (Generalitat de Catalunya, 2019)

- b) Que se asuma que los progenitores o representantes legales del niño o niña que hacen demanda de atención detentan tanto la "parentalidad biológica" como la "parentalidad social" (Barudy, 2006). En este sentido, la existencia de otras personas cuidadoras primarias que puedan ejercer parentalidad social sobre el niño o niña protagonista de la demanda no se toma en consideración por no ser sus representantes legales.

En lo que atañe a la participación de los progenitores, aunque la tendencia es a ir igualándose, en la actualidad son las madres quienes más participan en las entrevistas familiares o acompañan a su hijo o hija resultado, a mi entender, de un contexto histórico en el que han sido las mujeres las encargadas de llevar a cabo las actividades de sus cuidados físicos y emocionales y, por consiguiente, las facultadas para acudir en busca de ayuda ante la presencia de problemas en el desarrollo de su hijo o hija.

Al ser interpeladas las personas de la muestra por este hecho, la mayoría coincidían con esta interpretación: "Vivimos en una sociedad en la que de la educación y del cuidado de los hijos se encargan siempre las mujeres". Aunque valoraban la importancia de superar la díada madre-hijo o hija como hito exclusivo de participación y compromiso en el proceso de atención en los CDIAT. En este sentido, varias personas de la muestra señalaban que uno de

los CDIAT en los que trabajaban tenía establecido, como requisito para poder iniciar el proceso diagnóstico, la participación de ambos progenitores, en caso de existir, en una primera entrevista familiar. Señalaban también, el beneficio de esta participación en cuanto a la riqueza de información obtenida pero destacaban también las dificultades de acceso que suponía este requisito para familias donde solo uno de los progenitores o representantes legales del niño o niña veía la necesidad de atención.

- 3) En cuanto a las coordinaciones con otros servicios, existen dos opciones generalizadas compatibles entre sí, pudiéndose llevar a cabo las dos de forma simultánea en un mismo servicio: (1) los profesionales de referencia del CDIAT se coordinan con los servicios indistintamente de su ámbito (por ejemplo, los profesionales de Logopedia se coordinarían con el Centro de Atención Primaria) y (2) cada profesional se coordina solo con los servicios del ámbito de su disciplina (por ejemplo, solo los profesionales de Neuropediatría se coordinarían con el Centro de Atención Primaria).

En referencia a las coordinaciones, cabe señalar que la mayoría de profesionales del Trabajo Social de la muestra volvían a expresar un discurso, a mi entender, asociado a ciertas dificultades para definir y delimitar funciones suficientemente diferenciadas del resto de profesionales del equipo, en dos sentidos:

- a) En primer lugar, aseguran que muchos profesionales de sus equipos no les informan de la existencia de familias usuarias de Servicios Sociales: “Yo me entero muchas veces por Servicios Sociales de que tal familia es del CDIAT y que se coordinan con... (haciendo referencia a determinadas personas del equipo)”.

- b) En segundo lugar, señalan que no se les informa del contenido de la coordinación: “Todo el mundo se coordina con Servicios Sociales. Me parece bien, pero lo que no me parece correcto es que no se me informe de lo que hablan”.

Al ser interpeladas directamente por los motivos que, bajo su punto de vista, pudieran justificar estas dinámicas, aparecían nuevamente los argumentos relacionados con la falta de representatividad del Trabajo Social en los CDIAT o con el hecho de haber sido la última disciplina en incorporarse y tener que llevar a cabo funciones que hasta entonces habían sido ejercidas por otras disciplinas.

En cuanto a la pregunta de cómo se introducen a los profesionales del Trabajo Social en el proceso de recogida de información, cabe señalar que las respuestas hacían referencia también a la finalidad, al momento o a través de quien. Como se ha visto, en los servicios en los que son los profesionales del Trabajo Social los encargados de realizar las entrevistas de acogidas, se podría considerar que forman parte del mismo proceso de recogida. En el resto de casos, su introducción viene dada por la detección de señales de alarma del ámbito social por parte de algún otro profesional del equipo. Mientras que todas las personas de la muestra tienen claro que hay que informar a los profesionales del Trabajo Social “Cuando se detectan indicadores de riesgo social en cualquier momento de la atención” para valorar la situación sociofamiliar, la mayoría de los profesionales del Trabajo Social de la muestra advierten de dificultades en sus equipos para la detección o comunicación de estas señales y, pese a la existencia *Qüestionari d’Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)* en el programa informático *EUCCAP*, un instrumento específico para la detección de indicadores de riesgo social, solo dos de cada tres personas de la muestra lo conocen y de estos, la mitad no lo utilizan. Cabría pensar, a mi entender, que la falta de formación sobre el programa *EUCCAP* y la falta de utilidad del *Qüestionari d’Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)* juegan un papel importante en esta infrautilización.

(c) La elaboración del diagnóstico, el plan terapéutico y el programa de intervención

El *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) define esta elaboración del diagnóstico, el plan terapéutico y el programa de intervención como:

Posada en comú de tota la informació recollida per part dels professionals que fan les visites diagnòstiques, així com les conclusions a les quals han arribat, a fi d'establir conjuntament amb tot l'equip la hipòtesi diagnòstica. Del resultat de la hipòtesi diagnòstica se'n derivarà la necessitat o no d'atenció de l'infant al CDIAP. (p. 54)

Estas acciones, como se ha visto anteriormente, se deberían realizar en el contexto de una reunión de equipo con funcionamiento inter o transdisciplinario que los profesionales denominan como interdisciplinaria.

El *Recull de procediments d'atenció directa per als Centres de Desenvolupament Infantil y Atenció Precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) define la impresión diagnòstica como: "Resultat d'analitzar les dades recollides a través de l'anamnesi, les entrevistes amb la família i les sessions d'exploració, la qual cada professional exposarà a la reunió interdisciplinària" (p. 54).

De las reuniones interdisciplinarias observadas y de las descritas por las personas de la muestra se pueden extraer tres tipologías en función de los participantes: (a) todo el equipo, (b) un representante de cada disciplina y (c) solo los profesionales que han participado en el proceso diagnóstico del caso.

El funcionamiento de todas ellas es muy similar: los profesionales de referencia de un caso exponen la información más relevante, su análisis y su propuesta de diagnóstico y plan terapéutico a la par que el resto de profesionales complementa la información y análisis para finalizar consensuando una propuesta de atención.

En estas reuniones interdisciplinarias se han podido constatar frecuentes disensos en lo que respecta a las propuestas de atención que no impiden llegar a acuerdos mínimos. Mayormente, están relacionados con la categoría diagnóstica y el tipo de duración y frecuencia de la propuesta terapéutica. Son más frecuentes entre diferentes profesionales de la misma disciplina en los que una misma información se analiza desde diferentes concepciones teóricas. En el caso de las disciplinas de Trabajo Social y Neuropediatría, estos disensos no se han podido constatar, principalmente, por la presencia de un único profesional de estas disciplinas en las reuniones observadas.

Al margen de los condicionantes de la reunión interdisciplinaria que se han analizado, los profesionales del Trabajo Social presentan la información relevante del ámbito social recopilada durante la fase de recogida de información (de forma directa realizando visitas diagnósticas o indirecta dando soporte a otros profesionales del equipo o coordinándose con otros servicios) y exponen sus propuestas de diagnóstico social y plan terapéutico para ser validado por el equipo.

Para ello, como también se ha visto en el apartado 3.5, el programa informático *EUCCAP* dispone de un listado de indicadores sociofamiliares recogidos en el documento *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* que ayudan a establecer el diagnóstico social dividido en tres categorías de familias: (a) familia en situación de protección/sin necesidad de intervención social, (b) familia en situación de vulnerabilidad social y (c) familia en situación de riesgo social.

El documento contiene, a mi entender, una confusión entre factores (condiciones o circunstancias del niño, su familia o entorno que aumentan las probabilidades de afectación) e indicadores (datos que nos muestran que existe una afectación en el niño, su familia o entorno que condiciona el desarrollo del niño). También opera una restricción al suponer que las familias en situación de protección no requieren ningún tipo de intervención desde el ámbito social. Sin embargo, la limitación más

importante es la no traslación automática de los indicadores identificados a categorías diagnósticas propuestas.

Los profesionales de Trabajo Social analizan una situación en busca de indicadores de protección, vulnerabilidad y riesgo social y, en base a sus criterios, establecen una u otra categoría diagnóstica. Para conseguir un lenguaje común entre todos los profesionales y no solo los de Trabajo Social, en el capítulo 5 se expone una revisión del documento *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* y se presenta una gramática y una pragmática, el *JADE*, para dar respuesta a reflexiones del tipo: “Todas las familias son sociales”, “Lo que necesitamos los CDIAT es tener un diagnóstico social más claro” o “La *ODAT* en un instrumento que no ayuda a acotar un diagnóstico social de la familias”. Reflexiones que, por otra parte, coinciden con la línea apuntada por Ituarte (1992) de subrayar la importancia de la tarea de clasificación en Trabajo Social que permita un análisis riguroso de las diferentes situaciones y variables objeto de diagnóstico y de intervención en el ámbito socio-sanitario.

En otro orden de cosas, la pregunta referida a quién es el profesional encargado de diagnosticar a la familia en el CDIAT necesitó, con diferencia, muchos matices por mi parte, pues la mayoría de personas de la muestra entendían que se les estaba preguntando por el niño o niña: “Claro, estamos hablando de la familia”, “Me estoy liando, ¿verdad?”, “Yo hablo del niño”, “Claro, claro, es que es diferente el matiz de la familia”. Introducidas las aclaraciones necesarias, las respuestas de las personas de la muestra se pueden agrupar en dos categorías claramente diferenciadas: (1) los profesionales de Trabajo Social y (2) el resto de profesionales.

- 1) Los primeros entendieron que la pregunta hacía referencia a las familias con indicadores de vulnerabilidad o riesgo social y las respuestas fueron en la línea de: “El trabajador social” o “El profesional de referencia detecta y el trabajador social diagnostica”.

- 2) Por el contrario, los segundos mayoritariamente sobreentendieron que la pregunta hacía referencia al niño o niña y no a la familia, por lo que las respuestas se orientaron en la línea de: “El clínico referente en función de la demanda” o “Todo el equipo”.

Estas dos categorías también se distinguen en las reuniones interdisciplinarias donde los profesionales del Trabajo Social se ocupan, principalmente, del ámbito social mientras que el resto se encargan del ámbito orgánico y del ámbito psicológico.

En lo que afecta a la distribución de tiempo por contenidos, en las reuniones interdisciplinarias la mayor parte del tiempo se invierte en la descripción y análisis de la sintomatología del niño o niña y de las interacciones con las figuras vinculares dedicando menos tiempo a su familia y entorno, sobre todo, si no están en situación de vulnerabilidad social. Esta tendencia se invierte en las reuniones de supervisión grupal en las que se dedica la mayor parte del tiempo a hablar de las familias y su entorno.

En lo que atañe al contenido, la descripción y análisis de la familia en situación de vulnerabilidad social se analizará más adelante, en el apartado 4.2.2.

#### (d) La entrevista de devolución con la familia

El *Recull de procediments d'atenció directa per als centres de Desenvolupament infantil y atenció precoç (CDIAP)* (Generalitat de Catalunya, 2010) define la devolución como:

La comunicació a la família per part del professional de referència del resultat del procés diagnòstic. L'objectiu és oferir als pares, amb l'ús d'un llenguatge adequat i que els sigui comprensible, tota la informació que els serveixi per entendre la situació present del seu fill o de la seva filla i els mitjans terapèutics que se'ls poden proporcionar des del centre a ells mateixos i al seu fill o a la seva filla, com també oferir-los suport i acompanyament. (p. 70).

A la pregunta de si informan a la familia del resultado del proceso diagnóstico, las respuestas de las personas de la muestra han sido, de entrada, siempre afirmativas. Sin embargo, cuando se les preguntaba si lo hacían por escrito mediante algún tipo de informe del proceso diagnóstico, las respuestas han sido siempre negativas: “¡Noooo!”, “Ni de broma”; “Nosotros por escrito no damos nada a no ser que la familia nos lo pida. Entonces sí”.

Aunque anecdótica, hay una excepción correspondiente a algunas personas que trabajan en el mismo CDIAT donde tienen estipulado la entrega de un informe escrito del resultado del proceso diagnóstico: “En todos los casos que finalizan el proceso diagnóstico entregamos un informe del proceso firmado por todo el equipo”.

¿Cómo puede ser anecdótica la comunicación escrita del diagnóstico si existe consenso teórico sobre la importancia de su comunicación y disposiciones reglamentarias que obligan a hacerlo? Recordemos, como se ha visto en el capítulo anterior, que:

- 1) Bordin (1979) señala la importancia de compartir el diagnóstico con la persona usuaria para establecer una buena alianza terapéutica.
- 2) La *American Psychological Association* (APA) advierte que la calidad de la alianza terapéutica es un elemento de buen pronóstico de en una psicoterapia.
- 3) El Grupo de Atención Temprana (GAT) (2011c) concluye en su estudio sobre el proceso de comunicación del diagnóstico de trastorno en el desarrollo o discapacidad en la primera infancia que una buena comunicación del diagnóstico mejora el pronóstico de la situación.
- 4) El *Decret 261/2003, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* y el *Decret 45/2014, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* marcan como función de los CDIAT

realizar un diagnóstico bio-psico-social del niño o niña, su familia y entorno.

- 5) El *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos* establece el derecho de toda persona a solicitar información sobre su diagnóstico.
- 6) La *Llei 12/2007 de serveis socials* marca el derecho a que dicha información sobre el diagnóstico sea por escrito.

Sin embargo, cuando se interpela a las personas de la muestra por los motivos de no querer informar a las familias por escrito de los objetivos que están registrados en el programa informático *EUCAAP*, las respuestas ponen de manifiesto que no siempre se informa explícitamente de todos los objetivos ni en el contexto de la entrevista devolutiva: “La familia no está preparada”, “No es el momento”, “Puede afectar a la vinculación con su hijo”, “Necesitan más tiempo”, “Es demasiado pronto”, “Describimos los síntomas que vemos y el tiempo y la evolución ya marcará el diagnóstico”.

Estas resistencias de muchos profesionales de la atención temprana a compartir el diagnóstico con las familias (y mucho más a entregarlo por escrito), a mi entender, provienen de identificar el término “diagnóstico” con una etiqueta que define al niño o niña de forma inequívoca y definitiva, despersonalizando su individualidad, en lugar de equiparlo con un lenguaje que ayuda al equipo de profesionales a entender y comunicar un determinado momento evolutivo. En este sentido, Cury y Arias (2009, p. 14) recuerdan las resistencias históricas señaladas por Wods y Hollis (1964) al uso del término “diagnóstico” por parte de muchos profesionales del Trabajo Social por miedo a que, siendo este un término proveniente del ámbito médico, se hiciera mayor hincapié en las debilidades que en las fortalezas y capacidades de la persona para hacer frente a sus dificultades. Y la preocupación que también remarcaban las autoras acerca de la utilización de etiquetas en la formulación del diagnóstico social

cuyo efecto indeseado pudiera ser la estigmatización y/o el uso de estereotipos en su formulación.

Más allá del incumplimiento de la normativa vigente, analizar las implicaciones de no informar por escrito del resultado del proceso diagnóstico o informar verbalmente de forma parcial, excede los objetivos de la tesis; sin embargo, las consecuencias que este hecho comporta en las familias sí merecen una mención especial las consecuencias que este hecho comporta en las familias. Si se informa por escrito del resultado del proceso diagnóstico y del programa de intervención, bajo mi perspectiva, la familia juega un papel central en la atención terapéutica siendo sujeto activo de su proceso de cambio. Por el contrario, si no se informa por escrito o se informa verbalmente de forma parcial, la familia juega un papel marginal en la atención terapéutica siendo sujeto pasivo de su proceso de cambio.

Sucede lo mismo con el programa de intervención. Se informa de los objetivos con una participación anecdótica de la familia en su elaboración y de forma muy puntual por escrito: “A veces hay objetivos implícitos que los conoce el equipo pero no la familia”, “De forma diluida”, “Los objetivos son para nosotros, no se comparten con la familia”, “Cuanto más complicado es el diagnóstico menos se informa”, “No de pe a pa”, “Sobre todo, no informo de aquellos que afecten a la familia”.

#### **4.1.3. Fase de tratamiento**

Aunque los objetivos de la tesis se enmarcan en la fase de diagnóstico, también presto atención a la fase de tratamiento al entender que forma parte de este periodo las valoraciones continuas del programa de atención y porque la detección de una situación de vulnerabilidad social en una familia se puede dar en cualquier fase de atención.

De este modo, en esta tercera fase, se lleva a cabo el plan de trabajo individualizado en base a las necesidades y posibilidades de cada niño o niña, su familia y entorno. Así, la intervención con el niño o niña se centra en fomentar su máxima capacidad de desarrollo personal y autonomía; la intervención con las familias se centra en ayudar a los progenitores, representantes legales del niño o niña u otras personas que ejerzan funciones parentales en la reflexión y adaptación a la nueva situación, evitando centrar el problema exclusivamente en el trastorno o dificultades que tiene el niño o niña; y la intervención con el entorno se centra en diseñar estrategias para la adaptación del entorno natural del niño o niña que facilite su inclusión.

A este aspecto, existen, básicamente, dos tipos distintos de funcionamiento: (a) los CDIAT en los que los profesionales que diagnostican un caso son los mismos que llevan a cabo, en caso de necesitarla, la atención terapéutica y (b) los CDIAT en los cuales el proceso diagnóstico y el terapéutico lo realizan distintos profesionales.

La mayoría de las personas de la muestra son partidarias de que sea un único profesional el que asuma todo el proceso asistencial (diagnóstico y tratamiento) para garantizar, según ellas, el vínculo terapéutico. Además, destacan otros aspectos como la, rapidez, eficiencia o la satisfacción profesional de realizar funciones diagnósticas y terapéuticas.

Por el contrario, otras personas de la muestra son partidarias de que cada proceso lo puedan realizar profesionales distintos para diferenciar una fase de la otra y fomentar, de cara a las familias, que la intervención se realice desde un equipo.

Como en la fase anterior, las intervenciones de los profesionales de Trabajo Social que no aparezcan establecidas en el programa de intervención, quedarán supeditadas a la detección de indicadores de vulnerabilidad social en las familias por parte del resto de profesionales del equipo.

En cuanto a la intervención terapéutica, todas las personas de la muestra que no eran profesionales del Trabajo Social afirmaban compartir casos con los profesionales del ámbito social mientras que algunos profesionales de esta disciplina reconocían no haber compartido nunca ningún caso con determinadas personas de su equipo por la dificultad de explicar o entender algunas funciones propias del Trabajo Social que históricamente habían sido ejercidas por otras disciplinas.

#### **4.1.4. Fase de baja o derivación**

De igual modo que en la fase anterior, también se analiza la fase de baja en el servicio al entender que forma parte de esta fase una valoración final que constata que no es necesario seguir interviniendo desde el CIDAT.

De este modo, en esta cuarta y última fase, se determina la necesidad o no de atención del niño o niña y su familia en el CDIAT, se realiza el informe de evaluación de la atención y la baja del servicio que, en caso de necesidad, puede ser mediante derivación a otro servicio para continuar atendiendo las necesidades del niño o niña y su familia.

La mayor parte de los profesionales del Trabajo Social de la muestra coinciden en señalar que durante esta fase les aumentan los casos nuevos propuestos para ser valorados de cara a una posible derivación a un recurso social.

#### **4.2. La *familia social* y sus representaciones sociales**

En el capítulo anterior se ha explicado que cuando nos referimos a los objetos sociales es porque tenemos una representación social de esos objetos: los clasificamos, los explicamos, los valoramos y los evaluamos. Conocemos la realidad gracias a las explicaciones que surgen en los procesos de comunicación y, en

general, del pensamiento social. Las representaciones se actualizan, se construyen y se recrean en la interacción comunicativa, a través de la educación y los medios de comunicación. Por tanto, analizar las representaciones sociales facilita comprender la dinámica de las interacciones y las prácticas sociales ya que la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.

Para entender cómo los profesionales de los equipos de CDIAT construyen los diagnósticos (entendiendo que el diagnóstico social forma parte de un proceso más global, el diagnóstico bio-psico-social) es necesario indagar los significados y sentidos que estos profesionales elaboran y ponen en las *familias sociales* ya que actúan como principios interpretativos y orientadores de las prácticas sociales. En palabras de Jodelet (2008): “(...) las maneras en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas” (p.12).

En esta línea argumental, se puede decir que la *familia social* no existe como tal. Es y existe para los profesionales de los equipos de CDIAT y en relación a ellos. Así pues, la relación profesional-*familia social* determina a la *familia social* dado que “una representación siempre es la representación de algo para alguien” (Abric, 1994, p. 5).

Hasta ahora se han analizado las prácticas de los profesionales y las diferentes guías para la acción con las que cuentan. En el apartado 4.2.2 se analizará la significación de *familia social* en la elaboración discursiva comenzando por su contexto de producción.

#### **4.2.1. Contexto de producción del objeto social**

Se ha visto en el capítulo anterior que la significación de la representación social está determinada por (a) el contexto discursivo y (b) el contexto social.

- a) El contexto discursivo de las representaciones sociales de *familia social* ha estado formado por: las entrevistas y las reuniones interdisciplinarias o de supervisión grupal.

Las entrevistas se realizaron de forma individual (excepto una que se hizo de forma conjunta a dos personas) en espacios informales como cafeterías o restaurantes y/o salas de los propios CDIAT en los que las personas entrevistadas trabajaban y tuvieron una duración media de veintitrés minutos.

Por su parte, las reuniones interdisciplinarias consistieron en sesiones de una duración entre 60 y 90 minutos en las que podían participar todos los profesionales del servicio, alguna persona representante de cada disciplina o solo los profesionales que habían participado en el proceso diagnóstico. En cualquiera de los casos, el funcionamiento siempre era el mismo: los profesionales que habían participado en la valoración del niño o niña, de su familia y entorno explicaban el contenido de la valoración y argumentaban sus conclusiones para un auditorio formado por el resto de participantes.

En cuanto a las reuniones de supervisión grupal consistieron en sesiones de una duración de 60 minutos en las que los profesionales responsables de la atención terapéutica exponían, a la persona que ejercía la supervisión (generalmente, una persona externa al equipo de CDIAT) y al resto del equipo, el tipo de atención que habían llevado a cabo y las dificultades surgidas con el objetivo reflexionar conjuntamente y mejorar la comprensión del caso.

- b) En el contexto social de las representaciones sociales de *familia social* se destacan las normas y disposiciones institucionales y las políticas sociales y económicas del momento.

Son tres las instituciones que, a mi entender, juegan un papel importante en cuanto a normas y disposiciones que afectan directamente a los CDIAT: (1) la

Generalitat de Catalunya, (2) la *Unió Catalana de Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç* (UCCAP) y (3) la entidad gestora de cada CDIAT.

### 1) La Generalitat de Catalunya

Las referencias legislativas más significativas de la Generalitat de Catalunya que afectan directamente a los CDIAT son:

- Decreto 206/1995, de 13 de junio, por el que se adscribe la atención temprana al *Departament de Benestar Social*.
- Decreto 154/2003, de 10 de junio, sobre la Comisión interdepartamental de coordinación de actuaciones de l'Administració de la Generalitat dirigidas a la infancia y a la adolescencia con discapacidad o en riesgo de tenerla.
- Ley 18/2003, de 4 de julio, de soporte a las familias.
- Decreto 261/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los servicios de atención temprana.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y adolescencia.
- Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011.
- 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 temprana.

Aunque las disposiciones más importantes han sido ya revisadas en el apartado 3.1, es preciso analizar a continuación dos más que, a mi entender, condicionan directamente tanto el diagnóstico social como el concepto de *familia social*: los criterios sobre la actuación de los CDIAT ante los supuestos de progenitores separados y los datos de la memoria anual de los CDIAT.

En mayo de 2019, la Generalitat de Catalunya estableció que todas las solicitudes de atención al CDIAT tenían que estar firmadas por ambos progenitores, al entender que se trataba de una decisión relacionada con el contenido de la patria potestad. Permitía la excepción de casos de urgencia debidamente justificada por el equipo del CDIAT mediante informe, aunque, en la práctica, tal excepción es casi imposible por la propia naturaleza de los problemas de desarrollo infantil, más prioritarios que urgentes.

De este modo, un criterio, *a priori* pensado para eludir responsabilidades de la Administración en cuanto a vulneración de derechos de los progenitores relacionados con la patria potestad se ha convertido en una oportunidad ineludible para que los progenitores tengan que consensuar su parentalidad para poder ser atendidos en un CDIAT. En la práctica, esto suponía que las personas que participan en el proceso de atención debían ser consensuadas por los progenitores o representantes legales del niño o niña, quedándose al margen aquellas personas que, pese a ejercer funciones parentales (pudiendo contribuir, por tanto, a la comprensión y mejora de las dificultades del niño o niña), no gozaran del acuerdo necesario por parte de los progenitores como, por ejemplo, las parejas reconstituidas, los abuelos y abuelas, etc. Como en otros casos, ante cualquier discrepancia entre los progenitores, estos pueden recurrir a la autoridad judicial competente.

En cuanto a los datos solicitados por la Generalitat de Catalunya para realizar las memorias de los CDIAT, encontramos un apartado denominado *aspectos sociales* que engloba: *unidades de convivencia, medidas transitorias y diagnóstico social*. El contenido de esta información fue elaborado en su momento por el *Grup de Treball Social i Atenció Precoç del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (COTSC)* y la *Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP)* e incorporado en el programa informático de gestión del conocimiento *EUCCAP* de la *Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç*

(UCCAP). Por tanto, se entiende que, de una forma u otra, estaba avalado por la Generalitat, UCCAP, ACAP y COTSC.

En cuanto a las políticas sociales y económicas, cabe señalar, en mi opinión, dos hechos extraordinarios:

- a) La crisis económica internacional, que ha comportado un estancamiento de la concertación económica. De este modo, desde el año 2008, se mantiene, prácticamente, la misma tarifa y el mismo volumen de horas concertadas pese al incremento acumulado de más del 10% del IPC, del aumento de más del 40% de la población atendida y de la reducción del 50% de la frecuencia asistencial.
- b) La actual crisis política de Catalunya que comporta una inactividad legislativa de la Administración autonómica desde mediados de 2017, que condiciona también cualquier revisión presupuestaria.

## 2) La Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç (UCCAP)

La UCCAP es el órgano que agrupa al 85% de las entidades concertadas para gestionar CDIAT y que representa al 89% de los CDIAT de Catalunya.

En el año 2011, puso en marcha un programa informático de gestión del conocimiento, denominado actualmente *EUCCAP*, que es utilizado casi por el 90% de los CDIAT de Catalunya y que cuenta con más de 1.800 profesionales registrados y más de 147.000 historias clínicas introducidas según datos de la memoria de la UCCAP correspondiente al año 2018 (Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç, 2018).

Por tanto, este programa, a mi entender, se ha convertido en una herramienta también muy útil para homogeneizar los conceptos teóricos y metodológicos de los CDIAT como se verá más adelante.

### 3) La entidad encargada de la gestión de CDIAT

Aunque no se han estudiado explícitamente las entidades gestoras de CDIAT, no se puede olvidar que son estas las responsables últimas de la composición del equipo, de garantizar la representatividad del Trabajo Social en el servicio, del tipo de funcionamiento del CDIAT y de la interpretación en una u otra dirección de la normativa vigente.

Sirva de ejemplo la disposición de la Administración para que la solicitud del servicio tenga que estar firmada por todos los progenitores y no solo por quien formula la demanda. Conviven servicios en los que “Lo tenemos claro, si no vienen los dos (haciendo referencia a los progenitores) no se hace la acogida” con otros que realizan la entrevista de acogida y las entrevistas familiares necesarias para informar y asesorar al progenitor que hace la demanda sobre los procedimientos para conseguir la autorización del otro progenitor o, en última instancia, la autorización judicial correspondiente.

#### **4.2.2. Significación de *familia social***

La significación de familia social se ha extraído exclusivamente de las producciones discursivas de las personas de la muestra en los contextos anteriormente descritos y se utilizan transcripciones textuales de las personas de la muestra aunque, en la línea de Banchs (1984), la producción discursiva “(...) debe analizarse en función de la totalidad del discurso sobre un objeto y no solo en un párrafo o frase” (p. 9).

Los términos más utilizados por las personas de la muestra para referirse a las familias que requieren de una valoración del ámbito social por presentar indicadores de vulnerabilidad social se pueden agrupar en tres bloques en función del número de veces que se han utilizado:

- 1) Terminologías singulares o utilizadas por menos del 5 participantes: *familia de valoración social, familia con pocos recursos personales, familia desestructurada, familia de soporte, familia de acompañamiento, familia de distocia, familia de crianza y familias con dificultades sociales.*
- 2) Terminologías frecuentes o utilizadas por más de 5 personas de la muestra: *caso social y familia de riesgo social.*
- 3) Terminología generalizada o utilizada por más de 10 personas de la muestra: *familia social.*

Al mismo tiempo, el concepto utilizado se puede agrupar en dos bloques según sus funciones respecto al término familia:

- a) Los que funcionan como adjetivos especificativos de familia distinguiendo a este tipo de familia concreta del resto de familias: *social, desestructurada o caso social.*
- b) Los que funcionan como complementos preposicionales de familia complementado el significado general de familia pero sin llegar a distinguirlas del resto de familias: *de distocia, de acompañamiento, de valoración, etc.*

Por otra parte, las definiciones de este tipo de familias, se pueden agrupar en función del perfil profesional de la persona de la muestra: perfil profesional de Trabajo Social, responsables, *a priori*, de la atención a las familias y entorno en casos de vulnerabilidad social, y resto de perfiles profesionales.

Los profesionales del Trabajo Social hacen referencia a:

- 1) Las tipologías de familias de la ODAT: “Familia en situación de vulnerabilidad o riesgo social”.
- 2) Las dificultades de interacción entre progenitores e hijo o hija: “Casi todas las familias serían susceptibles de intervención del ámbito social: temas de relación y vínculo”; “Familias que son puramente de crianza, familias con los vínculos y las relaciones desordenadillas”.
- 3) Las dificultades en el desempeño de las funciones parentales: “Lo que sería la parentalidad y el tema de la relación, el vínculo con los niños. Padres que no acaban de conectar con las necesidades de los niños, el tema límites, ese tipo de cosas que no sería una problemática del niño sino es la familia.”
- 4) Las dificultades en aspectos como: economía, salud, mundo laboral, etc.: “Familias que tienen una situación tan desfavorecida que acaba influyendo en la buena evolución del niño”, “Que tienen dificultades en otros aspectos como economía, salud, laboral... Están en una situación vulnerable y piden ayuda de una forma más o menos explícita.”
- 5) La falta de red de apoyo formal e informal: “Con poca red, con disfuncionalidad en las funciones parentales, familias muy preocupadas u ocupadas en tener un bienestar económico.”

Por su parte, los profesionales del resto de disciplinas hacen referencia a:

- a) La falta de recursos externos de los progenitores: económicos, laborales, legales, de red social, de vivienda, de conocimiento de los idiomas oficiales, etc.: “Lo primero de todo es que tienen pocos recursos económicos y sociales... básicamente no trabajan o pueden estar metidos en problemas de

drogas”, “Con necesidades de tramitación de ayudas”, “O no tiene una casa adecuada”, “Inmigrantes que no tienen trabajo”.

- b) La falta de recursos internos de los progenitores: “Yo tenía la idea que una familia social era una familia con pocos recursos económicos y me he dado cuenta que no, que hay familias que también necesitan la intervención de un trabajador social a otra escala, con todo lo que es el tema más familiar”, “Familias que son disfuncionales, con alguna patología psicológica, en situación límite, desestructuradas, inestables...”, “Poco previstas, es decir que puede cambiar todo de un día para el otro”, “Con adicciones”, “También con pocos recursos propios de organización, de manejo del día a día”, “Que no sabe muy bien o no tiene estrategias o recursos para la crianza de sus hijos”, “Con dificultades para ejercer las funciones parentales, para establecer una rutinas o dinámicas de organización familiar”, “En riesgo o sospecha de negligencia o maltrato”, “Familias con exigencias poco adecuadas al niño”, “Una familia necesita seguimiento o intervención social cuando no es capaz de hacer frente al problema que tiene”.
- c) Las relaciones conflictivas entre progenitores: “Con carencias relacionales”, “Separaciones traumáticas o con muchos conflictos entre los padres”.
- d) La violencia machista: “Situaciones de violencia”.
- e) La intervención de más de un servicio: “Familias multiasistidas”, “Que necesitan muchos referentes a todos los niveles”, “En seguimiento de servicios sociales”, “Más compleja porque necesita más terapeutas”.
- f) La falta de una red de apoyo: “Que son de fuera y todavía no tienen suficientes recursos para moverse por el país”.

En cuanto a quienes integran este tipo de familias, las respuestas hacen referencia siempre a los progenitores aunque también aparecen referidos otras personas que desempeñan roles parentales.

Por último, por lo que atañe al género de los progenitores u otras personas que ejercen roles parentales, la mayoría de las personas de la muestra afirman que es mucho más habitual la participación en el proceso asistencial de los progenitores de género femenino que masculino.

## 5. Algunas propuestas y futuras líneas de investigación

### 5.1. EI JADE

En el año 2014, el *Grup de Treball Social i Atenció Precoç* del *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* (COTSC) y de la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP) publicó el *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* (García et al., 2014).

Aun con los errores y limitaciones que hemos visto en el capítulo 4, el documento y su implementación en el programa informático *EUCCAP* significaron un cambio de paradigma para los CIDAT en lo que se refiere al ámbito social ya que los factores de riesgo psico-social habían sido ampliados, sus indicadores graduados y precisados y se habían creado categorías diagnósticas que permitían (y permiten) conceptualizar mejor la vulnerabilidad social en la familia y su entorno.

Del *Grup de Treball Social i Atenció Precoç* del *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* (COTSC) y de la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP) surgió una colaboración profesional entre Adela Rodríguez Civil y el investigador, ambos profesionales del Trabajo Social con experiencia en el ámbito de la atención temprana, que les llevó a realizar el *JADE* (anexo número 1), una nueva reformulación del documento *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*, corrigiendo algunos errores detectados, superando algunas de las limitaciones encontradas y homogeneizando, de algún modo, lo que se viene haciendo actualmente desde la intervención social en atención temprana.

Cabe señalar que la observación participante, como principal técnica de recogida de información en esta tesis, ha permitido constatar, sobre todo, las limitaciones *in situ* en cuanto a la determinación de la tipología de familia de la actual organización diagnóstica del ámbito social del programa informático *EUCCAP*.

El estudio de la vulnerabilidad ha sido abordado desde múltiples vertientes teóricas (Stallings, 1997; Cardona, 2004; Wisner et al., 2004), comenzando por las que enfatizan el peso del componente objetivo de las amenazas, hasta las que enfatizan el peso de las construcciones simbólicas, donde las condiciones materiales se subordinan a la dimensión cultural e ideológica, pasando por las que enfatizan tanto las amenazas físicas y los riesgos objetivos como las condiciones sociales que subyacen a la desigualdad social, el acceso a recursos clave y la valoración que cada grupo realiza de las amenazas.

Es importante destacar que el *JADE* no realiza una revisión en profundidad de la definición y medición de la vulnerabilidad social de las familias. Parte de una definición de vulnerabilidad entendida como la potencialidad de que una familia sea afectada por alguna circunstancia adversa que pueda alterar sus capacidades parentales poniendo en riesgo el desarrollo del niño o niña. Definición, por otra parte, que es el punto de partida del *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*.

El *JADE* es un instrumento de soporte al diagnóstico sociofamiliar en atención temprana para los profesionales del Trabajo Social que permite valorar el nivel de riesgo social familiar, establecer una categoría diagnóstica familiar, hacer una propuesta de intervención y determinar el ámbito de intervención. Consiste en un listado de 11 factores con 3 indicadores cada uno de ellos: uno de protección, uno de vulnerabilidad y uno de riesgo social. Cada indicador tiene una puntuación asociada: 0 los indicadores de protección y entre 1 y 11 los indicadores de vulnerabilidad y riesgo social. A su vez, cada factor está agrupado en 2 ámbitos de actuación: intervención social des del CDIAT u orientación o derivación a otros servicios.

Aunque el *JADE* es una herramienta diseñada específicamente para los profesionales del Trabajo Social, es muy importante señalar que no conlleva, de forma alguna, que los indicadores que lo integran deban ser medidos exclusivamente por profesionales de dicha disciplina. Al contrario, corresponde a cada equipo multidisciplinar de CDIAT decidir qué profesionales, desde qué disciplinas y con qué instrumentos se miden estos indicadores.

Sirva de ejemplo el factor 3. *Dinámica familiar del núcleo familiar* y su indicador de protección 3.1. *Progenitores con capacidades para generar una adecuada dinámica familiar*. Según el glosario del *JADE* (anexo número 2), este indicador hace referencia a que los progenitores o representantes legales tienen capacidades para generar un clima familiar adecuado y para cohesionar a los integrantes del núcleo familiar mediante una comunicación que fomenta la expresión clara de acuerdos y desacuerdos y la coherencia entre lo verbal y no verbal, que realizan intercambios afectivos que fomentan la estima, el respeto y el reconocimiento, que ejercen la autoridad haciendo cumplir la reglas y normas; y que establecen roles claros y estables.

Como se ha visto en el apartado 3.1, es fundamental para el desarrollo global infantil la existencia de un marco interactivo que fomente encuentros significativos entre los progenitores, representantes legales o quienes ejerzan parentalidad y el niño o niña, por tanto, para los profesionales del Trabajo Social es necesario conocer estos vínculos de apego. Sin embargo, conocerlos no conlleva obligatoriamente que deban ser los encargados de medirlos. Ocurre lo mismo con otras disciplinas: para los profesionales de Neuropediatría son importantes los resultados de las pruebas de ADN de un niño o niña para el diagnóstico genético de las vulnerabilidades de las enfermedades hereditarias, aunque nunca son estos profesionales los encargados de realizar las pruebas ni de decidir qué instrumentos son los más adecuados para realizarlas.

El *JADE* está diseñado para ser utilizado en cada núcleo de convivencia del que forme parte el niño o la niña. De este modo, en los casos de progenitores o representantes legales separados que tengan compartida la custodia del niño o niña se recomienda utilizar dos cuestionarios distintos para valorar la situación sociofamiliar en cada núcleo de convivencia. Sin embargo, para valorar el resto de situaciones en las que existe un núcleo de convivencia formado, como mínimo, por un progenitor o representante legal más el niño o la niña y otro progenitor o representante legal con un régimen de visitas del niño o niña, corresponde a los profesionales del Trabajo Social evaluar la conveniencia o no de utilizar más de un cuestionario.

En cuanto a su funcionamiento, consiste en identificar los indicadores mediante entrevistas con los progenitores, representantes legales u otras personas que ejerzan funciones parentales y/o se coordinen con otros servicios de la red de atención temprana (Educación, Sanidad y Servicios Sociales) que estén interviniendo con la familia, marcar en el cuestionario los indicadores identificados y sumar las puntuaciones que cada indicador lleva asociada.

El resultado de la suma se compara con el cuadro de resultados y se determina el tipo de familia (familia en situación de protección, familia en situación de vulnerabilidad social o familia en situación de riesgo social), el tipo de intervención a realizar (intervención breve, acompañamiento social o tratamiento social) y el ámbito de actuación (intervención social desde el CDIAT u orientación o derivación a otros servicios).

Sirva de ejemplo un caso en el que la persona de referencia del CDIAT, durante el proceso diagnóstico, alerta de la presencia de indicadores de riesgo social. Los profesionales del Trabajo Social, después de confirmar la necesidad de realizar una valoración diagnóstica del ámbito social, recopilan toda la información necesaria que le permita concluir la presencia o no de los 33 indicadores que integran el *JADE*.

Como ya se ha comentado anteriormente, quién facilite esta información a los profesionales del Trabajo Social, desde qué disciplina y mediante qué instrumentos dependerá siempre del criterio del equipo de profesionales de CDIAT.

Siguiendo el ejemplo, la presencia o no de los indicadores correspondientes a los factores *4.Necesidades educativas del niño, 5.Red de soporte del núcleo familiar, 6.Barreras culturales en los progenitores, 7.Estado de salud del núcleo familiar, 8.Situación laboral de los progenitores, 9.Nivel económico del núcleo familiar, 10.Habitabilidad de la vivienda del núcleo familiar y 11.Aspectos legales del núcleo familiar* puede ser establecida por los profesionales de Trabajo social mediante entrevistas a los progenitores, representantes legales u otras personas que ejerzan funciones parentales y/o se coordinen con otros servicios de la red de atención temprana (Educación, Sanidad y Servicios Sociales) que estén interviniendo con la familia.

En el mismo ejemplo, para identificar la presencia o no de los indicadores correspondientes a los factores *1.Capacidades físicas, intelectuales, emocionales y competencias sociales de los progenitores, 2.Funciones parentales de los progenitores y 3.Dinámica familiar del núcleo familiar*, los profesionales de Trabajo Social pueden, según el criterio establecido por el equipo de profesionales del CDIAT, requerir, por ejemplo, a los profesionales de Psicología que valoren el vínculo de apego del niño o niña o la capacidad reflexiva parental de los progenitores, representantes legales u otras personas que ejerzan parentalidad, y/o recurrir, por ejemplo, a la persona de referencia de los *Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència* (EAIA) para obtener un informe sobre los antecedentes de desamparo del niño o niña.

Una vez establecida la presencia o no de todos los indicadores, se suman las puntuaciones que cada indicador lleva asociada y se compara el resultado con el cuadro de resultados y se determina el tipo de familia: familia en situación de

protección, familia en situación de vulnerabilidad social o familia en situación de riesgo social.

Las definiciones utilizadas para cada tipología de familia, descritas en el apartado 3.5, son las mismas que aparecen en el documento el *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*, de donde se desprende que tanto la familia en situación de vulnerabilidad social como la familia en situación de riesgo social se encuentran ambas en situación de vulnerabilidad siendo el niño o niña de la familia en situación de riesgo social el que tiene una mayor probabilidad de afectación negativa del entorno en su desarrollo.

En lo que concierne al ámbito de actuación y considerando la intervención social como "(...) la actividad del trabajador social de provocar cambios" (Escartín, 1992), desde el CDIAT se priorizan las actuaciones relacionadas con los 6 primeros factores: *1.Capacidades físicas, intelectuales, emocionales y competencias sociales de los progenitores, 2.Funciones parentales de los progenitores, 3.Dinámica familiar del núcleo familiar, 4.Necesidades educativas del niño, 5.Red de soporte del núcleo familiar y 6.Barreras culturales en los progenitores.*

Por su parte, la orientación o derivación a otros servicios son las actuaciones recomendadas para los 5 factores restantes: *7.Estado de salud del núcleo familiar, 8.Situación laboral de los progenitores, 9.Nivel económico del núcleo familiar, 10.Habitabilidad de la vivienda del núcleo familiar y 11.Aspectos legales del núcleo familiar.*

Existen dos versiones del *JADE*: una en formato PDF pensada para un uso analógico (impresa en papel para ser rellenada a mano) y otra en formato de hoja de datos pensada para un uso digital (con resultados automatizados que pueden ser adjuntados al expediente digital de la familia).

El *JADE* cuenta con un glosario que recoge las instrucciones de uso, la definición de los conceptos utilizados, ejemplos y las correlaciones de los factores e indicadores del *JADE* con los factores e indicadores del programa informático *EUCCAP*.

Para la realización de la versión definitiva del *JADE*, se han llevado a cabo dos pruebas piloto: una en año 2018 y otra en 2019. En la primera, participaron cinco profesionales del Trabajo Social que utilizaron el *JADE* en su práctica profesional en cinco CDIAT de la provincia de Barcelona durante seis meses finalizando el periodo de prueba con un cuestionario de valoración y un grupo focal sobre el instrumento.

En la segunda prueba piloto, participaron nueve profesionales del Trabajo Social, quienes también utilizaron el *JADE* en su práctica profesional en nueve CDIAT de Catalunya durante tres meses finalizando el periodo de prueba también con un cuestionario de valoración y un grupo focal sobre el instrumento.

El cuestionario utilizado en las dos pruebas piloto fue el mismo y recogía la opinión de cada profesional sobre:

- La valoración general del instrumento: si lo encontraban más útil que el que utilizaban habitualmente, si lo habían continuado utilizando una vez finalizada la prueba piloto, etc.
- La valoración de los factores, indicadores y ejemplos: si creían que faltaba algún factor, indicador o ejemplo, si las definiciones de los conceptos eran claras...
- La valoración de la ponderación de los indicadores: si consideraban operativa la ponderación propuesta, si le darían una puntuación diferente a algún indicador, etc.
- La valoración de las categorías de familia: si las definiciones eran claras o si las categorías eran excluyentes, por ejemplo.

- La valoración de las propuestas de intervención: si las definiciones de los conceptos eran claras, si encontraban pertinente la diferenciación entre atención desde el CDIAT o derivación a otros dispositivos...
- Un apartado de sugerencias.

En cuanto a los grupos focales, se realizaron siempre en contextos informales para conseguir un ambiente lo más distendido posible que facilitara la participación de todas las personas que formaban parte. Para ello, el primer grupo focal se llevó a cabo en el contexto de una comida en un restaurante de Bellaterra, municipio de Cerdanyola del Vallès. Tuvo una duración de dos horas y las personas responsables de la prueba fueron tomando nota de los comentarios más relevantes siguiendo el mismo guion que para el cuestionario de valoración: valoración general del instrumento, de los factores e indicadores, de la ponderación de los indicadores, de las categorías de familia y de las propuestas de intervención.

En la misma línea, el segundo grupo focal se llevó a cabo en el contexto de una merienda en la sede de la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP). Tuvo una duración también de dos horas y se registró la sesión mediante grabadora digital (previa firma del consentimiento informado de las personas participantes) siguiendo, nuevamente, el guion para el cuestionario de valoración.

Durante los meses de septiembre y octubre de 2019, se llevaron a cabo diferentes sesiones de trabajo en las que se analizaron la información recopilada en las pruebas piloto del *JADE* y se introdujeron las diferentes propuestas de mejora del instrumento.

Por último, señalar que el objetivo último de esta propuesta es implementarla en los CDIAT de Catalunya durante el año 2020. Para ello, se planteaba, en un primer momento, hacer difusión del instrumento de soporte al diagnóstico sociofamiliar a través del *Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya* (COTSC), la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP) y la *Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç*

(UCCAP) con la finalidad de que se introdujera en el programa informático *EUCCAP* durante el año 2020 y en las memorias de CDIAT de la Generalitat del año 2021.

Sin embargo, poco antes de finalizar la presente tesis (noviembre de 2019), la *Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç* (UCCAP) junto con la *Associació Catalana d'Atenció Precoç* (ACAP) y en colaboración con la *Universitat de Barcelona* crearon diferentes grupos de trabajo (uno por cada disciplina de CDIAT) con el objetivo de revisar la *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana* (ODAT) e introducir las propuestas en el programa informático *EUCCAP* antes de finalizar el año 2020 y en las memorias de CDIAT de la Generalitat del año 2021.

En este sentido, los autores del *JADE* se han integrado el grupo de profesionales de Trabajo Social que deben realizar la revisión del ámbito social la *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana* (ODAT) con el objetivo de que la propuesta final del grupo integre, de algún modo, los postulados del *JADE*.

## **5.2. Futuras líneas de investigación**

En paralelo a este proceso de implementación de los principios del *JADE* en la atención temprana, es imprescindible analizar cómo se construyen socialmente las condiciones objetivas de vulnerabilidad. Este conocimiento servirá de base sobre la que poder determinar los parámetros adecuados en atención temprana que permitan establecer si una familia se encuentra o no en una situación de vulnerabilidad. En otras palabras, predecir las posibilidades de una familia de cumplir con el conjunto de condiciones sociales, económicas y espaciales que se relacionan con el bienestar del niño o la niña.

¿Se pueden establecer estos parámetros desde los CDIAT para determinar si una familia está o no en situación de vulnerabilidad? Se deben a tenor de lo que recoge el artículo 7 del *Decret 261/2003 pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç* que

establece como función del CDIAT “realitzar un diagnòstic interdisciplinari (...) funcional, sindròmic i etiològic del desenvolupament de l’infant, de la situació familiar i de l’entorn”. Otra cosa es si se pueden establecer exclusivamente desde la disciplina del Trabajo Social. Los parámetros para determinar si una familia está o no en situación de vulnerabilidad tendrán que relacionar vulnerabilidad con parentalidad y parentalidad con desarrollo infantil. Por consiguiente, cualquier propuesta de situación dada o modelo ideal deberá ser elaborada de forma interdisciplinaria por un equipo de profesionales de atención temprana.

Se intentará aprovechar esta coyuntura de revisión de la *Organización Diagnóstica en Atención Temprana* (ODAT) para la creación de un equipo multidisciplinar de profesionales expertos en atención temprana que, de forma interdisciplinaria, elabore una propuesta de modelo ideal sobre el que pensar los parámetros para determinar si una familia está o no en situación de vulnerabilidad social en relación con el ejercicio de su parentalidad.

## 6. Conclusiones

En este apartado se presentan las conclusiones en dos bloques: en el primero se abordan las conclusiones referidas a los objetivos de la tesis planteados en el apartado y en el segundo se recogen las conclusiones generales de la tesis.

### 6.1. Conclusiones respecto a los objetivos de la tesis

- **El objetivo general de la investigación es saber cómo se realiza el diagnóstico social en los CDIAT y la conclusión general es que:**

El diagnóstico social forma parte del diagnóstico bio-psico-social que los CDIAT realizan del niño o la niña, su familia y entorno. Para ello, un equipo formado por profesionales de la Psicología, Psicología clínica, Fisioterapia, Logopedia, Neuropediatría y Trabajo Social detectan situaciones de vulnerabilidad social en las familias usuarias del servicio e informan a los profesionales del Trabajo Social para que procedan, si así lo consideran oportuno, a realizar un diagnóstico social.

Para realizar este diagnóstico social, los profesionales del Trabajo Social exploran la situación familiar y su entorno mediante entrevistas con los progenitores, representantes legales del niño o niña u otras personas que ejerzan parentalidad, la observación de la interacción familiar, las coordinaciones con otros profesionales, las reuniones interdisciplinarias y los listados de indicadores.

Las conclusiones de la exploración se exponen en una reunión interdisciplinaria siguiendo el listado de indicadores del programa informático *EUCCAP* para que el equipo las complemente y valide.

Seguidamente, estas conclusiones se sintetizan mediante las categorías de familias del programa informático *EUCCAP* que son las definidas en el documento *el Desenvolupament social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CIDAP de Catalunya*: familia en situación de protección, familia en situación de vulnerabilidad social y familia en riesgo social.

Finalmente, el resultado del proceso diagnóstico se comunica a los progenitores o representantes legales del niño o niña y se establece, en caso de necesidad, el correspondiente programa de intervención.

A continuación, se presentan las conclusiones respecto a los objetivos específicos de la investigación:

- **Analizar lo establecido por el marco legislativo de los CDIAT sobre los diagnósticos sociales.**

Según la normativa vigente, los CDIAT deben realizar diagnósticos bio-psico-sociales del niño o niña, su familia y entorno de forma inter o transdisciplinar y comunicarlo por escrito a sus progenitores o representantes legales.

Sin embargo, según los resultados de la tesis, no todos los diagnósticos contemplan el ámbito social y/o no han sido validados en equipo y/o no se comunican a las familias por escrito.

Por tanto, se puede concluir que *la realización de diagnósticos sociales en los CDIAT no está garantizada.*

- **Revisar el marco teórico de referencia del diagnóstico social.**

Según la teoría referida, el diagnóstico social es un juicio comparativo entre dos realidades, la estudiada y la dada (modelo ideal), que se orienta a subsanar esta diferencia.

La realidad estudiada está formada por: (1) el conocimiento de una situación personal, familiar y su entorno, (2) la detección, análisis y jerarquización de unas necesidades, (3) la identificación de factores de riesgo y de protección y, por último, (4) la comprensión de un problema y de unas necesidades dentro de un contexto determinado.

No obstante, según los resultados de la tesis, no existe un consenso en atención temprana sobre la realidad dada o modelo ideal sobre el que sustentar el diagnóstico social. Por consiguiente, se puede concluir que *falta desarrollo teórico sobre la realidad dada o modelo ideal sobre el que fundamentar el diagnóstico social en atención temprana.*

- **Analizar los instrumentos diagnósticos del ámbito social y su uso en los CDIAT.**

Según la teoría analizada y la normativa vigente, los instrumentos diagnósticos del ámbito social utilizados en los CDIAT consisten en entrevistas con los progenitores, representantes legales del niño o niña u otras personas que ejerzan responsabilidades parentales, la observación de la interacción familiar, las coordinaciones con otros profesionales, las reuniones interdisciplinarias y los listados de indicadores.

Entre estos últimos, los más utilizados son los que forman parte del programa informático *EUCCAP*: el *Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)*

y el *Desenvolupament social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*. Sin embargo, según los resultados de la tesis, el uso del *Qüestionari d'Avaluació per a la Intervenció Social (QÜAIS)* es muy reducido en atención temprana y los listados de indicadores del programa informático *EUCCAP* no permiten una traslación automática de los indicadores observados a categorías familiares por lo que estas categorías se basan en el criterio personal de cada profesional del Trabajo Social.

Por tanto, se puede concluir que *los instrumentos diagnósticos del ámbito social más utilizados en los CDIAT son los listados de indicadores del programa informático EUCCAP y el establecimiento de una u otra categoría familiar se basa en el criterio personal de cada profesional del Trabajo Social*.

- **Conocer los perfiles profesionales que realizan el diagnóstico social.**

Según la teoría analizada y la normativa vigente, los profesionales del Trabajo Social son los encargados de realizar el diagnóstico social aunque, para poderlo llevar a cabo, es necesaria la contribución del resto de profesionales en la detección y comunicación de indicadores de vulnerabilidad social en las familias.

No obstante, según los datos de la tesis, tanto la presencia como, sobre todo, la representatividad de la disciplina del Trabajo Social no están garantizadas en todos los CIDAT y no todos los profesionales, por diferentes motivos, participan en la detección y comunicación de indicadores de vulnerabilidad social en las familias.

Por consiguiente, se puede concluir que *los profesionales del Trabajo Social son los encargados de realizar los diagnósticos sociales, siempre y cuando dispongan de un volumen significativo de horas y de la colaboración del resto del equipo en la detección y comunicación de indicadores de vulnerabilidad social en las familias*.

- **Explicar el papel del equipo multidisciplinar a la hora de establecer el diagnóstico social.**

Según la teoría analizada y la normativa vigente, el equipo multidisciplinar juega un papel clave a la hora de establecer el diagnóstico social en dos sentidos: proporcionando información a los profesionales del Trabajo Social y validando sus propuestas de intervención.

Así, el equipo multidisciplinar detecta indicadores de vulnerabilidad social en las familias para que sean valoradas por los profesionales del Trabajo Social y facilita información crucial sobre los vínculos de apego del niño o niña, la capacidad reflexiva parental y las competencias parentales de sus progenitores, representantes legales u otras personas que ejerzan la parentalidad.

Por otra parte, el equipo multidisciplinar se encarga de complementar y validar la propuesta diagnóstica y de intervención de los profesionales del Trabajo Social. Sin embargo, según los resultados de la tesis, no todos los CDIAT realizan reuniones interdisciplinarias y los que sí las llevan a cabo no siempre pasan todos los casos que finalizan el proceso diagnóstico.

Por tanto, se puede concluir que *en los diagnósticos sociales no está garantizado el papel clave del equipo multidisciplinar proporcionando información a los profesionales del Trabajo Social y/o validando sus propuestas de intervención.*

- **Estudiar las categorías diagnósticas del ámbito social y su uso en los CDIAT.**

Según la teoría analizada y la normativa vigente, las categorías diagnósticas utilizadas en los CDIAT son las que aparecen en el programa informático *EUCCAP*:

familia en situación de protección, familia en situación de vulnerabilidad social y familia en situación de riesgo social.

No obstante, como hemos visto, el establecimiento de una u otra categoría queda al criterio de cada profesional del Trabajo Social ya que no hay una traslación automática de los indicadores señalados a categorías familiares.

Por consiguiente, se puede concluir que *las categorías diagnósticas del ámbito social más utilizadas en los CDIAT son las que aparecen en el programa informático EUCCAP y el establecimiento de una u otra se basa en el criterio personal de cada profesional del Trabajo Social.*

- **Analizar el uso social que los profesionales de CDIAT hacen del concepto *familia social*.**

Según lo examinado en la investigación, los profesionales de CDIAT usan el término *familia social* es para referirse a unos progenitores con dificultades en el ejercicio de sus funciones parentales y que ponen en riesgo el desarrollo de su hijo o hija. Aunque, con mucha menos frecuencia, el término también se utiliza para aludir a otras personas que también ejercen parentalidad sobre un niño o niña sin ser sus progenitores.

Por tanto, se puede concluir que *el uso social que hacen los profesionales de CDIAT del término familia social es para referirse a una familia en situación de vulnerabilidad que afecta o puede llegar a afectar el curso normal del desarrollo de su hijo o hija.*

- **Observar el papel de las representaciones sociales en el término *familia social* y en los diagnósticos sociales.**

De este modo, las representaciones sociales del término *familia social* van en la línea de unos progenitores con falta de recursos internos y externos, con una interacción no óptima y con grandes dificultades en el ejercicio de sus funciones parentales, lo que afecta o puede afectar al desarrollo del niño o niña.

Por su parte, estas representaciones sociales del concepto *familia social* condicionan, a su vez, la manera de organizar el funcionamiento del CDIAT. La detección de situaciones de vulnerabilidad se organiza y se activa en función de estas representaciones sociales por lo que, inexorablemente, el diagnóstico social se acaba reajustando a estas representaciones, que resultan cada vez más reforzadas.

Por consiguiente, la construcción del diagnóstico social en atención temprana se ve doblemente afectada por las representaciones del término *familia social*: por una parte, éstas condicionan la manera de pensar las familias en situación de vulnerabilidad social y, por otra, limitan el funcionamiento del CDIAT. En la práctica, solo se plantea realizar el diagnóstico social de aquellas familias que entran dentro de los parámetros de la representación social de *familia social*, con lo que se genera una retroalimentación que no permite flexibilizar o ampliar el concepto.

Así pues, se puede concluir que *son las representaciones sociales de las familias sociales que tienen los profesionales de CDIAT las que modulan el funcionamiento del servicio que, a su vez, condiciona el diagnóstico social de dichas familias.*

## 6.2. Conclusiones generales de la tesis

La presente tesis parte de la premisa principal que no existe un desarrollo individual ajeno a su contexto y se sustenta en la derivada que intervenir sobre un niño o niña conlleva, inexorablemente, analizar su medio familiar y social.

Según la teoría analizada y la normativa vigente, la familia (formada generalmente por los progenitores) debe jugar un papel clave en el CDIAT: por un lado, como representantes legales que tienen la patria potestad del niño o niña deben autorizar a que estos puedan recibir atención por parte del CDIAT. Por el otro, como garantes del ejercicio de las funciones parentales juegan un papel decisivo en el desarrollo del niño o niña fomentando (o no) el establecimiento de unos vínculos de apego seguro (generadores de organización psíquica) mediante su capacidad reflexiva parental y su ejercicio de competencias parentales positivas.

En un contexto de vulnerabilidad social donde el desarrollo del niño o niña se ve comprometido, desde la atención temprana se diagnostica la familia entendida como un entramado interactivo de agentes de crianza. Sin embargo, como se ha señalado en la tesis, el estudio de la familia, en ocasiones, se ve reducido al análisis de la interacción diádica entre el cuidador principal y el niño o niña y la situación estudiada no puede compararse con un modelo ideal de protección consensuado en atención temprana.

De este modo, el estudio de la representación de un objeto social, en este caso, la familia en situación de vulnerabilidad social o *familia social*, permite conocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social y nos aproxima a la visión del mundo que tienen los profesionales de la atención temprana, al sentido común. Substituir el sentido común por el conocimiento real de la subjetividad de una familia concreta conlleva, necesariamente, disponer de un modelo ideal de familia en situación de protección y de instrumentos que faciliten establecer los parámetros de una familia en situación de vulnerabilidad social.

Sin embargo, la construcción del diagnóstico social en atención temprana está limitada, como se ha venido señalando, por las representaciones del concepto *familia social* que determinan la manera de pensar las familias en situación de vulnerabilidad social y condicionan el funcionamiento del CDIAT. Este hecho comporta realizar diagnósticos sociales solo de aquellas familias que entran dentro de los parámetros de las representaciones de *familia social* retroalimentando cada vez más las imágenes mentales que los profesionales de la atención temprana tenemos sobre dichas *familias*.

Sostiene Flament (1987), apoyándose en consideraciones teóricas y en resultados empíricos, que “(...) las prácticas son la principal fuente, si no la única, de transformación de las representaciones” (p. 149); por consiguiente, la introducción de prácticas nuevas debe modificar la estructura de la representación. En otras palabras, el establecimiento de prácticas nuevas activará los esquemas que las prescriben y reforzarán su ponderación en el campo representacional haciendo que su estructura se transforme paulatina y forzosamente.

Entendiendo que la principal función del Trabajo Social es la de provocar cambios (Escartín, 1992) y el *JADE* puede ser un buen acicate para ello, pues asume como punto de partida la importancia (decisiva) de realizar un diagnóstico social útil, que permita una intervención eficaz en cada caso (Hamilton, 1923). Esto es, debe priorizarse desde el CDIAT solo la intervención relacionada con las funciones parentales (cuidado, educación y socialización de los hijos e hijas) y plantear la derivación a Servicios Sociales de aquellas familias en otros tipos de situaciones de vulnerabilidad social.

De este modo, el hecho de disponer una definición de familia en situación de protección y cambiar las prácticas de intervención con las *familias sociales* modificará, inexorablemente, la significación de la *familia social* lo que, a su vez, transformará también el funcionamiento de los servicios de atención temprana.

Es importante señalar el valor distintivo de la mirada etnográfica en la elaboración de la tesis, que se refleja, además de en el proceso mismo de investigación, en el tipo de información obtenida y que ha permitido describir tanto las prácticas como los significados que adquieren para quienes las realizan. Calificada por Abric (1994) como “la vía regia del estudio de las representaciones sociales” (p.29), la etnografía permite recoger el contenido de una representación social, referirla directamente a su contexto y estudiar sus relaciones con las prácticas sociales establecidas por el grupo (Abric, 1994; Araya, 2002).

Por último, quiero señalar que la investigación se suma al interés y al esfuerzo disciplinar realizado históricamente en Trabajo Social por alcanzar la mayor concreción posible respecto del concepto y la aplicación del diagnóstico social dentro del proceso de intervención. La comunidad precisa de mecanismos científicos de intervención y el Trabajo Social necesita herramientas identificativas que le empoderen como profesión. En este sentido, la definición de *familia social* y el instrumento de soporte al diagnóstico social en atención temprana que se proponen deben ser considerados un paso más en el proceso de delimitación del concepto de diagnóstico social.

## 7. Bibliografía

- Abric, J. (1994). *Prácticas sociales y representaciones*. (2001) México: Ediciones Coyoacán. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [http://villaeducacion.mx/descargar.php?idtema=1337&data=262dc7\\_practicas-sociales-full.pdf](http://villaeducacion.mx/descargar.php?idtema=1337&data=262dc7_practicas-sociales-full.pdf)
- Agencia europea para el desarrollo de la educación de las necesidades especiales (La Agencia) (2005). *Atención temprana. Análisis de la situación en Europa: Aspectos clave y recomendaciones*. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations\\_eci\\_es.pdf](https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-analysis-of-situations-in-europe-key-aspects-and-recommendations_eci_es.pdf)
- Alizade, M. (2010). La liberación de la parentalidad en el siglo XXI. *Imagoagenda*. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1323>
- Allport, G. (1954). *La naturaleza del prejuicio*. (1971) Buenos Aires: Eudeba Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Ander-Egg, E. (1985). *Introducción a la planificación*. Argentina: Humanitas. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Introduccion-a-la-planificaci%C3%B3n-Ander-Egg-Ezequiel.pdf.pdf>

- Ander-Egg, E. & Aguilar, M. (1995). *Diagnóstico social, conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://ronal899.files.wordpress.com/2014/11/diagnostico-social-marc3ada-josc3a9-aguilar-y-ezequiel-ander-egg.pdf>
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. San José: Flacso (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: Análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología*, 27-40. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2016/05/1986.pdf>
- Bar-Tal, D. (1994). Formación y cambio de estereotipos étnicos y nacionales: Un modelo integrado. *Psicología de la Política*, 9, 21-49. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://www.uv.es/garzon/psicologia%20politica/N9-2.pdf>
- Barudy, J. (2006). Los buenos tratos y la resiliencia infantil en la prevención de los trastornos del comportamiento. III *Congreso Internacional y Multidisciplinar de Trastornos del Comportamiento, en la familia y la escuela*. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.traumaterapiayresiliencia.com/sites/default/files/articulos/los\\_buenos\\_tratos\\_y\\_la\\_resiliencia\\_infantil\\_en\\_la\\_prevencion\\_de\\_los\\_trastornos\\_del\\_comportamiento.pdf](https://www.traumaterapiayresiliencia.com/sites/default/files/articulos/los_buenos_tratos_y_la_resiliencia_infantil_en_la_prevencion_de_los_trastornos_del_comportamiento.pdf)
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. American Psychological Association. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>
- Bowlby, J. (1969). *El Apego: El apego y la perdida-1*. (1998) Barcelona: Paidós.

- Campbell, D. T. (1967). Stereotypes and the perception of group differences. *American psychologist*, 22, 817. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0025079>
- Cardona, O. (2004), "The need for rethinking the concepts of vulnerability and risk from a holistic perspective: a necessary review and criticism for effective risk management", en Bankoff, G. (ed.), *Mapping vulnerability. Disasters, development & people*, (37-5). London: Earthscan. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.academia.edu/18707404/Mapping\\_Vulnerability\\_Disasters\\_Development\\_and\\_People](https://www.academia.edu/18707404/Mapping_Vulnerability_Disasters_Development_and_People)
- Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 247-259. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/145>
- Casado, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 135-142. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://doi.org/10.1157/13086037>
- Casas, M. (1999). Cambio de actitudes en contextos interculturales en Barcelona: Actividades lúdicas y modificación de prejuicios. *Scripta Nova*, 44. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.ub.edu/geocrit/sn-44.htm>
- Código Civil, Boletín Oficial el Estado, número 4763 (1889). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>
- Colom, D. (2008). *El diagnóstico social*. Vigo. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://hoxe.vigo.org/pdf/Plandrogas/DiagnosticoSocial.pdf>
- Colom, D. (2009). La investigación sobre el diagnóstico social sanitario: Trabajo de campo, resultados y conclusiones. *Revista de Trabajo Social y Salud*, 62, 129-389.
- Colom, D. (2012). *El diagnóstico social sanitario*. Barcelona: Universidad Oberta.

Colomer, M. (1979). Método de Trabajo Social. *RTS*, 4-48.

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)

Constitución española, Boletín Oficial del Estado, número 311 (1978). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)

Convención de los Derechos del Niño, Organización de Naciones Unidas (ONU) (1989). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos/convencion-derechos-ninos>

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 205-221.

Cury, S. (2009). Estudio del diagnóstico social en residencias para personas mayores asistidas de la Comunidad de Madrid: Diseño de un instrumento de valoración y diagnóstico social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 201-227. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0909110201A>

Cury, S. & Arias, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de "Diagnóstico social". Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 9-24. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54849/6/Alternativas\\_23\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/54849/6/Alternativas_23_01.pdf)

Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç, Diari de la Generalitat de Catalunya, número 4002 (2003). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?documentId=346199&action=fitxa](https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=346199&action=fitxa)

Decret 45/2014, d'1 d'abril, de modificació del Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç, Diari de la Generalitat de Catalunya, número 6596 (2014). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa?action=fitxa&documentId=658922](https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa?action=fitxa&documentId=658922)

De Linares, C. & Rodríguez, T. (2004). Bases de la Intervención Familiar en la Atención Temprana. En J. Pérez-López & A. Brito, *Manual de Atención Temprana* (333-351). Madrid: Ediciones Pirámide.

Díaz, A. (1998). Unas investigaciones aplicadas. En A. Díaz, *Hoja, pasta, polvo y roca: Naturaleza de los derivados de la coca* (25-34). Bellaterra: UAB.

Echebarría, A. & González, J. (1995). Estereotipos grupales y su modificación. En A. Echebarría, J. González, M. Garaigordobil & M. Villarreal, *Psicología Social del Prejuicio y el Racismo* (71-93). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Escalada, M., Fernández, S. & Fuentes, M. P. (2001). *El diagnóstico social. Proceso de conocimiento e intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Escartín, M. (1992). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. Alicante: Aguaclara.

Escartín, M., Palomar, M. & Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II. Trabajo social con individuos y familia*. Alicante: Aguaclara.

Fernández, M. (2012). *Definición jurídica de la familia en el Derecho Romano*. Madrid: UNED. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:RDUNED-2012-10-5060/Documento.pdf>

Fiske, S. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist*, 621-628. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.48.6.621>

- Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. En J. Beauvois, R. Joule & J. Monteil, *Perspectives cognitives et conduites sociales. Théories implicites et conflits cognitifs* (143-150). Cousset: Delval.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS, S.A. Editorial.
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*, 62 (5), 891-905. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://doi.org/10.2307/1131141>
- Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2012). *Desarrollo emocional: Clave para la primera infancia*. Argentina: Fundación Kaleidos. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simples.pdf](http://files.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf)
- García, G. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación en la intervención social. Ecos de Mary Richmond. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 10-38.
- García, M., Giné, C., Gràcia, M. & Vilaseca, R.M. (2006). Repensar la atención temprana: Propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y aprendizaje*, 297-313.
- García, J., González, M.D., Pola, M. & Rodríguez, A. (2014). *Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*. Barcelona: Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.uccap.cat/files/glossari\\_09-01-2015.pdf](https://www.uccap.cat/files/glossari_09-01-2015.pdf)
- García, J., González, M.D., Pola, M. & Rodríguez, A. (2015). La intervención social en los CDIAP. *Revista de Trabajo Social*, 108-117. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.desenvolupa.net/esl/Ultimos-articulos/Desenvolupament-de-l-ambit-social-de-l-Organizacion-Diagnostica-de-la-Atencion-Temprana-ODAT-als-CDIAP-J.-Garcia-M.-D.-Gonzalez-M.-Pola-A.-Rodriguez-01-2016>

Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. (2003) Barcelona: Gedisa.

Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/geertz-c-1973-la-interpretacion-de-las-culturas.pdf>

Generalitat de Catalunya (2010). *Recull de procediments d'atenció directa per als*

*CDIAP*. Barcelona: Instiut Català d'Assistència i Serveis Socials. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

[https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/detalls/Article/article\\_recull\\_procediments\\_atencio\\_directa](https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/detalls/Article/article_recull_procediments_atencio_directa)

Generalitat de Catalunya (2011). *Perfil professional treballador/a social*. Barcelona:

Departament de Benestar Social i Família. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

[https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/02serveis/06recursosprofessionals/comite\\_expertes\\_i\\_experts\\_en\\_formacio/perfils\\_professionals/04\\_atencio\\_a\\_infancia\\_\\_adolescencia\\_i\\_joventut/treball\\_social.pdf](https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/02serveis/06recursosprofessionals/comite_expertes_i_experts_en_formacio/perfils_professionals/04_atencio_a_infancia__adolescencia_i_joventut/treball_social.pdf)

Generalitat de Catalunya (2019). *Reglament de Règim Intern dels CDIAP*.

Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

<http://www.cornella.cat/files/contenidos/Normativa/Normativa%20General/Reglaments/CDIAP-Procurement%20%2024%20setembre%202010%20DILIGENCIAT%20juny%202016%20signat.pdf>

Giné, C. (2016). Encuentro Internacional de actualización e investigación en atención

temprana y desarrollo infantil. *Atención temprana y calidad de vida familiar:*

*Implicaciones para la intervención y la investigación (1-3)*. Valencia: Universidad Católica de Valencia.

Gobierno Vasco. (2012). *Modelo global de diagnóstico social*. Recuperado el 1 de

octubre de 2019, de

[http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento\\_](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/instrumento_)

- Goffman, E. (1972). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/Goffman-E.-La-presentacion-de-la-persona-en-la-vida-cotidiana.-1-47.pdf>
- Golanó, M. (2015). *La mentalización parental durante la primera infancia: Adaptación y validación de la Parent Development Interview (PDI)*. (Tesis doctoral). Universidad Ramon Llull, Barcelona.
- González, A. (2010). Sobre la definición de los dominios transculturales: La antropología del parentesco como teoría sociocultural de la procreación. *Alteridades*, 93-106. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-70172010000100008&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-70172010000100008&script=sci_abstract)
- Grau, J. (2018). Familia. En A. Aguirre, *Diccionario temático de Antropología Cultural* (233-237). Madrid: Delta publicaciones.
- Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (CRITS) (2016). *La intervenció social amb les famílies des del Treball Social*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.ub.edu/deptsocial/publicacions/Laintervencioamblesfamiliesdesdeltreballsocial-Maig2015.pdf>
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2000). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaaessalud/doc/LibroBlancoAtencionTemprana.pdf>

- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana: Manual de instrucciones*. Madrid: Real Patronato sobre la Discapacidad. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/2978/Organizacion\\_diagnostica\\_atencion\\_temprana.pdf?sequence=1&rd=003132537482768](http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/2978/Organizacion_diagnostica_atencion_temprana.pdf?sequence=1&rd=003132537482768)
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2011a). *Nivel III de la ODAT: Intervención en Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.avap-cv.com/images/Documentos%20basicos/ODAT%20-%20Nivel%20III.pdf>
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2011b). *Realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26068/Atencion%20Temprana.pdf>
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2011c). *Mejora del proceso de comunicación del diagnóstico de trastorno en el desarrollo o discapacidad en la primera infancia: La primera noticia*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25982/12\\_1\\_gat\\_0.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25982/12_1_gat_0.pdf)
- Hamilton, G. (1923) *Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work*. Obtenido de National Conference on Social Welfare. Official proceedings of anual meeting. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1923.001/347?rgn=full+text;view=image>
- Hamilton, G. (1940). *Teoría y práctica del Trabajo Social de casos*. México: Prensa mexicana.
- Hamilton, D. & Sherman, J. (1994). Stereotypes. En W. S. (Eds.), *Handbook of social cognition* (1-68). Hillsdale: Erlbaum.

- Hoffman, C. & Hurst, N. (1990). Gender stereotypes: Perception or rationalization? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 197-208. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.58.2.197>
- Hollis, F. (1964). *Casework: A psychosocial therapy*. Nueva York: Crown Publishing Group/Random House.
- Huici, C. (1999). Estereotipos. *Psicología Social y Trabajo Social*, 175-200.
- Huci, C. & Moya, M. (1994). Esterotipos. En J. Morales, *Psicología social* (286-322). Madrid: McGraw-Hill.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en trabajo social clínico*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 32-61. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v3n5/v3n5a2.pdf>
- Jost, T. & Banji, M. (1994). The role of stereotyping in system justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, 1-27. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1994.tb01008.x>
- Junta de Andalucía (2009). *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del sistema público de Servicios Sociales de Andalucía*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2853\\_d\\_Evaluaci%C3%B3n\\_del\\_riesgo\\_psicosocial\\_en\\_familias\\_usuarias.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2853_d_Evaluaci%C3%B3n_del_riesgo_psicosocial_en_familias_usuarias.pdf)
- Kats, D. & Braly, K. (1933). Racial stereotypes in one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 288-290.

- LeVine, R. & Campell, D. (1972). *Ethnocentrism: Theories of conflict, ethnic attitudes, and group Behaviour*. Nueva York: Wiley.
- Leyens, J., Yzerbyt, V. & Schadron, G. (1994). *Stereotypes and Social Cognition*. Londres: Sage.
- Lippmann, W. (1922). *La opinion pública*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Llei 12/2007, d'11 octubre, de serveis socials. Diari de la Generalitat de Catalunya, número 4990 (2007). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur\\_ocults/pjur\\_resultats\\_fitxa/?documentId=415692&action=fitxa](https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?documentId=415692&action=fitxa)
- Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. Diari de la Generalitat de Catalunya, número 5641 (2010). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://www.parlament.cat/document/nom/TL115.pdf>
- Main, N., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood and Adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, Vol.50, No.1/2 Growing Points of Attachment Theory and Research*, 66-104.
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En D. Páez & A. Blanco, *La teoría sociocultural y la psicología social actual* (163-182). Madrid: Aprendizaje.
- Martín, M. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual\\_de\\_indicadores\\_para\\_el\\_diagnostico\\_social.pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/files/51786ad45be4d/Manual_de_indicadores_para_el_diagnostico_social.pdf)
- Milla, M.G. & Mulas, F. (2005). *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia: Promolibro.

- Misès, R., Quemada, N., Botbol, M., Bursztejn, Cl., Durand, B., Garrabé, J.,...  
Thevenot, J.P. (2000). *Nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence*. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://psychanalyse.com/pdf/troubles\\_Mentaux\\_CLASSIFICATION\\_FRANCAIS E.pdf](https://psychanalyse.com/pdf/troubles_Mentaux_CLASSIFICATION_FRANCAIS E.pdf)
- Montes, B. (2008). Discriminación, prejuicio, estereotipos: Conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio. *Iniciación a la investigación*, 3, 1-16. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/202/183>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athnea Digital*, 1-25. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://doi.org/10.5565/rev/athnead/v1n2.55>
- Morales, J. & Moya, M. (1996). El prejuicio. En J. Morales & M. Moya, *Tratado de Psicología Social I. Procesos Básicos*. (189-213). Madrid: Síntesis. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1232884.pdf>
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. (1979) Buenos Aires: Huemul. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/social/robertazzi/Moscovici%20-%20El%20psicoanalisis,%20su%20imagen%20y%20su%20publico..pdf>
- National Center for Clinical Infant Programs (1998). *Clasificación Diagnóstica: 0-3. Clasificación Diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Barcelona: Paidós.
- Navas, M. (1997). El prejuicio presenta un nuevo rostro: Puntos de vista teóricos y líneas de investigación recientes sobre un problema familiar. *Revista de Psicología Social*, 201-237. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://doi.org/10.1174/021347497761111402>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Madrid: IMSERSO. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

O'Sullivan, T., Hartley, J., Saunders, D., Montgomery, M. & Fiske, J. (1997). *Conceptos clave en comunicación y estudios culturales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Páez, D., Ayestaran, S. & Rosa, D. (1987). Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social. En D. Paéz, *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.

Perlman, H. H. & Estellés, H. (1965). *El trabajo social individualizado*. Rialp.

Prieto, D. (1988). *El autodiagnóstico comunitario e institucional*. Argentina: Humanitas.

Puertas, S. (2003). *Activación automática de los estereotipos asociados al poder y su medición implícita y explícita*. (Tesis doctoral) Granada: Universidad de Granada. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/23474/20935754.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. Diario Oficial de la Unión Europea, (2006). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST263ZI121295&id=121295>

Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Diario Oficial de la Unión Europea,

- (2016). Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- Restrepo, E. (2016). *Etnografía: Alcances, técnicas y éticas*. Bogotá: Envion editores. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.ramwan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf>
- Richmond, M. (1917). *Social Diagnosis*. Nova York: Russel Sage Fondation. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000062.pdf>
- Robles, C. & Di Ieso, L. (2012). El concepto de familia y la formación académica en Trabajo Social. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 43-53. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [http://www.margen.org/docs/curso46-11/unid01/apunte06\\_01.pdf](http://www.margen.org/docs/curso46-11/unid01/apunte06_01.pdf)
- Robles-Bello, M.T. & Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención infantil temprana en España. *Papeles del psicólogo*, 132-143. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://dx.doi.org/10.14201/scero2019502718>
- Rodrigo, M., Marín, J., Cabrera, E. & Máiquez, M. (2009). Las Competencias Parentales en Contextos de Riesgo Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 113-120. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179814021003.pdf>
- Sandoval, C. (1997). *Sueños y sudores en la vida cotidiana de trabajadores y trabajadoras de la maquila y la construcción*. San José de Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- San Román, T. (2005). ¿Acaso es evitable? El impacto de la Antropología en las relaciones e imágenes sociales. *Revista de Antropología Social*, 373-410. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/viewFile/RASO0606110373A/931>

- Salvador, G. (2009). *Familia: Experiencia grupal básica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Scaron, M. (1974). *El diagnóstico social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Scaron, M. & Genisans, N. (1985). *El diagnóstico social*. Argentina: Humanitas.
- Servicio de Lenguas y Observatorio para la Igualdad de la Universitat Autònoma de Barcelona (2011). *Guía para el uso no sexista del lenguaje en la Universitat Autònoma de Barcelona*. Barcelona: Servicio de publicaciones de la UAB. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://www.uab.cat/Document/964/953/Guia\\_uso\\_no\\_sexista\\_lenguaje2,0.pdf](https://www.uab.cat/Document/964/953/Guia_uso_no_sexista_lenguaje2,0.pdf)
- Sherif, M. (1966). *Group conflict and cooperation: Their social psychology*. (2015) Londres: Psychology Press. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://doi.org/10.4324/9781315717005>
- Stallings, R. (1997). Sociological theories and disaster studies, University of Delaware, *Disaster Research Center*. Preliminary Paper 249. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.844.6650&rep=rep1&type=pdf>
- Stangor, C. & Lange, J. (1993). Cognitive representation of social groups: Avances in conceptualizing stereotypes and stereotyping. *Advances in Experimental Social Psychology*, 26, 357-416. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60157-4](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60157-4)
- Stroebe, W. & Insko, C. A. (1989). Stereotype, prejudice, and discrimination: Changing conceptions in theory and research. *Stereotyping and prejudice*, 3-34.
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales*. (1984) Barcelona: Herder. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.596>

Tajfel, H. (1984). *The social dimension*. Cambridge: Cambridge University Press.

Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.esr.a036407>

Tajfel, H. & Turner, J. (1989). La teoría de la identidad social de la conducta intergrupala. *Lecturas de psicología social*, 225-259.

Tamarit, J. (2015). La transformación de los servicios hacia la calidad de vida. Una iniciativa de innovación social de FEAPS. *Siglo Cero*, 47-71. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

[https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/3\\_la\\_transformacion\\_siglocero2015\\_javiertamarit.pdf](https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/3_la_transformacion_siglocero2015_javiertamarit.pdf)

Turner, J. (1990). *Redescubrir el grupo social: Una teoría de la categorización del yo*. Ediciones Morata.

Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç (UCCAP) (2018). *Memòria 2018*.

Barcelona: Power Point de difusió restringida. 20 diapositives.

Valls, I. (2010). El trabajo social en un CDIAT: Una relación de ayuda. En C. Giné, F. Pegenaute, J.M. Mas, *La atención temprana: Un compromiso con la infancia y sus familias* (167-175). Barcelona: UOC.

Viloria, C. & Guinea, C. (2012). La atención a la familia en la atención temprana: Retos actuales. *Psicología educativa*, 122-133. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de <https://dx.doi.org/10.5093/ed2012a13>

Waizmann, V. & Roussos, A. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 122-133. Recuperado el 1 de octubre de 2019, de

[https://www.researchgate.net/publication/215678005\\_Acerca\\_de\\_la\\_dificultad\\_en\\_la\\_conceptualizacion\\_de\\_la\\_alianza\\_terapeutica](https://www.researchgate.net/publication/215678005_Acerca_de_la_dificultad_en_la_conceptualizacion_de_la_alianza_terapeutica)

Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T. & Davis, I. (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. Londres: Routledge. Recuperado el 1 de

ocutbre de 2019, de <http://www.geo.mtu.edu/volcanoes/06upgrade/Social-KateG/Attachments%20Used/AtRiskReview.pdf.pdf>.

Woods, E. & Hollis, F. (1964). *Casework. A psychosocial therapy*. (1999) New York: McGraw-Hill Higher Education.





## 8. Anexos

**8.1. JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç.**

**8.2. Glossari JADE.**



## 8.1. *JADE*: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç.



EXPEDIENT Nº:

NUCLI DE CONVIVÈNCIA:

DATA:



# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

FACTORS		INDICADORS	
1	Capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials dels progenitors	1.1	Progenitors amb capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials. <b>0</b>
		1.2	Progenitors amb capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials alterades. <b>1</b>
		1.3	<b>Progenitors amb capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials molt alterades. 11</b>
2	Funcions parentals dels progenitors	2.1	Progenitors amb capacitats per portar a terme les funcions parentals. <b>0</b>
		2.2	Progenitors amb dificultats per portar a terme les funcions parentals. <b>2</b>
		2.3	<b>Progenitors sense capacitats suficients per portar a terme les funcions parentals. 11</b>
3	Dinàmica familiar del nucli familiar	3.1	Progenitors amb capacitats per generar una adequada dinàmica familiar. <b>0</b>
		3.2	Progenitors amb dificultats per generar una adequada dinàmica familiar. <b>2</b>
		3.3	Progenitors sense capacitats suficients per generar una adequada dinàmica familiar. <b>5</b>
4	Necessitats educatives de l'infant	4.1	Infant amb cobertura adequada de les seves necessitats educatives. <b>0</b>
		4.2	Infant amb cobertura inadequada de les seves necessitats educatives. <b>2</b>
		4.3	Infant sense cobertura de les seves necessitats educatives. <b>5</b>
5	Xarxa de suport del nucli familiar	5.1	Nucli familiar amb suport de la xarxa. <b>0</b>
		5.2	Nucli familiar amb suport insuficient de la xarxa. <b>1</b>
		5.3	Nucli familiar sense suport de la xarxa. <b>2</b>
6	Barreres culturals en els progenitors	6.1	Progenitors sense barreres culturals. <b>0</b>
		6.2	Progenitors amb barreres culturals. <b>2</b>
		6.3	Progenitors amb importants barreres culturals. <b>5</b>
7	Estat de salut del nucli familiar	7.1	Nucli familiar en bon estat de salut. <b>0</b>
		7.2	Nucli familiar amb problemes de salut. <b>1</b>
		7.3	Nucli familiar amb greus problemes de salut. <b>2</b>
8	Situació laboral dels progenitors	8.1	Progenitors amb ocupació laboral. <b>0</b>
		8.2	Progenitors amb ocupació laboral precària. <b>1</b>
		8.3	Progenitors sense ocupació laboral. <b>2</b>
9	Nivell econòmic del nucli familiar	9.1	Nucli familiar sense dificultats econòmiques. <b>0</b>
		9.2	Nucli familiar amb dificultats econòmiques. <b>1</b>
		9.3	<b>Nucli familiar amb precarietat econòmica. 11</b>
##	Habitabilitat de l'habitatge del nucli familiar	10.1	Nucli familiar que viu en un habitatge en bones condicions d'habitabilitat. <b>0</b>
		10.2	Nucli familiar que viu en un habitatge amb problemes d'habitabilitat. <b>1</b>
		10.3	<b>Nucli familiar que viu en un habitatge amb greus problemes d'habitabilitat. 11</b>
##	Aspectes legals del nucli familiar	11.1	Nucli familiar en compliment dels aspectes legals que podrien afectar l'atenció adequada a l'infant. <b>0</b>
		11.2	Nucli familiar amb aspectes legals oberts que afecten l'atenció adequada a l'infant. <b>1</b>
		11.3	<b>Nucli familiar amb aspectes legals oberts que afecten greument l'atenció adequada a l'infant. 11</b>

PROGRAMA D'INTERVENCIÓ DES DEL CDIAP

ÀMBITS D'ACTUACIÓ

ORIENTACIÓ O DERIVACIÓ A D'ALTRES SERVEIS

PUNTUACIÓ TOTAL

## QUADRE DE PUNTUACIÓ

PUNTUACIÓ TOTAL	DIAGNÒSTIC SOCIOFAMILIAR	TIPUS D'INTERVENCIÓ
<1 punt	Família en situació de protecció	Intervenció social breu
1 - 11 punts	Família en situació de vulnerabilitat social	Acompanyament social
>11 punts	Família en situació de risc social	Tractament social

## 1 CAPACITATS FÍSQUES, INTEL·LECTUALS, EMOCIONALS I COMPETÈNCIES SOCIALS DELS PROGENITORS

### 1.1 Progenitors amb capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials.

Els progenitors tenen capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials suficients per proporcionar una atenció adequada a l'infant o, malgrat tenir algun deficit en alguna d'aquestes capacitats o competències, aquest no afecta de manera significativa l'atenció adequada a l'infant.

Els progenitors dominen les habilitats socials, conductes apreses i socialment acceptades que els permeten mantenir relacions interpersonals adequades i obtenir el que volen preservant la seva autoestima i sense menystenir la dels altres.

### 1.2 Progenitors amb capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals o competències socials alterades.

Els progenitors tenen algun deficit en les capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals o competències socials que dificulta proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Els progenitors tenen dificultats en el domini de les habilitats socials, conductes apreses i socialment acceptades que els dificulten mantenir relacions interpersonals adequades i obtenir el que volen preservant la seva autoestima i sense menystenir la dels altres.

### 1.3 Progenitors amb capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals o competències socials molt alterades.

Els progenitors no tenen capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals o competències socials suficients per proporcionar una atenció adequada a l'infant; o d'acceptar serveis de suport o tractament; o estan centrats en les seves pròpies necessitats.

Els progenitors tenen greus dificultats en el domini de les habilitats socials, conductes apreses i socialment acceptades que no els permeten mantenir relacions interpersonals adequades i obtenir el que volen preservant la seva autoestima i sense menystenir la dels altres.

## 2 FUNCIONS PARENTALS DELS PROGENITORS

### 2.1 Progenitors amb capacitats per portar a terme les funcions parentals.

Els progenitors tenen capacitats per portar a terme de forma adequada la funció nutrent, socialitzadora i educativa de l'infant.

### 2.2 Progenitors amb dificultats per portar a terme les funcions parentals.

Els progenitors tenen dificultats per portar a terme de forma adequada la funció nutrent, socialitzadora i educativa de l'infant.

### 2.3 Progenitors sense capacitats suficients per portar a terme les funcions parentals.

Els progenitors no tenen capacitats suficients per portar a terme de forma adequada la funció nutrent, socialitzadora i educativa de l'infant.

## 3 DINÀMICA FAMILIAR DEL NUCLI FAMILIAR

### 3.1 Progenitors amb capacitats per generar una adequada dinàmica familiar.

Els progenitors tenen capacitats per generar un clima familiar adequat i cohesionar els integrants del nucli familiar ja que es comuniquen fomentant l'expressió clara d'acords i desacords i coherent entre allò verbal i no verbal; fan intercanvis afectius que fomenten l'estima, el respecte i el reconeixement; exerceixen l'autoritat fent complir regles i normes; i estableixen rols clars i estables.

### 3.2 Progenitors amb dificultats per generar una adequada dinàmica familiar.

Els progenitors tenen dificultats per generar un adequat clima familiar o cohesionar els integrants del nucli familiar ja que no tenen una comunicació que fomenti l'expressió clara d'acords i desacords o coherent entre allò verbal i no verbal; o no fan intercanvis afectius que fomentin l'estima, el respecte o el reconeixement; o no exerceixen l'autoritat fent complir regles i normes; o no estableixen rols clars i estables.

### 3.3 Progenitors sense capacitats suficients per generar una adequada dinàmica familiar.

Els progenitors no tenen capacitats per generar un adequat clima familiar o cohesionar els seus integrants ja que tenen una comunicació que impedeix l'expressió d'acords i desacords o és incoherent entre allò verbal i no verbal; fan intercanvis afectius que impedeixen l'estima, el respecte o el reconeixement; imposen regles i normes; o no estableixen rols clars i estables.

Aquesta manca de capacitats pot generar-se a partir de la pèrdua d'un progenitor, de la seva privació de llibertat, institucionalització, expatriació, procés migratori...

## 4 NECESSITATS EDUCATIVES DE L'INFANT

### 4.1 Infant amb cobertura adequada de les seves necessitats educatives.

Infant que té una cobertura adequada de les seves necessitats educatives per un centre educatiu o una mesura alternativa.

### 4.2 Infant amb cobertura inadequada de les seves necessitats educatives.

Infant que no té una cobertura adequada de les seves necessitats educatives per absentisme escolar, excés de permanència al centre escolar o manca de suport a les seves necessitats educatives específiques.

### 4.3 Infant sense cobertura de les seves necessitats educatives.

Infant que no té cobertura de les seves necessitats educatives per no estar escolaritzat o no tenir cap mesura alternativa.

## 5 XARXA DE SUPORT DEL NUCLI FAMILIAR

### 5.1 Nucli familiar amb suport de la xarxa.

Els progenitors compten o poden comptar amb el suport de la xarxa formal e informal per resoldre necessitats o dificultats del nucli familiar.

### 5.2 Nucli familiar amb suport insuficient de la xarxa.

Els progenitors no tenen suport suficient de la xarxa formal o informal per resoldre necessitats o dificultats de la família.

### 5.3 Nucli familiar sense suport de la xarxa.

Els progenitors no tenen cap suport de la xarxa formal o informal per resoldre necessitats o dificultats de la família.

## 6 BARRERES CULTURALS EN ELS PROGENITORS

### 6.1 Progenitors sense barreres culturals.

Els progenitors no presenten barreres culturals ni lingüístiques per assolir els objectius a treballar des del CDIAP.

Entenen per barreres culturals les dificultats per assolir objectius a treballar des del CDIAP a causa de factors culturals en els progenitors.

### 6.2 Progenitors amb barreres culturals.

Els progenitors presenten barreres culturals o lingüístiques que dificulten assolir els objectius a treballar des del CDIAP.

Entenen per barreres culturals les dificultats per assolir objectius a treballar des del CDIAP a causa de factors culturals en els progenitors.

### 6.3 Progenitors amb importants barreres culturals.

Els progenitors presenten importants barreres culturals o lingüístiques que dificulten greument assolir els objectius a treballar des del CDIAP.

Entenen per barreres culturals les dificultats per assolir objectius a treballar des del CDIAP a causa de factors culturals en els progenitors.

Entenen per barreres lingüístiques la incapacitat dels progenitors de comunicar-se en català o castellà.

## 7 ESTAT DE SALUT DEL NUCLI FAMILIAR

### 7.1 Nucli familiar en bon estat de salut.

Els progenitors tenen capacitats suficients per proporcionar una atenció adequada a l'infant o, malgrat tenir algun problema de salut, aquest no els afecta de manera significativa a l'hora de proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Infant en bon estat de salut.

### 7.2 Nucli familiar amb problemes de salut.

Els progenitors o altres membres del nucli familiar tenen trastorns o malalties cròniques o requereixen l'atenció de múltiples especialistes que afecta les capacitats dels progenitors per proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Infant amb trastorn, malaltia o síndrome que requereix l'atenció d'especialistes (fins a tres) o mesures

### 7.3 Nucli familiar amb greus problemes de salut.

Els progenitors o altres membres del nucli familiar tenen greus trastorns o malalties cròniques o una situació de salut de risc vital o requereixen l'atenció de múltiples especialistes o la institucionalització en un centre de salut que incapacita els progenitors o tutors legals per proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Infant amb greu trastorn, malaltia o síndrome que requereix l'atenció de múltiples especialistes (més de tres) o mesures tècniques complexes a domicili o amb probabilitat de mort.

## 8 SITUACIÓ LABORAL DELS PROGENITORS

### 8.1 Progenitors amb ocupació laboral.

Els progenitors tenen una ocupació laboral legal i estable que els permet la conciliació familiar i laboral.

### 8.2 Progenitors amb ocupació laboral precària.

Els progenitors tenen una ocupació laboral precària quant a legalitat, estabilitat, remuneració (per sota de la renda mínima garantida) o dificultats per conciliar la vida laboral i la familiar.

### 8.3 Progenitors sense ocupació laboral.

Els progenitors no tenen cap ocupació laboral i tenen dificultats per a la inclusió laboral.

## 9 NIVELL ECONÒMIC DEL NUCLI FAMILIAR

### 9.1 Nucli familiar sense dificultats econòmiques.

Els progenitors compten amb ingressos regulars i no tenen dificultats econòmiques per fer front a les seves necessitats bàsiques ni per assumir despeses extraordinàries.

### 9.2 Nucli familiar amb dificultats econòmiques.

Els progenitors compten amb ingressos irregulars o tenen dificultats econòmiques per fer front a les seves necessitats bàsiques o per assumir despeses extraordinàries o necessiten ajudes econòmiques temporals

### 9.3 Nucli familiar amb precarietat econòmica.

Els progenitors compten amb ingressos esporàdics i tenen greus dificultats econòmiques per fer front a les seves necessitats bàsiques.

## 10 HABITABILITAT DE L'HABITATGE DEL NUCLI FAMILIAR

### 10.1 Nucli familiar que viu en un habitatge en bones condicions d'habitabilitat.

El nucli familiar viu en un habitatge en bones condicions d'habitabilitat, salubritat, higiene i seguretat.

Entenen per habitabilitat que l'habitatge disposi mínim de cuina-saló-menjador amb sofà, taula, pica, fogons, forn i extractor.

Entenen per salubritat i higiene que l'habitatge disposi d'il·luminació natural durant les hores de sol i ventilació natural a l'exterior o ventilació forçada.

Entenen per seguretat que l'habitatge disposi d'instal·lacions d'electricitat, lampisteria d'aigua freda, calenta i aigüera i telecomunicacions segons la normativa vigent.

### 10.2 Nucli familiar que viu en un habitatge amb problemes d'habitabilitat.

El nucli familiar viu en un habitatge amb problemes d'habitabilitat, salubritat, higiene o seguretat.

Entenen per problemes d'habitabilitat que l'habitatge no disposi de cuina-saló-menjador, sofà, taula, pica, fogons, forn o extractor; o que el seu ús sigui compartit amb un altre nucli familiar.

Entenen per problemes de salubritat i higiene que l'habitatge no disposi d'il·luminació natural durant les hores de sol o ventilació natural a l'exterior o ventilació forçada.

Entenen per problemes de seguretat que l'habitatge no disposi d'instal·lacions d'electricitat, lampisteria d'aigua freda, calenta i aigüera o telecomunicacions segons la normativa vigent; o que sigui un pis ocupat o hi hagi una ordre de desnonament.

### 10.3 Nucli familiar que viu en un habitatge amb greus problemes d'habitabilitat.

El nucli familiar viu en un habitatge amb greus problemes d'habitabilitat, salubritat, higiene o seguretat.

Entenen per greus problemes d'habitabilitat que l'habitatge sigui una habitació amb dret d'ús de cuina i bany.

Entenen per greus problemes de salubritat i higiene que l'habitatge no disposi de cap tipus d'il·luminació o ventilació.

Entenen per problemes greus de seguretat que l'habitatge no disposi d'instal·lacions d'electricitat, lampisteria d'aigua freda, calenta i aigüera; o amb una ordre de desnonament immediat.

## 11 ASPECTES LEGALS DEL NUCLI FAMILIAR

### 11.1 Nucli familiar en compliment dels aspectes legals que podrien afectar l'atenció adequada a l'infant.

Els progenitors compleixen amb tots aquells aspectes legals que, en el supòsit de no fer-ho, podria comportar afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

### 11.2 Nucli familiar amb aspectes legals oberts que afecten l'atenció adequada a l'infant.

Els progenitors tenen aspectes legals oberts que comporten afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

### 11.3 Nucli familiar amb aspectes legals oberts que afecten greument l'atenció adequada a l'infant.

Els progenitors tenen aspectes legals oberts que comporten greus afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

## **8.2. Glossari *JADE*.**



## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 1 de 29



El *Diagnòstic sociofamiliar en Atenció Precoç JADE* és un instrument de suport a la intervenció des de l'àmbit social en atenció precoç que permet valorar el nivell de risc social familiar, establir una categoria diagnòstica familiar, fer una proposta d'intervenció i determinar l'àmbit d'intervenció.

Consisteix en un llistat d'11 factors amb 3 indicadors cadascun: un de protecció, un de vulnerabilitat i un risc social. Cada indicador té una puntuació associada: 0 els indicadors de protecció i entre 1 i 11 els indicadors de vulnerabilitat i risc social. Tanmateix, cada factor està agrupat en dos àmbits d'actuació: intervenció social des del CDIAP o orientació o derivació a altres serveis.

El *JADE* es un instrument dissenyat específicament per als professionals del Treball Social. No obstant això, és important senyalar que no comporta, de cap manera, que els indicadors que l'integren hagin de ser mesurats exclusivament pels professionals del Treball Social. Al contrari, correspon a cada equip multidisciplinari de CDIAP decidir quins professionals, des de quina disciplina i amb quins instruments es mesuren aquests indicadors.

S'ha de fer servir un *JADE* per a cada nucli de convivència del que formi part l'infant. D'aquesta forma, en els casos de progenitors o representants legals separats que tinguin compartida la custòdia de l'infant es recomana utilitzar dos qüestionaris diferents per valorar la situació sociofamiliar en cada nucli de convivència. No obstant això, per valorar la resta de situacions en què existeix un nucli de convivència format, com a mínim, per un progenitor o representant legal de l'infant i un altre progenitor o representant legal amb un règim de visites de l'infant, correspon als professionals del Treball Social valorar la conveniència o no de fer servir més d'un qüestionari.

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 2 de 29



El funcionament del *JADE* consisteix en identificar els indicadors mitjançant l'exploració social de la família i l'entorn (a través d'entrevistes familiars, visites a domicili o coordinacions amb altres serveis), marcar en el qüestionari els indicadors identificats i sumar les puntuacions que cada indicador porta associada. El resultat de la suma es compara amb el quadre de resultats i s'estableix el tipus de família (família en situació de protecció, família en situació de vulnerabilitat social o família en situació de risc social), el tipus d'intervenció a realitzar (intervenció breu, acompanyament social o tractament social) i l'àmbit d'actuació (intervenció social des del CDIAP o orientació o derivació a altres serveis).

La finalitat última del *JADE* és apoderar els professionals del Treball Social del CDIAP amb un seguit d'accions, com ara:

- Emprar un llenguatge comú entre els diferents professionals de Treball Social i amb l'equip multidisciplinari del CDIAP.
- Utilitzar un instrument objectiu a l'hora de determinar el tipus de família, d'establir el tipus d'intervenció a realitzar i de definir l'àmbit d'actuació.
- Reivindicar un tipus d'intervenció des de l'àmbit social en atenció precoç.

Entenem que la millora d'aquest instrument és responsabilitat de tots els professionals que treballem als CDIAP si volem disposar d'eines que atorguin un caràcter científic a les nostres actuacions. Per aquest motiu, podeu fer arribar qualsevol dubte, suggeriment o proposta als responsables del *JADE* (Jaume García Hernández i Adela Rodríguez Civil) mitjançant el correu electrònic: [jade.valoracion.social@gmail.com](mailto:jade.valoracion.social@gmail.com).



## GLOSSARI

### **1.CAPACITATS FÍSQUES, INTEL·LECTUALS, EMOCIONALS I COMPETÈNCIES SOCIALS DELS PROGENITORS.**

Considerem que les capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i les competències socials dels progenitors condicionen l'atenció adequada a l'infant; afecten altres factors com ara les dinàmiques familiars i les funcions parentals; i poden afectar factors com ara la xarxa de suport, l'estat de salut, la situació laboral o el nivell d'ingressos dels progenitors.

#### **1.1.PROGENITORS AMB CAPACITATS FÍSQUES, INTEL·LECTUALS, EMOCIONALS I COMPETÈNCIES SOCIALS.**

Els progenitors tenen capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals i competències socials suficients per proporcionar una atenció adequada a l'infant o, malgrat tenir algun dèficit en alguna d'aquestes capacitats o competències, aquest no afecta de manera significativa l'atenció adequada a l'infant.

Els progenitors dominen les habilitats socials, conductes apreses i socialment acceptades que els permeten mantenir relacions interpersonals adequades i obtenir el que volen preservant la seva autoestima i sense menystenir la dels altres.

**EXEMPLES:** Progenitors que s'adapten als canvis, que saben escoltar, que saben demanar ajuda, que saben expressar les seves necessitats, que mostren empatia, assertivitat...

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 4 de 29



## Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:

P1.1. Recursos personals

### 1.2. PROGENITORS AMB CAPACITATS FÍSQUES, INTEL·LECTUALS, EMOCIONALS O COMPETÈNCIES SOCIALS ALTERADES.

Els progenitors tenen algun dèficit en les capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals o competències socials que dificulta proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Els progenitors tenen dificultats en el domini de les habilitats socials, conductes apreses i socialment acceptades que els dificulten mantenir relacions interpersonals adequades i obtenir el que volen preservant la seva autoestima i sense menystenir la dels altres.

**EXEMPLES:** Progenitors que tenen dificultats per adaptar-se als canvis, que no saben escoltar, que no demanen ajuda, que no expressen les seves necessitats, que mostren poca empatia, poca assertivitat...

## Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:

Cap

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 5 de 29



## **1.3. PROGENITORS AMB CAPACITATS FÍSQUES, INTEL·LECTUALS, EMOCIONALS O COMPETÈNCIES SOCIALS MOLT ALTERADES.**

Els progenitors no tenen capacitats físiques, intel·lectuals, emocionals o competències socials suficients per proporcionar una atenció adequada a l'infant; o d'acceptar serveis de suport o tractament; o estan centrats en les seves pròpies necessitats.

Els progenitors tenen greus dificultats en el domini de les habilitats socials, conductes apreses i socialment acceptades que no els permeten mantenir relacions interpersonals adequades i obtenir el que volen preservant la seva autoestima i sense menystenir la dels altres.

**EXEMPLES:** Progenitors que tenen greus dificultats per adaptar-se als canvis, que no tenen capacitat per escoltar, per demanar ajuda, per expressar les seves necessitats, que no mostren cap empatia, assertivitat, bloqueig emocional, dificultats per entendre consignes...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.1.1. Dèficit de recursos personals



## 2.FUNCIONS PARENTALS DELS PROGENITORS

Considerem que les funcions parentals dels progenitors condicionen l'atenció adequada a l'infant i poden afectar a altres factors com ara la xarxa de suport o la salut del nucli familiar o l'escolarització de l'infant.

### 2.1.PROGENITORS AMB CAPACITATS PER PORTAR A TERME LES FUNCIONS PARENTALS.

Els progenitors tenen capacitats per portar a terme de forma adequada la funció nutrent, socialitzadora i educativa de l'infant.

**EXEMPLES:** Progenitors que ofereixen una bona alimentació a l'infant, una dieta equilibrada, hàbits alimentaris, hàbits higiènics personals, que porten la roba familiar neta, que posen límits adequats a l'infant, que mostren empatia envers l'infant, que saben consolar-lo, que mostren una proximitat emocional envers l'infant...

#### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

P.2.1. Necessitats bàsiques cobertes

P.2.2. Habilitats per a desenvolupar les funcions parentals

P.2.3. Vincles afectius adequats

### 2.2.PROGENITORS AMB DIFICULTATS PER PORTAR A TERME LES FUNCIONS PARENTALS.

Els progenitors tenen dificultats per portar a terme de forma adequada la funció nutrent, socialitzadora o educativa de l'infant.

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 7 de 29



**EXEMPLES:** Progenitors que tenen dificultats en oferir una bona alimentació a l'infant, en fer una dieta equilibrada, en tenir hàbits alimentaris, hàbits higiènics personals, que tenen dificultats en portar la roba familiar neta, en posar límits adequats a l'infant, en mostrar empatia envers l'infant, en consolar-lo davant la frustració, en mostrar una proximitat emocional envers l'infant, amb antecedents de mesures de protecció a la infància en un fill o filla, que normalitzen conductes inadequades de l'infant, amb dificultats per a atendre les necessitats bàsiques de l'infant, amb estils educatius contradictoris...

### **Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:**

- V.2.1. Dificultats per a atendre les necessitats bàsiques
- V.2.2. Dificultats per a desenvolupar les funcions parentals
- V.2.3. Vincles afectius que dificulten la criança
- V.11.2. Antecedents de mesures de protecció a la infància

### **2.3.PROGENITORS SENSE CAPACITATS SUFICIENTS PER PORTAR A TERME LES FUNCIONS PARENTALS.**

Els progenitors no tenen capacitats suficients per portar a terme de forma adequada la funció nutrent, socialitzadora o educativa de l'infant.

**EXEMPLES:** Progenitors que ofereixen a l'infant una alimentació deficient, amb falta d'higiene, roba inadequada per a l'època de l'any, manca d'atencions mèdiques bàsiques, càstigs físics desmesurats, manca de límits, contenció, hiper o hipoestimulació, delegació continuada de la funció parental, models parentals adultistes (les necessitats i els desitjos dels adults passen per davant de les necessitats de l'infant) o supervivencials (el seu objectiu principal en la parentalitat és la mera supervivència de l'infant, la seva funcionalitat i l'adaptació al context immediat), freqüent manca de supervisió, que no capten o

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 8 de 29



no interpreten de manera adequada les demandes comunicatives que expressa l'infant, el seu estat d'excitació, no poden regular-lo ni poden respondre les seves necessitats, tenen en vigor una mesura de protecció a la infància en algun fill o filla, hi ha sospita de maltractament, risc greu o desemparament en el nucli familiar...

## **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.2.1. Necessitats bàsiques no cobertes

R.2.2. Manca d'habilitats per a desenvolupar les funcions parentals

R.11.3. Privació de llibertat

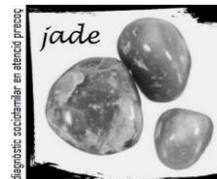
R.11.5. Mesures de protecció a la infància

A. Sospites de maltractament

B. Risc greu o desemparament

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 9 de 29



## 3. DINÀMICA FAMILIAR DEL NUCLI FAMILIAR

Considerem que la dinàmica familiar del nucli familiar condiona l'atenció adequada a l'infant i afecta un altre factor com són les funcions parentals.

### 3.1. PROGENITORS AMB CAPACITATS PER GENERAR UNA ADEQUADA DINÀMICA FAMILIAR.

Els progenitors tenen capacitats per generar un clima familiar adequat i cohesionar els integrants del nucli familiar ja que es comuniquen fomentant l'expressió clara d'acords i desacords i coherent entre allò verbal i no verbal; fan intercanvis afectius que fomenten l'estima, el respecte i el reconeixement; exerceixen l'autoritat fent complir regles i normes; i estableixen rols clars i estables.

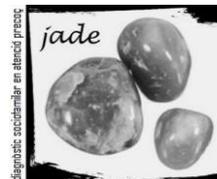
**EXEMPLES:** Progenitors que mostren patrons relacionals flexibles, vinculació positiva, senyals d'afecte, que marquen rutines i límits, que s'encarreguen de la cobertura de les necessitats, que preserven, que protegeixen, que es mostren amorosos, amb els rols familiars endreçats, que generen vincles sans, amb comunicació fluida, que s'entenen les necessitats de l'infant, que existeix equilibri entre el desig individual dels membres i les necessitats familiars, que es cobreix la funció de cura i atenció dels membres, que es respecte l'espai individual...

#### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

P.3.1. Dinàmiques familiars estables i definides

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 10 de 29



## 3.2. PROGENITORS AMB DIFICULTATS PER GENERAR UNA ADEQUADA DINÀMICA FAMILIAR.

Els progenitors tenen dificultats per generar un adequat clima familiar o cohesionar els integrants del nucli familiar ja que no tenen una comunicació que fomenti l'expressió clara d'acords i desacords o coherent entre allò verbal i no verbal; o no fan intercanvis afectius que fomentin l'estima, el respecte o el reconeixement; o no exerceixen l'autoritat fent complir regles i normes; o no estableixen rols clars i estables.

**EXEMPLES:** Progenitors que mostren dificultats de convivència, progenitor perifèric en la cura de l'infant, família "pandillera", convivència trigeneracional, canvis freqüents de cuidadors, separació conjugal, separacions per feina, mort d'un progenitor, família dividida, violència de gènere en parelles anteriors, antecedents de violència domèstica, antecedents de situació de desemparament, sobrecàrrega familiar, estrés...

### Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:

V.3.1. Dinàmiques familiars fràgils o inestables

V.3.2. Ruptures familiars

V.3.3. Antecedents de maltractaments

V.3.4. Desbordament familiar

## 3.3. PROGENITORS SENSE CAPACITATS SUFICIENTS PER GENERAR UNA ADEQUADA DINÀMICA FAMILIAR.

Els progenitors no tenen capacitats per generar un adequat clima familiar o cohesionar els seus integrants ja que tenen una comunicació que impedeix l'expressió d'acords i desacords o és incoherent entre allò verbal i no verbal;

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 11 de 29



fan un tipus d'intercanvis afectius que impedeixen l'estima, el respecte o el reconeixement; imposen regles i normes; o no estableixen rols clars i estables. Aquesta manca de capacitats pot generar-se a partir de la pèrdua d'un progenitor, de la seva privació de llibertat, institucionalització, expatriació, procés migratori...

**EXEMPLES:** Progenitors amb part múltiple, adopció múltiple, alienació parental, violència domèstica, violència veïnal, mort d'un dels progenitors, control excessiu dels membres de la família, rols familiars confosos, es prioritza la satisfacció de les necessitats individuals per sobre de les necessitats familiars, exposició de l'infant a escenes de violència, antecedents de violència masclista, ús de l'infant en la relació entre els adults, triangulació, relacions de coalició, amb retirada de la guarda d'un fill o filla, amb suspensió de la pàtria potestat d'un fill o filla, amb expedient informatiu de l'EAIA...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:**

R.2.3. Vincles afectius inadequats

R.3.1. Dinàmiques familiars alterades o conflictives

R.3.2. Exposició de l'infant a escenes de violència

R.3.3. Pèrdua d'un progenitor

R.11.4. Conflictes derivats del conveni regulador de la guarda dels fills



## 4.NECESSITATS EDUCATIVES DE L'INFANT

Considerem que la satisfacció de les necessitats educatives de l'infant condicionen el seu desenvolupament. Entenem per necessitats educatives la necessitat de tot infant de rebre estímuls afavoridors adequats al seu desenvolupament esperat i que aquests estímuls poden provenir d'un centre educatiu o d'una mesura alternativa com ara els grups de criança, l'escolarització a casa o similars. Les necessitats educatives de l'infant afecten indirectament factors com ara les funcions parentals dels progenitors, la dinàmica familiar o la xarxa de suport del nucli familiar i, per tant, l'atenció adequada a l'infant es pot veure afectada.

### 4.1.INFANT AMB COBERTURA ADEQUADA DE LES SEVES NECESSITATS EDUCATIVES.

Infant que té una cobertura adequada de les seves necessitats educatives per un centre educatiu o una mesura alternativa.

**EXEMPLES:** Infant escolaritzat que assisteix puntualment i regularment a l'escola.

#### **Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:**

P.6.1. Infants escolaritzats

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 13 de 29



### **4.2. INFANT AMB COBERTURA INADEQUADA DE LES SEVES NECESSITATS EDUCATIVES.**

Infant que no té una cobertura adequada de les seves necessitats educatives per absentisme escolar, excés de permanència al centre escolar o manca de suport a les seves necessitats educatives específiques.

**EXEMPLES:** Infant que fa “matiners”, acollides i activitats extraescolars, que fa absentisme, retards...

#### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

V.6.1. Excés de permanència a l'escola

V.6.2. Absentisme escolar

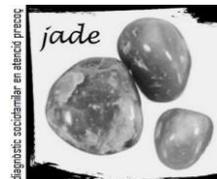
### **4.3. INFANT SENSE COBERTURA DE LES SEVES NECESSITATS EDUCATIVES.**

Infant que no té cobertura de les seves necessitats educatives per no estar escolaritzat o no tenir cap mesura alternativa.

**EXEMPLES:** Infant que no està escolaritzat, que no va a l'escola bressol malgrat s'ha orientat la família a portar-lo, que està en la institució educativa més de 8 hores, que fa més de dues activitats extraescolars al dia o que fa activitats extraescolars tots els dies...

#### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.6.1. Infants no escolaritzats



## 5.XARXA DE SUPORT DEL NUCLI FAMILIAR

Considerem la xarxa de suport del nucli familiar com un factor que pot ajudar a garantir una atenció adequada a l'infant i a minimitzar l'impacte de la resta de factors en casos de situacions de vulnerabilitat o risc.

### 5.1.NUCLI FAMILIAR AMB SUPORT DE LA XARXA.

Els progenitors compten o poden comptar amb el suport de la xarxa formal e informal per resoldre necessitats o dificultats del nucli familiar.

**EXEMPLES:** Progenitors que tenen relacions fluïdes amb la família, amics, veïns..., que tenen persones clau amb les quals poden comptar per emergències, que coneixen la xarxa de serveis públics i en fan ús quan la necessiten...

#### Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:

P.10.1. Xarxa de suport informal

P.10.2. Xarxa de suport formal

### 5.2.NUCLI FAMILIAR AMB SUPORT INSUFICIENT DE LA XARXA.

Els progenitors no tenen suport suficient de la xarxa formal o informal per resoldre necessitats o dificultats de la família.

**EXEMPLES:** Progenitors que tenen dificultats per relacionar-se amb la família, amics, veïns..., que tenen molt poques persones clau amb les quals poden comptar per emergències, que no coneixen la xarxa de serveis públics o no en fan ús quan la necessiten..., que estan en seguiment de Serveis Socials, que



## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 15 de 29

són nouvinguts, que tenen família extensa en una altra ciutat, que reben suport de la xarxa de serveis però les necessitats familiars superen la xarxa de suport...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

V.10.1. Xarxa de suport informal insuficient

V.10.2. Xarxa de suport formal insuficient

V.12.2. Seguiment de Serveis Socials

R.12.2. Seguiment de Serveis Socials

### **5.3.NUCLI FAMILIAR SENSE SUPORT DE LA XARXA.**

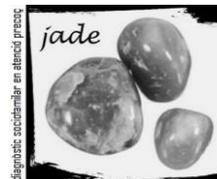
Els progenitors no tenen cap suport de la xarxa formal o informal per resoldre necessitats o dificultats de la família.

**EXEMPLES:** Progenitors que no tenen relacions amb la família, amics, veïns... o si la tenen és conflictiva, que no tenen persones clau amb les quals poden comptar per emergències, que fan un mal ús de la xarxa de serveis públics (no col·laboració, hiperfreqüentadors, ús conflictiu...)...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.10.1. Sense xarxa de suport informal

R.10.2. Sense xarxa de suport formal



## 6.BARRERES CULTURALS EN ELS PROGENITORS

Considerem que les barreres culturals en els progenitors poden afectar l'assoliment dels objectius a treballar des del CDIAP.

### 6.1.PROGENITORS SENSE BARRERES CULTURALS.

Els progenitors no presenten barreres culturals ni lingüístiques per assolir els objectius a treballar des del CDIAP.

Entenent per barreres culturals les dificultats per assolir objectius a treballar des del CDIAP a causa de factors culturals en els progenitors.

Entenent per barreres lingüístiques la incapacitat dels progenitors de comunicar-se en català o castellà.

**EXEMPLES:** Progenitors que són capaços de comunicar-se en català o castellà, que no presenten barreres culturals respecte als objectius a treballar des del CDIAP...

### Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:

Cap

### 6.2.PROGENITORS AMB BARRERES CULTURALS.

Els progenitors presenten barreres culturals o lingüístiques que dificulten assolir els objectius a treballar des del CDIAP.

Entenent per barreres culturals les dificultats per assolir objectius a treballar des del CDIAP a causa de factors culturals en els progenitors.

Entenent per barreres lingüístiques la incapacitat dels progenitors de comunicar-se en català o castellà.

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 17 de 29



**EXEMPLES:** Progenitors que presenten dificultats per comunicar-se en català i castellà, que mostren reticències en ser atesos per un terapeuta pel seu gènere, que mostren reticències a seguir orientacions terapèutiques atribuïbles a factors culturals...

## **Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:**

Cap

### **6.3. PROGENITORS AMB IMPORTANTS BARRERES CULTURALS.**

Els progenitors presenten importants barreres culturals o lingüístiques que dificulten greument assolir els objectius a treballar des del CDIAP.

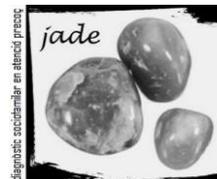
Entenent per barreres culturals les dificultats per assolir objectius a treballar des del CDIAP a causa de factors culturals en els progenitors.

Entenent per barreres lingüístiques la incapacitat dels progenitors de comunicar-se en català o castellà.

**EXEMPLES:** Progenitors que són incapaços de comunicar-se en català i castellà, que no volen ser atesos per un terapeuta pel seu gènere, que no volen seguir orientacions terapèutiques atribuïble a factors culturals...

## **Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:**

Cap



## 7. ESTAT DE SALUT DEL NUCLI FAMILIAR

Considerem que l'estat de salut de l'infant i del nucli familiar condiciona l'atenció adequada a l'infant i afecta indirectament tota la resta de factors.

### 7.1. NUCLI FAMILIAR EN BON ESTAT DE SALUT.

Els progenitors tenen capacitats suficients per proporcionar una atenció adequada a l'infant o, malgrat tenir algun problema de salut, aquest no els afecta de manera significativa a l'hora de proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Infant en bon estat de salut.

**EXEMPLES:** Progenitors que accepten el diagnòstic de l'infant o la família, que participen en la proposta terapèutica, amb un bon estat de salut, amb els seguiments mèdics corresponents, amb adhesió al tractament, implicació en el tractament, nucli familiar en situació de salut...

### Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:

P.4.1. Situació de salut

P.5.1. Compliment terapèutic

### 7.2. NUCLI FAMILIAR AMB PROBLEMES DE SALUT.

Els progenitors o altres membres del nucli familiar tenen trastorns o malalties cròniques o requereixen l'atenció de múltiples especialistes que afecta les capacitats dels progenitors per proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Infant amb trastorn, malaltia o síndrome que requereix l'atenció d'especialistes (fins a tres) o mesures tècniques a domicili.

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 19 de 29



**EXEMPLES:** Progenitors que no accepten el diagnòstic de l'infant o la família, amb falta d'adhesió al tractament, que no s'impliquen en la proposta terapèutica, amb absentisme, amb antecedents d'addiccions, amb antecedents de trastorns mentals, amb limitacions físiques, psíquiques o sensorials, amb visites mèdiques freqüents, ingressos hospitalaris freqüents...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

V.4.1. Problemes de salut en els progenitors

V.4.2. Problemes de salut en el nucli de convivència

V.4.3. Tractaments mèdics o terapèutics en el nucli de convivència

V.5.1. Dificultats en el compliment del pla terapèutic

### **7.3.NUCLI FAMILIAR AMB GREUS PROBLEMES DE SALUT.**

Els progenitors o altres membres del nucli familiar tenen greus trastorns o malalties cròniques o una situació de salut de risc vital o requereixen l'atenció de múltiples especialistes o la institucionalització en un centre de salut que incapacita els progenitors per proporcionar una atenció adequada a l'infant.

Infant amb greu trastorn, malaltia o síndrome que requereix l'atenció de múltiples especialistes (més de tres) o mesures tècniques complexes a domicili o amb probabilitat de mort.

**EXEMPLES:** Progenitors que s'oposen al diagnòstic de l'infant o la família, que no participen en la proposta terapèutica sense una recerca d'altres formes d'atenció amb afectació al desenvolupament adequat de l'infant, amb molt absentisme, amb addiccions, amb trastorns mentals (o sospites), amb importants limitacions físiques, psíquiques o sensorials, amb contínues visites mèdiques, ingressos hospitalaris llargs i freqüents, amb greus malalties, amb

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 20 de 29



atenció de múltiples especialistes, amb maneig de mesures tècniques a domicili, amb incapacitat per seguir les indicacions dels professionals, fet que posa en risc l'evolució de l'infant...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.4.1. Limitacions en l'autonomia dels progenitors

R.4.2. Manca de seguiment mèdic

R.4.3. Complexitat de la malaltia de l'infant

R.5.1. Incompliment del pla terapèutic



## 8.SITUACIÓ LABORAL DELS PROGENITORS

Considerem que l'ocupació laboral dels progenitors afecta directament les seves capacitats físiques, intel·lectuals i emocionals, la dinàmica familiar i el nivell econòmic del nucli familiar i indirectament afecta factors com ara la xarxa de suport, la salut o l'estat de la llar del nucli familiar i, per tant, l'atenció adequada a l'infant es pot veure afectada.

### 8.1.PROGENITORS AMB OCUPACIÓ LABORAL.

Els progenitors tenen una ocupació laboral legal i estable que els permet la conciliació familiar i laboral.

**EXEMPLES:** Progenitors del quals, com a mínim, un treballa de forma legal i estable, amb treball que permet la conciliació familiar...

#### Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:

P.7.1. Ocupació laboral

### 8.2.PROGENITORS AMB OCUPACIÓ LABORAL PRECÀRIA.

Els progenitors tenen una ocupació laboral precària quant a legalitat, estabilitat, remuneració (per sota de la renda mínima garantida) o dificultats per conciliar la vida laboral i la familiar.

**EXEMPLES:** Progenitors que tenen ocupació laboral marginal o il·legal, són temporers, eventuais, en cursos d'inserció laboral, cursos de capacitació laboral, amb sobrecàrrega laboral, jornades laborals molt llargues, horaris laborals irregulars que no permeten la conciliació familiar...

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 22 de 29



## **Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:**

V.7.1. Ocupació laboral inestable

V.7.2. Recerca activa de feina

V.7.3. Dificultats per a conciliar la vida laboral i familiar

## **8.3. PROGENITORS SENSE OCUPACIÓ LABORAL.**

Els progenitors no tenen cap ocupació laboral i tenen dificultats per a la inclusió laboral.

**EXEMPLES:** Progenitors que no tenen cap ocupació laboral, que tenen carència d'hàbits laborals, conflictivitat laboral continuada, pèrdues contínues de la feina, que no han entrat mai a formar part del mercat laboral, en situació d'atur de llarga durada, amb manca de permís de treball, mendicitat, tràfic d'estupefaents, robatoris, venedors ambulants, ferrallers, pidolaires, prostitució...

## **Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:**

R.7.1. Dificultats per a obtenir un mitjà de subsistència

R.7.2. Activitats delictives o marginals



## 9. NIVELL ECONÒMIC DEL NUCLI FAMILIAR

Considerem el nivell econòmic del nucli familiar com un factor que afecta directament factors com ara la xarxa de suport, la salut i l'estat de la llar del nucli familiar i, per tant, l'atenció adequada a l'infant es pot veure afectada.

### 9.1. NUCLI FAMILIAR SENSE DIFICULTATS ECONÒMIQUES.

Els progenitors compten amb ingressos regulars i no tenen dificultats econòmiques per fer front a les seves necessitats bàsiques ni per assumir despeses extraordinàries.

**EXEMPLES:** Progenitors amb ingressos econòmics fixes o regulars, bona organització econòmica, amb quotes de lloguer/hipoteca i els subministraments al dia...

#### Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:

P.8.1. Situació econòmica suficient

### 9.2. NUCLI FAMILIAR AMB DIFICULTATS ECONÒMIQUES.

Els progenitors compten amb ingressos irregulars o tenen dificultats econòmiques per fer front a les seves necessitats bàsiques o per assumir despeses extraordinàries o necessiten ajudes econòmiques temporals de tercers.



## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 24 de 29

**EXEMPLES:** Progenitors amb irregularitat en els ingressos, amb dificultats en la planificació econòmica, amb més despeses que ingressos, amb quotes endarrerides de lloguer/hipoteca o els subministraments, amb fort endeutament, beneficiaris de RMI, RAI, ajudes familiars...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

P.8.2. Suport econòmic de tercers

V.8.1. Ingressos irregulars

V.8.2. Mala distribució dels ingressos

V.8.3. Dependència econòmica de tercers

### **9.3. NUCLI FAMILIAR AMB PRECARIETAT ECONÒMICA.**

Els progenitors compten amb ingressos esporàdics i tenen greus dificultats econòmiques per fer front a les seves necessitats bàsiques.

**EXEMPLES:** Progenitors que no poden cobrir les necessitats bàsiques (aliments, roba, medicaments...), que no poden pagar els subministraments, que no poden fer front a la despesa vinculada a les dificultats del fill (medicació, alimentació especial, ajudes tècniques, tractaments...)...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.8.1. Situació econòmica insuficient

R.8.2. Ingressos econòmics d'activitats marginals



## 10.HABITABILITAT DE L'HABITATGE DEL NUCLI FAMILIAR

Considerem l'estat de l'habitatge del nucli familiar com un factor que afecta directament les capacitats emocionals dels progenitors i la dinàmica familiar i la salut del nucli familiar i, per tant, l'atenció adequada a l'infant es pot veure afectada.

### 10.1.NUCLI FAMILIAR QUE VIU EN UN HABITATGE EN BONES CONDICIONS D'HABITABILITAT.

El nucli familiar viu en un habitatge en bones condicions d'habitabilitat, salubritat, higiene i seguretat.

Entenent per habitabilitat que l'habitatge disposi mínim de cuina-saló-menjador amb sofà, taula, pica, fogons, forn i extractor.

Entenent per salubritat i higiene que l'habitatge disposi d'il·luminació natural durant les hores de sol i ventilació natural a l'exterior o ventilació forçada.

Entenent per seguretat que l'habitatge disposi d'instal·lacions d'electricitat, lampisteria d'aigua freda, calenta i aigüera i telecomunicacions segons la normativa vigent.

**EXEMPLES:** Progenitors amb cèdula d'habitabilitat, amb tots subministraments...

### Correlació amb els indicadors de l'ECCAP:

P.9.1. Estabilitat en l'habitatge

P.9.2. Habitabilitat del domicili

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 26 de 29



### **10.2. NUCLI FAMILIAR QUE VIU EN UN HABITATGE AMB PROBLEMES D'HABITABILITAT.**

El nucli familiar viu en un habitatge amb problemes d'habitabilitat, salubritat, higiene o seguretat.

Entenent per problemes d'habitabilitat que l'habitatge no disposi de cuina-saló-menjador, sofà, taula, pica, fogons, forn o extractor; o que el seu ús sigui compartit amb un altre nucli familiar.

Entenent per problemes de salubritat i higiene que l'habitatge no disposi d'il·luminació natural durant les hores de sol o ventilació natural a l'exterior o ventilació forçada.

Entenent per problemes de seguretat que l'habitatge no disposi d'instal·lacions d'electricitat, lampisteria d'aigua freda, calenta i aigüera o telecomunicacions segons la normativa vigent; o que sigui un pis ocupat o hi hagi una ordre de desnonament.

**EXEMPLES:** Progenitors que viuen en habitació de lloguer, en habitatge itinerant, amb amuntegament...

#### **Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:**

V.9.1. Condicions del domicili que poden afectar el desenvolupament de l'infant

R.9.1. Inestabilitat en l'habitatge

### **10.3. NUCLI FAMILIAR QUE VIU EN UN HABITATGE AMB GREUS PROBLEMES D'HABITABILITAT.**

El nucli familiar viu en un habitatge amb greus problemes d'habitabilitat, salubritat, higiene o seguretat.

## JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 27 de 29



Entenent per greus problemes d'habitabilitat que l'habitatge sigui una habitació amb dret d'ús de cuina i bany.

Entenent per greus problemes de salubritat i higiene que l'habitatge no disposi de cap tipus d'il·luminació o ventilació.

Entenent per problemes greus de seguretat que l'habitatge no disposi d'instal·lacions d'electricitat, lampisteria d'aigua freda, calenta i aigüera; o amb una ordre de desnonament immediat.

**EXEMPLES:** Progenitors en procés de desnonament, en ocupació d'un habitatge, amb manca de subministraments bàsics, amb insalubritat (brutícia, desordre continuat, manca de ventilació...), amb importants barreres arquitectòniques, barraquisme...

### **Correlació amb els indicadors de l'EUCAP:**

R.9.2. Inhabitabilitat en el domicili



## 11.ASPECTES LEGALS DEL NUCLI FAMILIAR

Considerem que alguns aspectes legals del nucli familiar poden condicionar l'exercici dels seus drets i llibertats i aquest fet pot afectar indirectament la resta de factors i, per tant, l'atenció adequada a l'infant es pot veure afectada.

### 11.1.NUCLI FAMILIAR EN COMPLIMENT DELS ASPECTES LEGALS QUE PODRIEN AFECTAR L'ATENCIÓ ADEQUADA A L'INFANT.

Els progenitors compleixen amb tots aquells aspectes legals que, en el supòsit de no fer-ho, podria comportar afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

**EXEMPLES:** Progenitors que tenen documentació en vigor (empadronament, llibre de família, DNI, targeta sanitària...), que tenen cap aspecte legal obert que comporti afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

#### Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:

P.11.1. Documentació vigent

P.4.2. Cobertura sanitària

### 11.2.NUCLI FAMILIAR AMB ASPECTES LEGALS OBERTS QUE AFECTEN L'ATENCIÓ ADEQUADA A L'INFANT.

Els progenitors tenen aspectes legals oberts que comporten afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

**EXEMPLES:** Progenitors que no tenen la documentació en vigor (empadronament, llibre de família, DNI, targeta sanitària...), amb inexistència d'un conveni regulador de la guarda dels fills fet que generador de conflictes...

# JADE: diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Página 29 de 29



## **Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:**

V.11.1. Absència del conveni regulador de la guarda dels fills

### **11.3.NUCLI FAMILIAR AMB ASPECTES LEGALS OBERTS QUE AFECTEN GREUMENT L'ATENCIÓ ADEQUADA A L'INFANT.**

Els progenitors tenen aspectes legals oberts que comporten greus afectacions en l'atenció adequada a l'infant.

**EXEMPLES:** Progenitors privats de llibertat, en llibertat vigilada, amb ordre d'allunyament d'un dels progenitors, amb incompliment del conveni regulador de la guarda dels fills fet generador de conflictes...

## **Correlació amb els indicadors de l'EUCCAP:**

R.11.1. Sense documentació vigent

R.11.2. Sense gestió de la documentació legal de l'infant

R.4.4. Manca de cobertura sanitària