

alimara

Col·lecció IMAS

Número

70

Novembre 2024

Revista d'Innovació i Metodologia en Afers Socials



Innovació i Metodologia en Afers Socials

Número 70

Edició electrònica: novembre 2024

www.revistaalimara.net

ISSN: 2659-5273

Edita:

Consell de Mallorca

Departament de Benestar Social

Equip editor:

Secció de Programes Transversals

(Servei de Planificació i Documentació)

Col·laboració:

Universitat de les Illes Balears (UIB)

Portada:

'Abstracte', ALAN D. Duckwitz

Adreça:

General Riera, 67. 07010 Palma

Tel. 971 760 762

*Els articles d'aquesta revista expressen
únicament l'opinió de les persones que els
redacten.*



REVISTA ALIMARA de l'IMAS està subjecta a una llicència de
Reconeixement-NoComercial_SenseObraDerivada 4.0 Internacional de Creative Commons

ÍNDEX

INTERVENCIÓ EN PATOLOGIA DUAL A LES UNITATS DE CONDUCTES ADDICTIVES (UCA). CAS CLÍNIC SOBRE TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT I CONDUCTES ADDICTIVES SOBRECONTROL I DESCONTROL	4
LA MUSICOTERÀPIA I ELS DIFERENTS ÀMBITS D'INTERVENCIÓ PSICOSANITÀRIA I EDUCATIVA	16
DETECCIÓ PRECOÇ. CRITERIS DE CRIBRATGE A L'ATENCIÓ PRIMERENCA	26
LA PARTICIPACIÓ CIUTADANA A PALMA: UNA APROXIMACIÓ A LA SITUACIÓ ACTUAL	47



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 70. Novembre 2024

ISSN: 2659-5273

Inclusió social

Intervenció en patologia dual a les unitats de conductes addictives (UCA). Cas clínic sobre trastorn límit de la personalitat i conductes addictives sobrecontrol i descontrol

Francesca Aulet Garau
Carmen Martínez Canto
Gema Montes García

Secció de Tractament de Conductes Addictives
Direcció Insular d'Inclusió Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials

Resum

Dia 29 de setembre de 2023 la Unitat de Conductes Addictives (UCA) Sa Riera va presentar el cas clínic «Trastorn límit de la personalitat i conductes addictives: sobrecontrol i descontrol» a la «24ª Escuela de Otoño» organitzada per Socidrogalcohol a Santiago de Compostela obtenint el premi al millor cas clínic.

Aquest reconeixement valora d'una manera molt especial la feina que s'està fent a les UCA que pertanyen a l'IMAS, que des de fa més de vint anys treballen des d'una perspectiva comunitària amb un enfocament bio-psico-social i amb un model centrat en la persona, oferint una intervenció individual i grupal de gran qualitat, tant directament amb els usuaris com amb les seves famílies.

Aquest cas és d'una dona jove amb diagnòstic de trastorn límit de la personalitat atesa a una UCA. És per aquesta raó que exposarem una breu introducció sobre el trastorn, per emmarcar clarament les característiques pròpies de la nostra pacient i poder entendre la seva evolució en el procés de deshabitució a la UCA.

Paraules clau

Trastorn límit de la personalitat, conductes addictives, regulació emocional, impulsivitat, control i descontrol.

Introducció al trastorn límit de la personalitat (TLP)

Definició

Els trastorns de la personalitat són un grup de trastorns mentals que presenten desviacions significatives respecte a la manera com les persones perceben, pensen, senten i es relacionen amb els altres.

El trastorn límit de la personalitat és un dels trastorns de la personalitat més freqüent, sobretot si atenem a la població amb conductes addictives.

Es caracteritza per la inestabilitat en les relacions personals, les dificultats amb la pròpia identitat i la distorsió de l'autoimatge, les emocions extremes i la manca de control dels impulsos. Sol aparèixer durant l'adolescència o a l'inici de l'etapa adulta i pot anar millorant amb l'edat.

Epidemiologia

La variabilitat de les presentacions clíniques del TLP fa que sigui, més aviat, infradiagnosticat, amb un retard de diagnòstic de 9,5 anys en dones i 6,5 en homes.

L'estudi epidemiològic és especialment complex, si ens referim als trastorns de la personalitat, a causa de la diversitat d'instruments d'avaluació per identificar el trastorn i l'existència de la comorbiditat, entre d'altres factors.

Els estudis que s'han fet en poblacions clíniques han mostrat que el TLP és el trastorn més freqüent en relació a altres trastorns de la personalitat, ja que la seva prevalença oscil·la de entre el 30 % i el 60 %.

La prevalença en la població general oscil·la entre l'1% i el 2%, entre l'11% i el 20% en pacients ambulatoris, entre el 18% i el 32% en pacients hospitalitzats en unitats psiquiàtriques i entre el 25 % i el 50 % dins de la població reclusa. Pel que fa a la distribució per sexes, és més freqüent en dones que en homes, amb una relació estimada de 3:1. (Javier Jaime Espinosa, Bertha Blum Grynberg, Martha Romero Mendoza, 2009). En aquest mateix sentit, en un estudi publicat en la *Revista Latinoamericana de Psiquiatria*, s'apunta que ens trobam amb un trastorn comú i freqüent en tot el món, amb una taxa global del 18 %, i s'observa que és més comú en població carcerària, en grups amb altres trastorns

psiquiàtrics i en pacients en entorns hospitalaris, en comparació amb la població general.
1

Quan es fa el diagnòstic, la majoria dels pacients tenen una edat compresa entre els 19 i els 34 anys i el nivell socioeconòmic és mitjà.

En relació amb els factors de risc, el 86.6 % (n = 13) varen respondre haver viscut algun tipus d'abús sexual, el 46.6 % (n = 7) separació de la parella, el 40 % (n = 6) parets divorciats, i el 6.6 % (n = 1) suïcidi d'algun familiar pròxim.

Curs clínic

El curs clínic dels pacients amb TLP és amb freqüència inestable, ja que poden presentar nombroses crisis, raó per la qual poden acudir a les urgències hospitalàries, però també poden acudir a unitats de desintoxicació i deshabituació per tractar simptomatologia relacionada amb l'abús de substàncies i/o addicions conductuals.

Pronòstic

L'evolució dels pacients diagnosticats de TLP pot ser variable, com ho és també la simptomatologia. Això no obstant, sí que s'evidencia una milloria d'aquests símptomes al llarg del temps. Quan tenen uns 40 o 50 anys poden adquirir una certa estabilitat, sobretot en les relacions personals, amb remissió parcial dels comportaments impulsius, sobretot el consum de tòxics, les conductes autolesives i la promiscuitat sexual.

Els símptomes de l'àmbit afectiu són els que menys remeten, ja que la majoria continuen presentant un afecte disfòric, dificultat pel control de les seves emocions i la hipersensibilitat en relació a les conductes dels altres.

Característiques personals

Les persones que presenten aquest trastorn, normalment perceben la vida com amenaçant i pateixen molt més que la resta de persones davant situacions que poden ser quotidianes. Experimenten canvis d'humor, pèrdua de confiança, por a l'abandonament, excessiva sensibilitat, conductes impulsives i autodestructives.

Aquest trastorn provoca problemes d'adaptació social, ocupacional i funcional i, sovint, s'associa a comportaments suïcides i autolesius.

1«Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión». Lucas Henrique Feitosa Soares, Anderson Sousa Martins da Silva, Eric Balliari, Giuliana Perrote, Felipe Ladeira Caracuel, Antonio Ventriglio, Julio Torales, João Mauricio, Cataldelli-Maia, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 2023).

Per altra banda, aquest perfil es relaciona molt amb conductes d'autoregulació emocional que deriven en el consum de substàncies o conductes addictives conductuals, per poder ser capaces d'atenuar la càrrega emocional i el malestar que els produeix la percepció del món que tenen, de vegades, incomprensible per a elles.

Criteris diagnòstics

A continuació es mostren els criteris per diagnosticar el TLP segons el DSM-5 (Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals).

La presència de 5 o més criteris pot indicar que té aquest trastorn:

Criteri 1. Esforços frenètics per evitar un abandonament real o imaginari (nota: no influeixen els comportaments suïcides o d'automutilació que es recullen en el Criteri 5)

Criteri 2. Patró de relacions interpersonals inestables i intenses caracteritzat per l'alternança entre els extrems d'idealització i devaluació.

Criteri 3. Alteració de la identitat: auto-imatge, o sentit de sí mateix, acusada i inestable persistentment.

Criteri 4. Impulsivitat en almenys dues àrees que són potencialment perjudicials per a sí mateix (exemple: despeses, sexe, abús de substàncies, conducció temerària, afartaments de menjar ...) (Nota: no influeixen els comportaments suïcides o d'automutilació que es recullen en el Criteri 5)

Criteri 5. Comportaments intensos, amenaces suïcides recurrents o comportament d'automutilació.

Criteri 6. Inestabilitat afectiva deguda a una notable reactivitat de l'estat d'ànim (per exemple: episodis d'intensa disfòria, irritabilitat o ansietat, que solen durar unes hores i, poques vegades, uns dies).

Criteri 7. Sentiments crònics de buit.

Criteri 8. Ira inapropiada i intensa o dificultats per controlar la ira (per exemple: mostres freqüents de mal geni, enuig constant, baralles físiques recurrents).

Criteri 9. Ideació paranoide transitòria relacionada amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

Etiologia

Les causes del TLP són en aquests moments complexes i indefinides, però diverses investigacions com la de Nice (2009) suggereixen diferents factors que podrien estar implicats en l'etiologia: vulnerabilitat genètica, alteració dels neurotransmissors i disfunció neurobiològica de la regulació emocional i l'estrès, factors psicosocials i desorganització d'aspectes del sistema de l'aferrament.

Factors biològics i genètics:

- Problemes en l'embaràs i part, parts prematurs o complicacions durant el part que podrien afavorir una vulnerabilitat emocional en el subjecte.
- Estrès psicològic en la mare durant l'embaràs i postpart (nins no desitjats, maltractaments o problemes de parella, depressió postpart greu, carència de vincle mare-fill).
- Vulnerabilitat emocional: desregulació del sistema límbic i d'alguns neurotransmissors, disrítmies en l'EEG.

Factors psicològics i ambientals i de l'entorn:

- Vivències traumàtiques durant la infància.
- Comunicació i regulació emocional inadequada en la primera infància.
- Actituds extremes en l'atenció i guia educativa: negligència o sobreprotecció, incoherència o falta d'acord entre els pares, rigidesa o extrema benevolència.
- Invalidació: resposta no apropiada o extrema en la comunicació d'experiències privades per part del nin o nina. Aquestes experiències poden ser ignorades, castigades o minimitzades.
- Adopció.
- Desestructuració familiar (separació, malalties psiquiàtriques o addiccions en els progenitors).
- Deficient o inexistent xarxa de suport fora de la família.

Factors socioculturals:

- Societats de ràpida modernització amb un ritme ràpid i canviant que no respecten la continuïtat generacional i afavoreixen la immediatesa i la impulsivitat sense garantir vincles segurs i estables.
- Societats que no proporcionen als seus membres normes clares i estables i que deixen els individus a mercè de les seves decisions, no admetent la dependència.
- Ambients urbans.

És important tenir en compte que cap d'aquests factors pot explicar el desenvolupament d'un TLP per sí mateix ni actuar com a causa. Simplement són factors que augmenten el risc i la possibilitat que el TLP aparegui.

Diagnòstic diferencial

El TLP s'associa amb freqüència amb altres patologies, amb les quals pot presentar comorbiditat:

- Trastorns afectius
- Trastorns per consum de substàncies
- Trastorns de la conducta alimentària
- Trastorns d'estrès posttraumàtic
- Trastorns d'identitat dissociativa
- Trastorns de dèficit d'atenció
- Trastorn bipolar

Tractament farmacològic

Molts pacients amb trastorn límit de la personalitat (TLP) reben tractament mèdic. No obstant això, no hi ha fàrmacs disponibles per tractar específicament el TLP. La majoria de les vegades es tria un determinat fàrmac per les seves propietats conegudes per tractar trastorns associats, o pels símptomes de la malaltia per TLP que també se sap que estan presents en altres afeccions, com els trastorns depressius, psicòtics o d'ansietat. (Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. 2010).

En el cas clínic que exposam destaca la combinació de TLP i addicció a l'heroïna. El tractament farmacològic indicat en aquest cas és amb agonistes opiàcics: metadona o buprenorfina.

La metadona, la potència analgèsica de la qual respecte de l'heroïna varia, segons alguns autors, entre 1/1 i 2,5-3/1, té un perfil molt proper a la idoneïtat: no produeix eufòria després d'administrar-la; permet administrar una sola dosi diària, en tenir una vida mitjana llarga; s'administra per via oral; tarda relativament poc temps en assolir la dosi d'equilibri (6 a 7 dies) i l'aparició de la síndrome d'abstinència després de la privació brusca és tardana (2 a 3 dies). L'experiència i eficàcia n'ha consagrat l'ús, còmode i segur. La vida mitjana plasmàtica de la metadona després de l'administració crònica és de 15 a 47 hores amb una vida mitjana de 25 hores. Per al tractament de manteniment, se solen utilitzar

preparacions magistrals en forma líquida per ingerir oralment (solució o xarop) o sòlida (comprimits o càpsules). Les formes líquides que es fan servir en els tractaments substitutius es preparen amb diferents graus de dissolució que van d'1 a 10 mg per ml. És el mètode de manteniment més utilitzat, es fa en centres especialitzats i els primers dies solen requerir la participació diària del pacient per recollir el fàrmac que després se li pot lliurar en dosi que s'administra ell mateix (take-home), o en altres situacions es pot intercanviar amb recepta de comprimit que es dispensa en farmàcia.²

Una alternativa al tractament substitutiu amb metadona és l'ús de la buprenorfina en altes dosis amb combinació amb naloxona. La buprenorfina és un fàrmac analgèsic, amb acció mixta agonista-antagonista, agonista parcial del receptor mu-opiàci, agonista del receptor delta i antagonista del receptor kappa. Està disponible per a ús sublingual, com a monoteràpia o en conjunt amb naloxona (aquesta combinació evita que aquets fàrmac s'injecti de manera recreativa, ja que per via oral la naloxona en dosis baixes gairebé no s'absorbeix, no té efecte, però, un cop administrada per via intravenosa, actua com a antagonista, cosa que bloqueja els efectes agonistes de la buprenorfina). Com la metadona, té una vida mitjana llarga, a més que es dissocia lentament dels receptors d'opiacis, cosa que disminueix la intensitat de la síndrome d'abstinència d'opiacis i retarda que aparegui. La buprenorfina té una equipotència analgèsica pel que fa a la morfina de 0,4/10, té un ampli marge de seguretat posològica, i els símptomes d'abstinència, després de la privació brusca, són lleugers. Atès que la buprenorfina té una fixació als receptors molt intensa, la seva acció és duradora i, per tant, la supressió comporta una abstinència d'aparició tardana i d'intensitat menor a la dels agonistes purs.

Actualment, disposam també de la buprenorfina solució injectable d'alliberació prolongada que està indicada en adults i adolescents a partir de 16 anys. Hi ha presentacions de 8 mg, 16 mg, 24 mg i 32 mg que s'administren de forma setmanal i presentacions de 64 mg, 96 mg i 128 mg que s'administren de forma mensual. Són solucions injectables en xeringues monodosi precarregades que s'administren mitjançant una injecció subcutània. S'han d'evitar altres vies d'administració, com la injecció intravascular, intramuscular i intravenosa. L'administració està limitada a professionals sanitaris. El metge és qui determinarà quina és la dosi correcta per al pacient i es pot ajustar segons com estigui funcionant el medicament.

2 «Guía de adicciones para especialistas en formación». Socidrogalcohol. Febrer 2018.

Explicació del cas

Dona de 30 anys. Natural de Mallorca. Estil educatiu predominant durant la seva vida sobreprotector amb sospita de possibles conductes negligents durant la seva etapa infanto-juvenil. És la major de dues germanes amb presència d'una gelosia no reconeguda, però sí sentida. Aparició de conductes extremes de tipus antisocial en l'adolescència i joventut iniciant consum de substàncies (amb escalada de consum al llarg dels anys), apertura de causes judicials, ingrés a presó, estades en cases ocupades, etc. Presència d'indicadors compatibles amb trauma. Antecedents de relacions afectives tòxiques i dependents, així com denúncies per violència de gènere en algunes d'aquestes relacions.

Antecedents psiquiàtrics

La pacient tractada presenta una sèrie de diagnòstics variats, posant de rellevància la importància de fer un bon diagnòstic de patologia dual a les UCA, per fer feina amb la idiosincràsia i complexitat d'aquest tipus de pacients.

- DSM 5. Trastorn límit de la personalitat.
- DSM 5. Trastorn per consum de cànnabis.
- DSM 5. Trastorn per consum d'alcohol.
- DSM 5. Trastorn per consum de cocaïna.
- DSM 5. Trastorn per consum d'opiacis.
- Possibles conductes compensatòries relacionades amb l'alimentació.

Característiques psicològiques més destacables de la pacient:

- Por a l'abandó (criteri 1 TLP).
- Tendència a establir relacions interpersonals de dependència (criteri 2 TLP).
- Alteració de la identitat i autoimatge inestable (criteri 3 TLP).
- Conductes impulsives, dificultat per poder-les gestionar (criteri 4 TLP).
- Amenaces i conductes auto lítiques (criteri 5 TLP).
- Inestabilitat de l'estat d'ànim (criteri 6 TLP).
- Baixa tolerància a la frustració. Sentiment de buit (criteri 7 TLP).
- Bona capacitat de vinculació.
- Tendència a la inadaptació.
- Conductes celotípiques, sobretot en relació a la figura paterna.

- Baixa autovaloració. Sentiments d'auto eficàcia molt baixos.
- Profecia auto complerta «si em sobrecontroles, em descontrol».
- Sobreprotecció. Locus de control extern.
- «Si no em volen pel que som, em volen pel que faig»: rol cuidadora/ salvadora.
- Relacions disfuncionals. Estancament en l'etapa adolescent. Possible dissociació. Expectatives poc realistes.

Recursos comunitaris i de salut utilitzats:

- Unitat de Conductes Addictives (UCA): des de la seva adolescència fins al moment actual.
- Projecte Home
- Grups d'educadors de carrer (GREC)
- Unitat de Problemes Relacionats amb l'Alcohol (UPRA)
- Unitat de Patologia Dual (UPD)
- Hospital de dia i ingressos hospitalaris d'urgència
- Atenció Prevenció Suïcidi (APS)
- Institut Balear de la Dona (IBDona)
- Entitats del tercer sector que treballen en atenció a la salut mental.

Tractament farmacològic:

- Quetiapina 200 mg 1 comprimit cada 8 h
- Quetiapina 25 mg 1 comprimit cada 8 h
- Trazodona 100 mg 1,5 comprimits cada 24 h (nit)
- Levonorgestrel/Etinilestradiol (100/20) mcg 1 comprimit cada 24 h
- Omeprazol 20 mg 1 comprimit cada 24 h

Intervenció interdisciplinària des de la UCA

El pla d'intervenció que s'ha fet a la UCA consisteix en seguiment mèdic i control de tòxics en orina, així com intervenció psicològica, reunions en xarxa, ajustament de la medicació habitual i inici de tractament amb buprenorfina solució injectable d'alliberació prolongada mensual amb bona resposta.

A continuació, s'explica amb més deteniment els objectius mèdics i terapèutics plantejats:

– *Objectius mèdics*

- Mantenir l'estabilitat de la pacient i estils de vida saludables.
- Supervisió i ajust de tractament farmacològic.
- Vigilar possibles efectes secundaris.

– *Objectius psicològics*

- Aconseguir una bona adherència al tractament i un bon vincle terapèutic.
- Ajudar a comprendre la seva patologia.
- Acompanyar en la identificació i gestió emocional.
- Fomentar l'augment de sentiments d'autoestima i autoeficàcia.
- Promoure la reflexió sobre estratègies de presa de decisions adaptades a la seva realitat
- Afavorir la disminució de la impulsivitat.

– *Tractament terapèutic*

La pacient presenta bona adherència al tractament vinculant amb els diferents professionals que intervenen amb ella sense aparent dificultat.

L'assistència de la pacient a un recurs especialitzat de salut mental i un altre d'addiccions de forma coordinada, juntament amb el tractament farmacològic, n'afavoreix l'evolució disminuint la freqüència del consum i aconseguint una major estabilitat en l'àmbit familiar, laboral i social. Compleix, totalment o parcialment, els objectius mèdics i psicològics plantejats.

D'altra banda, l'assistència d'un dels familiars de referència de la pacient a grups terapèutics familiars en marxa a la UCA ajuda a enquadrar la pacient i el seu entorn i facilita eines per afrontar determinades situacions de possible risc.

Conclusions

De l'anàlisi del cas podem concloure com a factors de possible èxit terapèutic, la correcta adherència al tractament i la planificació de la coordinació i el treball en xarxa entre els diferents serveis intervinents en el cas.

Referències bibliogràfiques

- Associació Americana de Psiquiatria, Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-5). 5a Ed. Arlington, VA, Associació Americana de Psiquiatria, 2014.
- Bowlby, J. El apegue. Editorial Paidós, 1988
- Feitosa Soares, Lucas Henrique; Sousa Martins da Silva, Anderson i Balliari Eric et al. «Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión». Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 2023.
- Bowen, S.; Chawla, N. i Marlatt, G.A. Prevenció de recaigudes en conductes addictives basada en mindfulness. Guia clínica. Editoriales Desclee de Brower, A.A, 2013
- González, A. Lo bueno de tener un mal día. Editorial Planeta, SA, 2020
- González, A. No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apegue y la disociación: Una guía para pacientes y profesionales, 2017, Anabel González.
- González, A. Trastornos disociativos. Madrid, Ed. Pléyades, 2010.
- González, A. i Mosquera, D. Trastorno límite de la personalidad y EMDR. Ed. Pléyades 2014.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. Motivational interviewing: Preparing people for change (2nded.). The Guilford Press, 2002.
- Mosquera, D. Diamants en brut (II). Manual psicoeducatiu i de tractament del trastorn límit de la personalitat. Programa estructurat per a professionals. 3a edició revisada. Madrid, Ed. Pléyades, 2019.
- Prochaska J.O. i DiClemente, C.C The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework . Dow Jones Irwin, Homewood, IL, USA, 1984.
- ESPINOSA, J.J., GRYNBERG, B.B., ROMERO MENDOZA, M. Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ISSN 0185-3325, Vol. 32, Nº. 4, 2009.
- Guía de adicciones para especialistas en formación. Socidrogalcohol, Febrer 2018.
- Stoffers, J; Völm, BA, Rücker, G et al. Tratamiento farmacológico para el trastorno límite de la personalidad. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Juny, 2010



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 70. Novembre 2024

ISSN: 2659-5273

Atenció socio sanitària i educació

La musicoteràpia i els diferents àmbits d'intervenció psicosanitària i educativa

Maria Antònia Barceló Porcel

M. Isabel Cuat Sintes

M. Sofia Ferrà Roca

Conselleria d'Educació i Universitats



El contingut de la REVISTA *ALIMARA* de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement No Comercial_Sense Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

En aquest article s'explica què és la musicoteràpia com a disciplina, les aplicacions i els beneficis d'aquesta a nivell general, per després anar concretant els diferents àmbits on s'ha demostrat que és positiva la seva implementació. En destaca l'àmbit comunitari, tant en la població general com en els col·lectius vulnerables; en l'àmbit educatiu, amb infants i joves tant amb necessitats educatives de suport educatiu com sense aquestes necessitats, i en l'àmbit sociosanitari.

Paraules clau

Música, musicoteràpia, emocions, benestar, qualitat de vida.

1. Aspectes teòrics i metodològics

El procés sonor inherent a la música, a més de la funció estètica, desperta una sèrie de sensacions i d'emocions que permeten reflectir sentiments que projecten el món intern, i connecten la part conscient amb la inconscient, els records i les associacions, i ajuden a contenir, integrar i reconstruir les experiències.

Aquesta experiència sensorial i emocional, que activa tantes àrees del cervell, és molt efectiva a nivell terapèutic; per aquest motiu, la musicoteràpia empra la música en diferents àmbits per millorar la salut emocional i mental i el benestar de les persones.

La musicoteràpia és una disciplina que, si bé d'alguna manera ja hi era present en l'antiguitat, en les primeres civilitzacions sumèria i egípcia, es va establir, com a tal, en la primera meitat del s xx als Estats Units, quan, després de la Primera Guerra Mundial, als

hospitals es varen començar a contractar músics per promoure el benestar emocional de les persones malaltes.

Hi ha diferents definicions del que entenem com a musicoteràpia, la Federació Mundial de Musicoteràpia (WFMT) la concep com a l'ús de la música i/o dels elements musicals (so, ritme, melodia i harmonia) per un/a musicoterapeuta qualificat/ada, amb un client o grup, en un procés dissenyat per a facilitar i promoure la comunicació, relacions, aprenentatge, mobilització, expressió, organització i altres objectius terapèutics rellevants, amb la finalitat de complir amb els objectius físics, emocionals, necessitats mentals, socials i cognitives. La musicoteràpia té com a objectiu desenvolupar potencials i/o restaurar funcions de l'individu per a què pugui aconseguir una millor integració intra i interpersonal i en conseqüència, una millor qualitat de vida mitjançant la prevenció, la rehabilitació o tractament" (1997, p.1)

La musicoteràpia és un tipus de psicoteràpia que empra la música, el so, els instruments corporals-sonors-musicals per establir una relació entre la persona terapeuta i el o la pacient o grups de pacients, permetent, mitjançant aquesta, millorar la qualitat de vida. (Benenzon, 2011)

Les aplicacions de la musicoteràpia poden anar adreçades tant a l'ús de la música per les seves qualitats restauradores inherents, i/o com al seu ús com a mitjà d'interacció o autoexpressió dins una relació terapèutica. (Peters, 1987)

Les dimensions que es treballen mitjançant la musicoteràpia són diverses, abraçant tot els processos cognitius, els psicomotors, així com la part socioemocional de la persona.

A nivell metodològic i com a aplicació pràctica, la musicoteràpia es pot aplicar de forma receptiva, escoltant música i experimentant les sensacions, emocions i vivències que genera aquesta escolta; o bé de forma activa, creant la pròpia música amb instruments o amb el propi cos.

Els beneficis de la musicoteràpia són diversos i diferents, segons els àmbits d'aplicació i els col·lectius: a nivell cognitiu, es poden apreciar millores en els processos atencional, memorístics i de llenguatge; a nivell físiocemocional, es pot experimentar una reducció del nivell d'ansietat; a nivell de motricitat, una major coordinació en la motricitat fina; i a nivell socioemocional, com a ajuda per treballar l'empatia i les interaccions socials.

Mercadall i Martí (2007) enumeren com a beneficis de la musicoteràpia la catalització de processos cognitius, com la memòria recent i autobiogràfica, el llenguatge i el funcionament cognitiu; la millora de la participació, la comunicació amb altres membres del grup, cuidadors o familiars; la potència d'interaccions positives i de cooperació; la creació d'un estat anímic i afectiu més positiu; i la reducció de problemes conductuals, com agitació, agressivitat, insomni o deambulació.

La musicoteràpia es pot dur a terme, tant a nivell individual com grupal, a diferents àmbits, que descriurem breument en els apartats següents de l'article, detallant un poc més algunes de les experiències que s'han duit a terme a Mallorca.

2. Àmbit comunitari

La musicoteràpia aplicada en l'àmbit comunitari aporta experiències significatives intrapersonals i interpersonals que ajuden a enfortir la inclusió, millorant les competències i promovent la connexió i la comunicació, activant el sentiment de comunitat (Schawbe i Hasse, 1998), aportant una experiència estructurada, fomentant l'autoregulació, reduint les conductes inadequades i augmentant la consciència social, la cooperació, la cohesió i les conductes prosocials. (Zahonero, 2007).

Els col·lectius on s'han duit a terme més experiències de musicoteràpia en l'àmbit comunitari són tant la població en general com els col·lectius vulnerables, amb condicions que impedeixen participar plenament en la societat, a causa de pobresa, manca de competències bàsiques i/o oportunitats d'aprenentatge permanent, o per motius de discriminació, entre d'altres (Comissió Europea, 2003).

Adreçat a la comunitat en general destaca el moviment de cercles de percussió, impulsat a nivell mundial pel Artur Hull, i també al nostre país, on un facilitador condueix una experiència grupal que, a través de la percussió i del ritme, genera sensacions positives de sinèrgies, pertinença i benestar comunitari.

Més específicament, exemples de col·lectius vulnerables beneficiaris de la musicoteràpia són les persones víctimes de violència de gènere, infants i joves en acolliment residencial (Medina i Jabato, 2020), persones amb addiccions, així com les persones institucionalitzades en centres penitenciaris (Chen, Hannibal i Gold, 2016).

A Mallorca s'han dut a terme alguns tallers de musicoteràpia a la presó de Palma a través de la Pastoral Penitenciària, amb els objectius de millorar els processos de comunicació, cohesió grupal i convivència, optimitzar l'autoconeixement i l'autoestima, reduir el nivell d'ansietat i hostilitat, canalitzar l'expressió emocional i millorar l'empatia; a l'avaluació que es va dur a terme després de les sessions es va apreciar una millora de la cohesió grupal, de l'empatia i la reducció de l'ansietat. (Cuart, 2023).

3. Àmbit educatiu

La musicoteràpia, en l'àmbit educatiu, aporta beneficis a tots els membres de la comunitat educativa, tant alumnat com personal docent. Pot ajudar el professorat a reduir l'ansietat i millorar el benestar emocional. Quant a l'alumnat, la musicoteràpia

ajuda a millorar el clima d'aula, resoldre conflictes, reduir l'ansietat i millorar la comunicació i l'expressió.

En aquest sentit es pot citar, com a experiència, la participació en sessions grupals de musicoteràpia de l'alumnat del programa de diversificació curricular a tercer i quart curs d'ESO d'un centre escolar a Madrid, on es va apreciar una millora de les relacions socials reflectida en els sociogrames, com una major integració i la unificació dels grups. (Pérez, 2017)

La musicoteràpia també aporta estratègies per a la pràctica inclusiva, i ajuda a millorar les funcions cognitives (atenció, memòria), la psicomotricitat i la inclusió dels infants i joves, tant amb necessitats educatives especials com amb la resta de necessitats educatives de suport educatiu. Mitjançant una varietat d'experiències musicals terapèutiques (que no hem de confondre amb l'aprenentatge musical), es pretenen aconseguir uns objectius específics en relació amb les necessitats educatives detectades. (Pérez, 2017)

Una experiència desenvolupada a Mallorca, que guarda una relació estreta amb la musicoteràpia en l'àmbit educatiu, és la que es va a dur a terme amb uns instruments de percussió anomenats tambors xamànics a l'aula UECCO de l'IES Bendinat per part de dues pedagogues formades en aquesta metodologia, que dugueren a terme aquesta activitat com a part del currículum de l'aula amb tres sessions setmanals durant tres cursos escolars. Els resultats varen ser positius, especialment amb infants amb hiperactivitat, que es relaxaven amb la vibració produïda pels tambors.

Durant els cursos 2022-23 i 2023-24, aquestes dues professionals desenvoluparen el projecte amb tambors xamànics amb l'alumnat de tercer cicle d'educació primària del CEIP El Terreno, amb una periodicitat setmanal. Cada infant disposava d'un tambor i l'activitat es feia en petit grup (els grups es subdividien per poder aprofitar millor la dinàmica).

En cercle, com en l'experiència de cercles de percussió abans esmentada, executant uns determinats ritmes bàsics i escoltant i cantant diferents cançons originals de tribus dels nadius nord-americans, es treballaren els objectius següents:

- Coordinar la motricitat i l'expressió oral simultàniament, per augmentar la connexió entre els dos hemisferis cerebrals.
- Desenvolupar l'atenció i la concentració: afavorir l'escolta mútua dels participants per coordinar l'execució conjunta dels ritmes.
- Incrementar la percepció i discriminació auditiva.
- Reforçar l'autoestima fent una activitat musical amb èxit.

- Potenciar la creativitat i l'expressió artística per expressar
- emocions i sentiments mitjançant la percussió.

Els resultats obtinguts varen ésser molt positius, ja que es varen assolir els objectius proposats, i, a més d'executar i aprendre a controlar les diferents varietats dels ritmes i cantar les cançons, els infants que varen participar de l'experiència ara identifiquen les sensacions que produeix la vibració en el seu cos i en el seu entorn, són capaços de relaxar-se, calmar-se i captar les seves pròpies sensacions en silenci, al final de cada cançó. L'activitat també els ha produït diversió, alegria i emoció, ajudant-los a gaudir de la música i amb aquesta.

4. Àmbit sociosanitari

La implementació de la musicoteràpia als centres sanitaris és una realitat tant als Estats Units com a molts de països europeus (al Regne Unit i Alemanya, fins i tot, es cobreixen per la Seguretat Social les sessions, com a tractament complementari. (Aldridge, 2003).

Al nostre país, la implementació d'aquesta teràpia complementària als hospitals és relativament recent, malgrat que nombrosos estudis han comentat l'efectivitat de la musicoteràpia en l'àmbit sanitari sobre el benestar dels pacients i dels seus familiars. (Yáñez, 2011).

La musicoteràpia es pot dur a terme a molts d'indrets, a clíniques dentals, a centres d'atenció primària o a diferents àrees dels hospitals (neonatologia, pediatria, cures intensives, unitat del dolor, unitat de cremats, cirurgia, oncologia, rehabilitació...), també es pot dur a terme a les pròpies sales d'espera, així com amb els professionals que treballen en l'àmbit sanitari per a la prevenció de la síndrome d'esgotament professional.

La música pot ésser utilitzada en els diferents tractaments mèdics, majoritàriament per reduir l'ansietat o el dolor associat a la pròpia patologia o al tractament, podent començar a treballar, a mode preventiu, en els moments que envolten el diagnòstic o durant el tractament.

Les tècniques més freqüentment emprades són les audicions musicals (pregravades o en directe), la improvisació vocal o instrumental, el cant, l'execució d'un instrument, la composició i l'anàlisi lírica; en el quadre següent s'especifiquen amb més detall a la següent taula:

Taula 1. *Tècniques més emprades en les audicions musicals* (Serra, 2013, pàg. 62)

Tècnica	Funció de la música	Objectius terapèutics
Audició musical i anestèsia, analgèsia i/o suggestió	Servir com un audioanalgèsic, ansiolític o sedant	- Reduir el dolor, l'ansietat o l'estrès - Augmentar l'efecte de la anestèsia/analgèsia - Reduir l'estada hospitalària
Audició musical o participació amb exercici de la parla	Servir com a focus d'atenció i/o estructura per a l'exercici	- Reduir el dolor resultant del moviment físic - Augmentar la mobilitat - Augmentar les habilitats motrius - Disminuir el temps del part - Augmentar l'habilitat respiratòria
Audició musical o participació amb aconsellament	Iniciar i potenciar la relació terapeuta/pacient/família	- Reduir l'estrès/trauma/por relacionats amb una malaltia greu o terminal - Acceptar una discapacitat permanent, la mort - Potenciar interaccions eficaces en moments d'estrès - Manejar la malaltia i assumptes personals - Adaptar-se a un trasplantament d'òrgan
Audició musical o participació amb objectius educatius o de desenvolupament	Reforçar o estructurar l'aprenentatge per compensar els retards educatius i en el desenvolupament que experimenten els infants hospitalitzats	- Augmentar l'aprenentatge acadèmic - Augmentar la independència i potenciar el desenvolupament
Audició musical i estimulació	Estimular auditivament i augmentar la consciència d'altres formes d'estimulació, millorar la memòria	- Augmentar les respostes a estímuls - Augmentar la tolerància a l'estimulació - Reduir la depressió/ansietat per privació sensorial - Millorar la memòria recent i remota
Música i bioretroalimentació	Servir com a reforç o estructura per a respostes fisiològiques	- Millorar la consciència, l'autocontrol i el seguiment de l'estat fisiològic
Música i activitats de grup	Estructurar interaccions interpersonals agradables i positives	- Reduir la depressió/ansietat causades per l'aïllament - Augmentar sentiments de plaer i benestar

La musicoteràpia en l'àmbit mèdic pot proporcionar benestar i, en alguns casos, facilitar la recuperació de la salut. Diferents estudis (Lars, 2011) evidencien beneficis de la música sobre el dolor, l'estrès, el sistema immunitari i les funcions neurològiques, especialment en l'embaràs, la salut coronària, el càncer i la depressió. La musicoteràpia, en aquest sentit, promou la interacció entre els pensaments, les emocions, la conducta i

l'espiritualitat, i tot això repercuteix positivament en la salut.

En relació amb l'àmbit de la gent gran, la musicoteràpia aporta beneficis múltiples, tant per promoure un envelliment actiu i saludable, com per millorar la qualitat de vida de les persones que pateixen malalties neurodegeneratives.

Hi ha nombrosos estudis que mostren que la música enforteix la reserva cognitiva. En relació amb el funcionament cognitiu, existeixen dos tipus de reserva (Stern, 2009), la reserva cerebral i la cognitiva. La reserva cerebral és el substrat neurològic estructural que optimitza les funcions cognitives, que permet acumular un determinat dany cerebral abans que es presentin manifestacions clíniques. La reserva cognitiva és la capacitat per optimitzar el rendiment cognitiu mitjançant l'ús més eficient de les xarxes neuronals i la utilització de diferents estratègies cognitives.

És un concepte estretament lligat amb la plasticitat cognitiva, que consisteix a millorar el rendiment cognitiu de la gent gran quan les condicions en les quals s'ha de dur a terme s'optimitzen, com les situacions en les quals la persona està estimulada cognitivament.

La música és una d'aquestes situacions, i ja no tan sols l'estimulació i entrenament musical en etapes primerenques o mitjanes de la vida estan relacionats amb una major memòria episòdica i semàntica (Gooding [et al.], 2014), sinó que també, la iniciació amb instruments com, per exemple, el piano, en gent gran, està demostrat que millora les habilitats relacionades amb la concentració, la memòria de treball, la planificació i la velocitat perceptiva. (Bugas [et al.], 2007).

Centrant-nos ja pròpiament en musicoteràpia, els seus beneficis en el col·lectiu de gent gran són, entre d'altres, la millora de la motricitat, la reducció de l'ansietat, el reforç de la memòria recent i l'evocació de records emmagatzemats en la de llarg termini, la millora de la comunicació, la potenciació de la interacció social, les relacions interpersonals i la cohesió de grup, i la prevenció de sentiments de solitud i de problemes emocionals. (Poch, 1999).

Igbal i Olivia (2024) mostren, en les seves investigacions, canvis estadísticament significatius en les puntuacions de depressió i mesures de qualitat de vida en la gent gran que havia participat en sessions de musicoteràpia, mostrant la influència positiva d'aquesta disciplina sobre l'estat d'ànim i el benestar d'aquest col·lectiu de persones, així com a nivell qualitatiu sobre la promoció de l'expressió emocional, la connexió social i el creixement personal.

En gent gran amb malalties neurodegeneratives que afecten la memòria, la intervenció amb musicoteràpia en millora: l'activació sensorial i motriu, l'evocació de records,

l'orientació temporal i espacial, les relacions interpersonals i l'expressió i evocació de sentiments, i, així, també millora la sensació que tenen de benestar.

Són moltes les residències i els centres de dia, tant a nivell nacional com a nivell local, que implementen sessions d'aquest tipus, encara que seria necessari ampliar-les a tots, ja que, com s'ha pogut demostrar, els beneficis són molt positius.

5. Conclusions

Al llarg d'aquest article s'han explicat els beneficis de la música i la musicoteràpia en totes les etapes de la vida i en diferents àmbits i col·lectiu. Si bé les experiències dutes a terme a nivell comunitari, educatiu i sociosanitari han estat positives, seria necessari generalitzar aquest tipus d'intervenció a tots els centres, per poder ampliar a tota la població aquesta oportunitat, tan valuosa, de millorar la qualitat de vida i el benestar emocional.

Referències bibliogràfiques

- Aldridge, G. (1996). «A walk throug Paris». The development of melodic expression in music therapy with a breast-cancer patient. *The arts in Psychotherapy*, 23(3), 207-223.
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia. De la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Bugas, J. A.; Perlstein, W. M.; McCrae, C. S.; Brophy, T. S.; Bedenbaugh, P. H. (2007). Individualized piano instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. *Aging & Mental Health*, 11(4), 464-471.
- Comisión Europea. (2003). Informe conjunto sobre la inclusión social en el que se resumen los resultados del examen de los planes nacionales de acción a favor de la inclusión social (2003-2005). COM.
- Cuart, M. I. (2023). «Experiencia piloto de implantación de musicoterapia en el ámbito penitenciario y su posible influencia en la reducción de la ansiedad». *Nuba, Revista de la Sociedad Científica Española de Musicoterapia*, 1, 11-14.
- Iqbal, M.; Olivia, R. (2024). «Examining the Efficacy of Music Therapy in Alleviating Depression Among the Elderly.» *Jurnal Ilmu Pendidikan dan Humaniora*, 13(2), 121-131.
- Medina, M. A.; Jabato, R. P. (2020). «Aportaciones desde una propuesta de musicoterapia con adolescencia adoptada en acogimiento residencial en Bizkaia: de la improvisación musical

clínica a la cohesión grupal». Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (71), 53-74.

- Mercadal-Brotons; M. Martí Augé, P. (2008). Manual de Musicoterapia en Geriatria y Demencias. Monsa-Prayma Ediciones.
- Mercadal, M.; Martí, P. (2007). Aplicación de la musicoterapia en las demencias. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. (188), 119-126.
- Pérez, M. (2017). Efectos de la Musicoterapia en las relaciones sociales de grupos de adolescentes en un centro educativo, en Revista Electrónica Complutense de Investigación en Educación Musical, 18, 15, 175-191.
- Peters, J. S. (1987). Music therapy: An introduction. Charles C. Thomas, Publisher.
- Poch, S. (1999). Compendio de Musicoterapia. Barcelona: Herder.
- Schwabe, C.; Haase, U. (1998). Die Sozialmusiktherapie. Dresden: Akademie für angewandte Musiktherapie Crossen
- Serra, M. (2013). Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo. (Tesis doctoral). Barcelona: Universitat Ramon Llull.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. Neuropsychologia 47(10),2015-28
- UNIR Revista (2021). Fundamentos de la Musicoterapia: aplicaciones y beneficios <https://www.unir.net/humanidades/revista/fundamentos-musicoterapia/#:~:text=La%20musicoterapia%20utiliza%20la%20m%C3%BAsica,el%20bien%20de%20las%20personas.>
- Yáñez, B. (2011). Musicoterapia en el paciente oncológico. Cultura de los cuidados, 29. (57-73).
- ZAHONERO, A. (2007). «La atención a la diversidad desde la musicoterapia», Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, vol. 2, núm. 2, p. 218-235.

Desenvolupament infantil

Detecció precoç. Criteris de cribratge a l'atenció primerenca

Miguel Ángel Capó Juan

Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears.
Servei de Valoració i Atenció Primerenca. Conselleria de Famílies i Afers Socials.
Govern de les Illes Balears.



El contingut de la REVISTA *ALIMARA* de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement No Comercial_Sense Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Resum

Aquest estudi pretén construir Criteris de Cribatge a l'Atenció Primerenca (CCAP) com una eina àgil, objectiva i estàndard, per a la Unitat Diagnòstica Infantil d'Atenció Primerenca de les Illes Balears (Espanya). Es tracta de la primera proposta de criteris que contemplen els aspectes rellevants en la població de zero a sis anys per determinar la gravetat del trastorn o risc de patir-lo, i indicar la idoneïtat de la intervenció en els Serveis de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca.

La seqüència de l'estudi va requerir: revisió a PubMed, DIALNET, CINALH i APA PsycInfo; una anàlisi qualitativa després d'una taula rodona amb anàlisi DAFO i una anàlisi quantitativa descriptiva i de fiabilitat d'un qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP. Els participants a l'estudi (N=18) són els professionals i personal administratiu del servei. Després de la recerca es destaca que els CCAP són una eina útil, que utilitza un llenguatge comú per les diferents disciplines, i que genera consciència sobre la importància de la derivació en cada cas. El qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP mostra una fiabilitat consistent (0,812), obtenint una mitjana global de 4,39 sobre 5,00.

Paraules clau

Programes de cribatge diagnòstic, programes d'intervenció primerenca, desenvolupament infantil.

Introducció

L'Atenció Primerenca (AP) s'adreça a infants que tenen un trastorn del desenvolupament o que estan en risc de patir-lo. Precisament, és l'atenció que aconsegueix reduir el trastorn del desenvolupament per infants de zero a sis anys i les seves famílies ([GAT, 2000](#)). En línia amb això, l'article 26 de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat, fet a Nova York el 13 de desembre de 2006, ja destaca la importància de l'atenció a una edat primerenca. El terme "trastorn del desenvolupament" es refereix a un grup heterogeni de deficiències que donen lloc a limitacions funcionals substancials ([Kim, 2022](#)). Però, més enllà del trastorn, està el risc de patir-lo, i és aquest també, un fonament dins l'AP.

A Espanya, els inicis de l'AP es fonamenten sota drets constitucionals i lleis sobre discapacitat i promoció de l'autonomia. En concret, l'article 13 del Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, indica la necessitat d'iniciar programes d'atenció integral el més aviat possible. Així com la disposició addicional tretzena de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, per la qual es concedeix protecció especial als menors de tres anys. La garantia de l'AP, atorgada de manera autònoma en carteres de serveis comunitaris, i a nivell nacional a través de la Llei Orgànica 8/2021, de 4 de juny, de protecció integral de la infància i l'adolescència contra la violència, que en el seu article 12.5, confia a les administracions sanitàries i als serveis socials competents, a més dels educatius, que puguin garantir una AP de manera universal i integral.

Al nostre país, els estudis a l'àmbit de la Pediatria d'Atenció Primària situen al voltant de l'11% els infants de zero a sis anys, que presenten dificultats en el desenvolupament (Peña et al., 2022). La prevalença de possibles trastorns del desenvolupament varia segons l'edat i l'evolució dels protocols de detecció precoç. En alguns casos, és difícil determinar el trastorn, però malgrat això, s'ha d'objectivar el risc de patir-lo segons els criteris de cribatge establerts. Les inquietuds i observacions dels pares i l'avaluació de les fites ajudaran a la identificació de diferències, per la qual cosa, cal comptar amb la visió familiar per contrastar la visió professional (Ruper et al., 2023). Per això, la família és l'eix clau per poder fer un diagnòstic ràpid (Manea et al., 2015).

Alguns autors afirmen que el 10% de la població infantil de zero a sis anys hauria de ser objectiu de la xarxa d'atenció (Peña et al., 2022). Especialment, la detecció i la intervenció precoç poden reduir les possibilitats de futurs trastorns del desenvolupament i prevenir seqüeles secundàries (Chung et al., 2020). Així, en el cas de les Illes Balears, es considera una

prevalença mínima del 7% en menors de sis anys d'acord amb l'article 27 del Decret 29/2023, de 15 de maig.

Al mateix temps, cal determinar com cada comunitat organitza els seus recursos per evitar la duplicitat d'atenció. L'actuació en infants de zero a sis anys depèn actualment dels tres àmbits (social, sanitari, educatiu). Arrel de la coordinació interadministrativa es pot considerar que hi ha casos que no requereixen el suport de totes les administracions. No obstant això, la prevalença pot variar molt, considerant especialment l'article 36 de la Llei 9/2019, de 19 de febrer, que exposa la no duplicitat de diagnòstic ni de prestacions al mateix infant, tret de quan quedi explícitament justificat. D'aquesta manera, és necessari que la xarxa pròpia dels Serveis de Desenvolupament Infantil i Atenció Primerenca (SEDIAP), pugui gaudir d'una quota de sessions o places que es vagi ampliant d'acord les necessitats. Aquest fet, també permetria l'atenció a més infants, amb un augment de la prevalença, comptabilitzant infants dins la xarxa d'AP que es troben actualment atesos a altres àmbits.

D'aquesta manera, cal justificar i contrastar criteris ben definits per justificar el requeriment d'atenció en cada cas. De fet, moltes pràctiques pediàtriques encara no tenen processos de cribatge estandaritzats per identificar els infants amb retards en el desenvolupament (Frehn et al., 2023). En coherència, alguns estudis expliquen que els professionals necessiten conèixer i millorar la vigilància del desenvolupament, les proves de cribatge del desenvolupament, el coneixement sobre problemes de desenvolupament i els factors de risc (Kim, 2022).

El Pla d'Acció Estatal per a la Implementació de la Garantia Infantil Europea (2022-2030), aprovat pel Consell el juliol de 2022, estableix, com a mesura 24, de l'àmbit 1 de l'eix 2, el, "Desenvolupament d'un sistema integral de serveis d'AP que coordini les actuacions sanitàries, els serveis socials i educatius, i que inclogui un sistema d'indicadors de seguiment, avaluació i millora contínua", i com a mesura 23 "l'Acord en els Consells Territorials de Serveis Socials i Sanitaris sobre els serveis que haurien d'incloure la prestació pública d'AP, així com la seva qualitat, com a base mínima i igualitària per a tot l'Estat" assenyalant-se, com entitats responsable d'ambdues mesures, als Ministeris de Drets Socials i Agenda 2030 i de Sanitat, així com a les CCAA. I, en aquesta mateixa línia, s'estableix com objectiu 2.2, de l'àmbit 1 de l'eix 2, «Garantir l'accés d'AP a tots els infants. Garantir l'accés universal, gratuït i ràpid a l'AP, definit com un dret subjectiu, a tots els menors de sis anys" i com a fita mig termini, pel 2025, aconseguir un «Acord entre l'Administració General de l'Estat i les CA. sobre quins serveis comuns ha d'oferir el sistema d'AP a tot l'Estat i la qualitat d'aquests». En aquesta línia, els beneficis de la detecció precoç inclouen l'oportunitat d'una intervenció precoç, que ha demostrat que millora els resultats del desenvolupament i millora les habilitats adaptatives (Okoye et al., 2023).

La Resolució de 28 de juny (2023) de la Secretaria d'Estat de Drets Socials, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Serveis Socials i el Sistema d'Autonomia i Atenció a la Dependència, estableix la fitxa de ruta per a la millora de l'AP a Espanya sobre un marc comú d'universalitat, responsabilitat pública, equitat, gratuïtat i la qualitat que promou la creació d'un Grup de Treball Tècnic per elaborar documents de consens en cinc àrees temàtiques fonamentals:

1. Marc conceptual d'AP 2. Criteris comuns de detecció i prevenció; 3. Catàleg de prestacions i serveis essencials; 4. Estàndards de qualitat per a prestacions i serveis essencials; 5. Sistemes d'informació i coordinació.

Situació i context de l'estudi

Avui dia, molts països de l'OCDE ofereixen exàmens en àrees específiques de desenvolupament per cribratge i detecció precoç ([Rah et al., 2021](#)). Actualment, Espanya com a membre de l'OCDE, també ofereix seguiment del desenvolupament i exàmens de cribratge en algunes àrees, especialment en les sensorials. Cada comunitat atén a la seva pròpia organització normativa i de funcionament pel que fa a les unitats d'avaluació, així com les referides a la intervenció terapèutica de la xarxa d'AP.

En algunes comunitats hi ha unitats d'avaluació diagnòstica, que tendeixen a programar i emetre una resolució sobre si la prestació de serveis és adequada. A les Illes Balears, és la Unitat de Diagnòstic Infantil i Atenció Primerenca (UDIAP) que depèn dels serveis socials, la que realitza aquesta avaluació, programació i resolució administrativa. En altres comunitats, com Andalusia, els facultatius de les "Unitats d' Atenció Infantil i Primerenca" prenen aquesta decisió des dels serveis sanitaris. Fins i tot, en algunes comunitats, com Catalunya, les famílies poden acudir a la valoració inicial als serveis, que, al seu torn, proporcionen també l'atenció terapèutica ([Capó-Juan, 2022](#)).

Les unitats d'avaluació diagnòstica són aquelles que, en funció dels seus criteris de cribratge, han de prescriure la necessitat de derivació a una SEDIAP per rebre la intervenció. Els programes de cribratge estandarditzats garanteixen que els infants es puguin trobar en seguiment per detectar signes primerencs ([Devescovi et al., 2020](#)). A les Illes Balears, les UDIAP que es conformen per professionals d'àrees de desenvolupament com la psicologia, la fisioteràpia, la teràpia ocupacional, la logopèdia, el treball social, entre d'altres, prescriuen aquesta necessitat. Així, en cada cas, quan una família sol·licita una valoració, es determina el tècnic o tècnics més adequats de la unitat d'avaluació diagnòstica, acompanyant aquesta avaluació per part del treballador social sempre que

sigui possible. D'aquesta manera, atès que encara no hi ha unitats d'avaluació diagnòstica a totes les comunitats autònomes amb professionals especialistes de diverses àrees del desenvolupament, delegant aquestes actuacions exclusivament a professionals mèdics, cal desenvolupar criteris estandarditzats que determinin la detecció i prioritat d'AP en diferents àmbits de desenvolupament.

Un document de referència és la Classificació internacional de funcionament, discapacitat i salut: versió infància i adolescència (CIF-IA), que descriu i avalua la salut i la discapacitat a través de criteris universals durant les dues primeres dècades de vida ([Organització Mundial de la Salut, 2011](#)). La CIF-IA, més enllà d'una classificació, va promoure una manera més social d'entendre i interpretar la discapacitat, els dèficits o deficiències, les limitacions en l'activitat i les restriccions en la participació a través de la seva interacció amb l'entorn. A Espanya, les unitats d'avaluació diagnòstica habituen a utilitzar la "Organización Diagnóstica en Atención Temprana (ODAT)", que és l'instrument nacional de taxonomia específica per classificar els trastorns del desenvolupament infantil. Va ser elaborat per la Federació Estatal d'Associacions de Professionals d'Atenció Primerenca ([GAT, 2004](#)). L'ODAT va considerar diferents taxonomies diagnòstiques utilitzades per als trastorns infantils i va incloure factors de risc (primer nivell) i trastorns (a un segon nivell) en una única classificació ([Belda, 2006](#)). Posteriorment, en un tercer nivell, en el 2011, va considerar els recursos i suports per a la intervenció. Aquesta eina és el punt de partida en l'avaluació inicial, la programació i la prescripció, per orientar-se posteriorment cap a la planificació, avaluació i la intervenció.

La literatura indica l'existència de programes específics de detecció precoç de dèficits auditius, autisme, entre d'altres ([Deng et al., 2022](#); [Steiner et al., 2018](#); [Kim, 2022](#)). Però cal destacar que no hi ha cap eina capaç de traduir aquest dèficit, sigui quina sigui la seva naturalesa, en una puntuació que determini la rellevància de rebre AP a la xarxa. És evident la importància d'un criteri comú, que porta al tècnic de la unitat d'avaluació diagnòstica d'AP, de qualsevol especialitat, a valorar la necessitat de la prescripció. Així mateix, es destaca la importància de derivar al SEDIAP el més aviat possible, amb la recomanació del perfil professional, la temporalitat i el tipus d'intervenció requerida en aquest moment. Tot i que es tracti d'una proposta de prescripció, amb caràcter obert i canviant segons les necessitats de l'infant i la seva família ([Capó-Juan, 2022](#)).

Necessitats d'estudi

Quan un tècnic de la UDIAP ha de decidir si deriva a un infant i a la seva família al SEDIAP, hi ha alguns punts de vista, que generen més o menys acord o desacord. És important establir uns "Criteris de Cribratge d'Atenció Primerenca" (CCAP), el més objectius possible,

que siguin requisits per a la derivació a tractament, i al seu torn, siguin coneguts pels professionals de l'àmbit educatiu, sanitari i dels serveis socials. Establir criteris generals es basa en una triple necessitat, d'una banda un ús adequat dels recursos, de l'altra per no generar desavantatges entre els diversos candidats a atendre, i finalment per tenir una eina en comú. Així, es generaria el mateix llenguatge diagnòstic per a qualsevol àrea de desenvolupament, per promoure l'autonomia i, a llarg termini, la participació i la inclusió en la comunitat. Per tant, l'objectiu principal de l'estudi és construir uns CCAP consensuats pels tècnics d'AP de les UDIAP de les Illes Balears (Espanya).

Mètode

Disseny de l'estudi

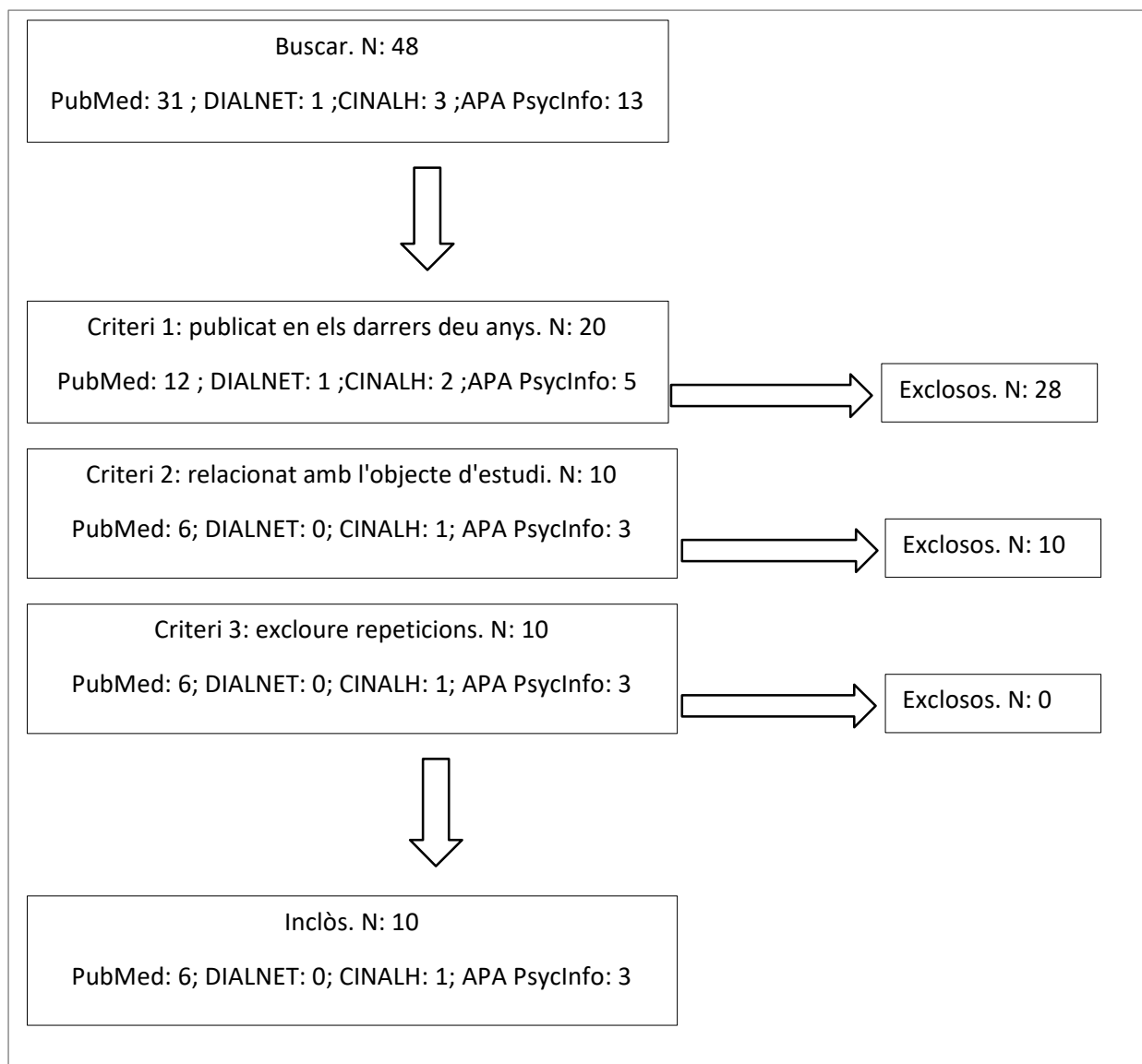
Metodologia de revisió bibliogràfica inicial en la primera fase de l'estudi per elaborar els CCAP, utilitzant mètodes sistemàtics i explícits per tal de minimitzar els biaixos, proporcionant així resultats més fiables a través dels quals es poden extreure conclusions i prendre decisions.

En una segona fase metodològica observacional i descriptiva es realitza inicialment una anàlisi qualitativa, després de taules rodones de debat amb grup de discussió, i s'extreuen conclusions mitjançant una anàlisi DAFO. Posteriorment, una altra anàlisi descriptiva quantitativa dels resultats obtinguts del qüestionari sobre la percepció d'utilitat dels CCAP.

Fases detallades de l'estudi

Inicialment, la revisió bibliogràfica es realitza al setembre de 2022 utilitzant les paraules clau en anglès: <<diagnostic screening programs, early intervention programs, infant development>> (programes de cribratge diagnòstic, programes d'intervenció precoç, desenvolupament infantil), amb l'operador booleà AND. Finalment, s'obtenen N:10 articles que s'utilitzen per elaborar els CCAP.

Figura 1. Diagrama



Després de la revisió, es preparen els CCAP. És tracta d'un instrument de sis preguntes, amb una puntuació de fins a dos punts per pregunta, que té com a objectiu respondre sobre la gravetat i la prioritat per derivar un infant i a la seva família a un SEDIAP.

A l'octubre de 2022, els CCAP es van presentar mitjançant estratègia de taula rodona, amb l'objectiu de debatre cada pregunta i la puntuació atorgada. Es van organitzar taules rodones a Mallorca, Menorca i Eivissa.

A les taules es va comptar amb el rol de moderador per part del cap de l'àrea tècnica, que va coordinar i vincular el grup de discussió generat a cada taula. El moderador va fer aportacions, va conciliar el treball dels membres, va indicar el torn de paraula, va anunciar els horaris i va mantenir un ambient de polèmica però de bona actitud entre els participants. Els expositors o participants dels grups de discussió eren tècnics de de la

UDIAP i personal d'administració i gestió del servei. Cada participant va exposar el seu punt de vista, d'acord la seva pròpia àrea de coneixement.

Les tres taules rodones van incloure una introducció i presentació de vint minuts dels CCAP per part del moderador. Posteriorment, va continuar el cos de discussió o debat, on els participants van indicar els seus punts de vista durant un màxim de deu minuts per participant, per discutir aquells aspectes o punts sobre els criteris que consideressin rellevants. La taula rodona va continuar amb una sessió de preguntes i respostes. Finalment, el moderador va presentar les conclusions recollides en el debat per incloure millores en els CCAP mitjançant una anàlisi DAFO. La taula rodona va durar tres hores a Mallorca amb dos descansos intercalats de quinze minuts. A Eivissa i Menorca la durada va ser d'una hora sense descans. La diferència de durada de les taules es troba relacionada amb el número de professionals de cada unitat.

Un cop millorats els CCAP, es van donar a conèixer a través de diverses ponències (desembre de 2022 i gener de 2023) a més de dos-cents professionals d'altres zones de les Illes Balears, especialment professionals de l'educació i de la salut que atenen a la mateixa població.

Posteriorment, es va desenvolupar un qüestionari de quatre preguntes sobre la utilitat percebuda dels CCAP, dirigit a professionals de la UDIAP. Pel qüestionari es van triar frases tancades i un mètode quantitatiu anònim (Abarca et al., 2013, p.128). Al qüestionari, els enquestats havien d'indicar la seva especialitat i després seguir els preceptes de l'escala Likert de l'1 al 5, segons l'acord, comunament utilitzada per mesurar opinions, actituds o comportaments. L'escala Likert constava de cinc opcions de resposta: dues opcions negatives (completament en desacord 1 i en desacord 2), una opció neutral o intermèdia (ni en desacord ni en acord 3) i dues opcions positives (d'acord 4 i completament d'acord 5). L'anàlisi dels resultats del qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP es va quantificar mitjançant la versió 28 de SPSS Statistics. Es van establir estadístiques descriptives (mitjanes i desviacions estàndard), així com la significació mitjançant proves no paramètriques (Kruskal Wallis) entre grups per especialitats i illes. La fiabilitat del qüestionari també es va estudiar utilitzant les variàncies (alfa de Cronbach) i el coeficient de correlació entre classes. També es va considerar el nivell d'acord entre els dos avaluadors, o jutges amb la intenció de classificar els ítems en categories mútuament excloents mitjançant l'índex kappa de Cohen. L'opinió considerada va ser la dels dos responsables del servei, l'àrea administrativa i l'àrea tècnica, que s'encarreguen del servei a nivell autonòmic.

Mostra

Els participants de l'estudi van ser el 100% de la mostra possible de treballadors en actiu de la UDIAP. Es recull l'opinió de N=18, dels quals 14 són tècnics (10 a Mallorca, 2 a Menorca i 2 a Eivissa i Formentera). Els altres 4 són personal d'administració i gestió (2 caps d'àrea a Mallorca, 1 delegat principal a Menorca i 1 delegat principal a Eivissa i Formentera).

Pel que fa als perfils professionals dels tècnics, especialistes en AP, dels quals trobem quatre titulats en psicologia (dos a Mallorca, un a Eivissa i Formentera, i un altre a Menorca), quatre titulats en treball social (dos a Mallorca, un a Eivissa i Formentera, i un altre a Menorca), tres fisioterapeutes a Mallorca, tres logopedes a Mallorca.

Resultats

Després de la primera fase de l'estudi (revisió) es van establir els sis CCAP: la percepció familiar, els signes d'alerta, el retard en el desenvolupament, el diagnòstic, el suport dins d'altres sistemes i l'edat.

Cap criteri per si mateix té més rellevància que la resta, amb una puntuació màxima de dos punts per criteri.

A partir de la segona fase de l'estudi i pel que fa a les taules rodones, es van modificar quatre criteris augmentant la puntuació i es van afinar alguns conceptes:

- Pel que fa al primer criteri, es va indicar que per a la percepció familiar s'havien d'utilitzar preferentment els "Qüestionaris d'Edats i Etapes" en tercera versió espanyola (Ages & Stages Questionnaires ASQ-3), i també que l'existència d'una àrea de risc (negra) era suficient per obtenir la puntuació màxima. En aquest criteri es va descartar utilitzar, de manera complementària, altres eines realitzades per a professionals i no per a la família.
- En referència al tercer criteri, es va debatre si la puntuació de retard en àrees de desenvolupament s'havia de concebre amb una puntuació superior o inferior a dotze mesos per als dos punts i més o menys de sis mesos per a un punt. Finalment, i a favor de la detecció precoç es va reduir a sis i tres mesos respectivament.
- Pel que fa al quart criteri, referit a l'aplicació de l'ODAT, es va considerar que marcar tants diagnòstics era complex, i generava un desavantatge en àrees del llenguatge, per la qual cosa es va decidir rebaixar el requisit a tres diagnòstics per obtenir la puntuació màxima del criteri.
- En el cinquè criteri, referent a l'atenció en el sistema educatiu, sanitari o d'un altre tipus, es va considerar que sense cap suport l'infant obtindria la màxima puntuació

del criteri. Ara bé, tot i ser un criteri molt condicionat segons cada situació, s'estableix:

- Si es rep una o dues hores de suport escolar setmanal, o una o dues sessions hospitalàries, es podria puntuar amb un punt, ja que l'atenció podria ser o considerar-se insuficient.
- Si es rep més de dues hores o sessions de suport, no s'obtindria puntuació perquè es podria considerar prou atès.
- Si l'infant està rebent una beca escolar per treballar el mateix que es pretén treballar a través d'AP, no s'obtindria puntuació perquè es podria considerar prou atès.
- Si la informació de suport extern no es declara i no es pot comprovar o verificar, no es puntuaria el criteri.

Pel que fa a la puntuació del qüestionari, el disseny inicial del qüestionari va establir que la prioritat de derivació seria en casos superiors a 10 punts. De la mateixa manera, també es va considerar important atorgar una derivació amb nivells de prioritat d'acord la puntuació. Així, un primer nivell (urgent i important) amb 11-12 punts i un segon nivell (urgent o important) de 9-10 punts. Ara bé, després dels grups de discussió (taules rodones) i per a què cap criteri per si mateix determinés la derivació, es va considerar que una puntuació ≥ 8 punts era més que suficient per determinar la derivació a un SEDIAP.

Finalment, després dels grups de discussió (taules rodones) es van extreure aportacions rellevants mitjançant una anàlisi DAFO. Determinant internament les debilitats de les puntuacions baixes en alguns criteris (opinions ja considerades), les fortaleces dels criteris indicant que reflecteixen tots els aspectes rellevants, i que, al seu torn, redueixen la incertesa en la derivació del tècnic ja que els criteris són una eina objectiva. Des d'una font externa, les oportunitats eren donar a conèixer els criteris a altres professionals per entendre quan un infant serà derivat a un SEDIAP, i es van determinar com amenaces que alguns professionals interpretessin que és tractava d'una eina per reduir les derivacions.

La taula 1 assenyala els sis CCAP finals després dels anàlisis i millores realitzades.

Taula 1. Criteris de Cribatge d'Atenció Primerenca. Proposta final.

Primer criteri. <i>Percepció familiar.</i>	Puntuació en els següents àmbits: comunicació, motricitat gruixuda, motricitat fina, resolució de problemes, social i individual. Test: Qüestionaris d'edats i etapes en castellà.	2 punts (una zona negra)
		1 punt (una zona grisa)
Segon criteri. <i>Observació tècnica.</i> Signes d'alerta o senyals d'advertència segons les situacions següents	-Situació 1. Si als 3 mesos el nen no somriu, no fixa la mirada, no agafa bé el cap, no reacciona als sorolls o sempre té les mans tancades. -Situació 2. Si als 6 mesos el nen no s'acosta a l'origen dels sons, no produeix sons, no té intenció d'agafar objectes, no utilitza cap de les mans, les cames sempre estan estirades i tenses, no exigeix a l'adult o no estira els braços per atrapar-lo. -Situació 3. Si als 9 mesos el nen no pot quedar-se quiet, no li interessa mirar ni tocar, o no balbuceja. -Situació 4. Si als 12 mesos el nen no és capaç de mantenir-se dret mentre s'aferma a un moble (encara que no camini), no busca comunicar-se amb l'adult, no explora noves joguines, no entén ordres senzilles (salutació, acomiadament, aplaudiment,...), no respon al seu nom o no produeix síl·labes repetides. -Situació 5. Si als 18 mesos el nen no camina, no sap el nom d'alguns objectes o persones familiars, no assenyal amb el dit, no participa en jocs d'imitació o no diu paraules intencionades. -Situació 6. Si als 24-36 mesos encara té un repertori comunicatiu pobre, dificultats per entendre ordres simples, dificultats presents en les relacions socials, tendència a l'aïllament i majors dificultats pràctiques i motrius gruixudes (salts). -Situació 7. Si un nen major de 36 mesos està estancat, sense cap tipus de progressió, a nivell evolutiu en una o diverses àrees segons la situació prèvia.	2 punts (compliment de la totalitat d'una situació)
		1 punt (compliment parcial d'una situació)
Tercer criteri. <i>Observació tècnica.</i> Retard evolutiu	S'observarà si el retard psicomotriu i del llenguatge és inferior o superior a sis mesos. Per a la seva determinació es poden utilitzar taules de desenvolupament estandarditzades, com la Haizea-Llevant, entre d'altres. En el cas dels nadons prematurs, l'edat es corregirà fins als 24 mesos.	2 punts (més de sis mesos)
		1 punt (més de tres mesos)
Quart criteri <i>Diagnòstic tècnic.</i> Aplicació de l'ODAT	Aplicació de l'Organització Diagnòstica en Atenció Temprana (ODAT), instrument nacional de taxonomia específica per classificar els trastorns del desenvolupament infantil. Les unitats d'avaluació diagnòstica marcaran els diagnòstics entre els tres primers eixos en el nivell I (factors de risc) i els tres eixos següents en el nivell II (trastorns disfuncionals).	2 punts (tres o més diagnòstics)
		1 punt (dos diagnòstics)
Cinquè criteri. <i>Atenció a altres serveis relacionats</i>	Es mesura el suport d'altres recursos: -S'atorgaran puntuacions més altes en els casos en què el nen no vagi a cap guarderia de la xarxa pública o no tingui cap tipus d'ajuda i així ho indiqui l'informe escolar. A més, el nen no rebrà suport educatiu. -Si el nen no rep suport suficient, ha d'estar marcat com a clarament insuficient en l'informe escolar o sanitari presentat. -Si el nen en el seu horari té més de dues hores setmanals o està rebent una beca escolar per treballar el mateix que es pretén treballar a través de l'Atenció Primerenca, el suport es considerarà suficient i no puntuarà en el criteri. Un nen que també rep atenció hospitalària (fisioteràpia) ja rep suport. ADVERTIMENT. Si no es declara la informació, el criteri es considerarà suficient.	2 punts (sense suport)
		1 punt (suport insuficient)
Sisè criteri <i>Edat de l'infant</i>	Es tindrà en compte l'edat del nen segons el següent: Prioritat 1. Infants de 0 a tres anys Prioritat 2. Infants de 3 a 4,5 anys Prioritat 3. Infants de 4,5 a 6 anys	2 punts (de 0 a 3 anys)
		1 punt (de 3 a 4,5 anys)

Nota. Cada criteri pot rebre tres puntuacions: 0, 1 o 2 punts.

Després dels debats de les taules rodones i un cop acordats el CCAP, els participants de l'estudi van completar el qüestionari, de quatre preguntes, de percepció d'utilitat dels CCAP. Les preguntes del qüestionari i els resultats obtinguts es mostren a les taules següents (taules 2 i 3).

Taula 2. Qüestionari de percepció d'utilitat CCAP. Descriptiu per zones (tècniques i administratives) i per població per el conjunt de l'illa.

Preguntes	Tota la mostra (N = 18)	Àrea Tècnica (N=14)	Àrea Administratiu i de gestió (N=4)	Mostra Mallorca (N=12)	Mostra Eivissa (N = 3)	Mostra Menorca (N = 3)
1. Conec i entenc cadascun dels sis GSC	4,17 (0,78)	4,36 (0,72)	3,50 (0,58)	4,25 (0,75)	4,00 (1,00)	4,00 (1,00)
2. Els GSC són una eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'Atenció Primerenca	4,33 (0,48)	4,43 (0,49)	4,00 (0,00)	4,42 (0,51)	4,33 (0,58)	4,00 (0,00)
3. Els GSC són una eina útil que permet generar més consciència de prioritats a l'hora de prescriure	4,50 (0,51)	4,50 (0,50)	4,50 (0,58)	4,58 (0,51)	4,67 (0,58)	4,00 (0,00)
4. L'SGC ha de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis	4,55 (0,61)	4,64 (0,48)	4,25 (0,96)	4,58 (0,67)	4,67 (0,58)	4,33 (0,58)
Total	4,39 (0,62)	4,48 (0,57)	4,06 (0,68)	4,46 (0,62)	4,42 (0,67)	4,08 (0,51)

Nota. Es mostra la mitjana i la desviació estàndard entre parèntesis. Si hi ha significància (test de Kruskal Wallis) entre diferents agrupacions, s'indica amb *.

Taula 3. Qüestionari de percepció d'utilitat CCAP. Descriptius per grups professionals (àrea tècnica)

Preguntes	Psicologia (N=4)	Treball social (N = 4)	Fisioteràpia (N = 3)	Logopèdia (N = 3)
1. Conec i entenc cadascun dels sis GSC	4,25 (0,96)	4,50 (1,00)	4,33 (0,57)	4,33 (0,58)
2. Els GSC són una eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'Atenció Primerenca	4,50 (0,58)	4,50 (0,58)	4,33 (0,57)	4,33 (0,58)
3. Els GSC són una eina útil que permet generar més consciència de prioritats a l'hora de prescriure	4,50 (0,58)	4,50 (0,58)	4,67 (0,58)	4,33 (0,58)
4. L'SGC ha de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis	4,50 (0,58)	4,75 (0,50)	5,00 (0,00)	4,33 (0,58)
Total	4,44 (0,63)	4,56 (0,63)	4,58 (0,51)	4,33 (0,49)

Nota. Es mostra la mitjana i la desviació estàndard entre parèntesis. Si hi ha significància (test de Kruskal Wallis) entre grups professionals, s'indica amb *.

A partir dels resultats de l'anàlisi del qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP, en tota la població d'estudi, es van calcular les mitjanes de les correlacions, entre les variables que formen part de l'escala, a partir de les variàncies (alfa de Cronbach) s'obté un resultat de

0,812 basant-se en elements estandarditzats. En aquesta línia, el coeficient de correlació interclasse amb la mitjana, calculant cada subjecte per separat, dona el mateix valor que l'alfa de Cronbach, havent utilitzat models de consistència de dues vies.

Pel que fa als resultats d'opinió de les enquestes als dos responsables del servei, l'àrea administrativa i l'àrea tècnica, utilitzant l'índex kappa de Cohen, es va considerar que, a partir de 4, segons l'escala Likert, significaria un sí, convertint aquesta puntuació en 10. D'aquesta manera, els dos avaluadors es van posar d'acord en dues preguntes (la segona i la quarta), tots dos en desacord en la primera pregunta, i en la quarta pregunta el primer avaluador va estar d'acord i el segon en desacord. La puntuació de l'índex indica 0,6957.

Discussió

La Resolució de 28 de juny (2023) destaca la detecció precoç de senyals d'alerta o situacions de risc per al desenvolupament, així com les intervencions terapèutiques i altres activitats dirigides als infants, la seva família i el seu entorn amb l'objectiu de millorar les condicions del seu desenvolupament. Així mateix, també pretén millorar la qualitat de les accions i serveis d'AP, i desenvolupar i utilitzar instruments o guies dirigides a agents comunitaris i a altres professionals implicats en AP per identificar factors de risc i/o signes d'alerta del desenvolupament que garanteixin l'eficàcia en la detecció de trastorns del desenvolupament o risc de patir-lo.

El primer criteri basat en la percepció familiar mitjançant l'ASQ-3 compta amb el suport de diversos resultats obtinguts, i altres estudis amb mostres poblacionals considerables (Valla et al., 2017; Nozadi et al., 2019; Carlos-Oliva et al. 2020;). Partir de l'opinió de la família es fa fonamental, ja que sovint detecten quan alguna cosa no va bé (Ruper et al., 2023). Per tant, l'ús d'una eina validada es converteix en l'expressió escrita de diverses percepcions. La tercera versió del "ASQ-3" (Squires i Bricker, 2009) es una excel·lent eina, àgil i ràpida de completar, en la qual la família ofereix la seva perspectiva de la situació de l'infant segons l'edat, en els àmbits de comunicació, motricitat gruixuda, motricitat fina, resolució de problemes i socio-individual. La lectura del qüestionari ens permet situar l'estat evolutiu de cada àrea en tres zones. Una zona de puntuació blanca on l'infant està per sobre de les expectatives, una zona de puntuació grisa on l'infant està just per sobre de les expectatives o una zona negra que indica que s'està per sota de les expectatives. Romero-Otalvaro et al., (2018) van establir una sensibilitat del 88%, especificitat del 94%, com a valors predictius positius del 88% i valors predictius negatius del 96%. Diversos estudis destaquen la utilitat de l'ASQ-3 com a eina per detectar i predir el risc de trastorns del neuro-desenvolupament.

El segon criteri es basa en l'observació tècnica. Aquest segon criteri posa èmfasi en les situacions d'alarma en el neuro-desenvolupament sense centrar-se en el resultat d'una prova, convertint-se així en una visió pràctica del desenvolupament. Els senyals d'alerta es refereixen a un retard cronològic significatiu en l'aparició d'adquisicions evolutives, a la persistència de patrons que haurien d'haver desaparegut o a l'existència de signes anòmals a qualsevol edat (García Pérez i Martínez Granero, 2016). Els senyals d'alarma destacats en les set situacions del segon CCAP es contrasten amb el neuro-desenvolupament de l'infant (Medina Alva et al., 2015) i les escales evolutives. En qualsevol cas, cal destacar que un signe d'alerta no pressuposa l'existència d'un problema sinó que requereix una exploració i seguiment (Álvarez Gómez i Giner Muñoz, 2007).

La importància del tercer criteri es basa en l'observació tècnica del retard del desenvolupament per determinar si és superior a tres o a sis mesos. En aquest cas, es poden utilitzar taules de desenvolupament estandarditzades, com la Haizea-Llevant, que inclou 97 indicadors que es distribueixen en les àrees de socialització, llenguatge i lògica-matemàtica, manipulació i postura fins a cinc anys (Fernández, 1988).

Relacionat amb els dos criteris anteriors, un quart criteri tracta sobre el diagnòstic tècnic mitjançant l'aplicació de l'ODAT (Belda, 2006). L'ús de l'ODAT ha d'estar present donada la seva validesa i utilitat. L'ús de la CIF-IA no es va considerar en aquest criteri, ja que l'ODAT és més específica, operativa i àgil.

Un cinquè criteri es basa en si l'infant és atès dins del sistema educatiu, sanitari o d'un altre tipus. Les bases reguladores de la majoria de comunitats autònomes estan compromeses amb la bona gestió dels recursos, així com amb una transició adequada d'un sistema a un altre. La duplictat de recursos a diferents àmbits no ofereix una major garantia de millora. Per tant, un major nombre de sessions, sobretot quan ja hi ha atenció d'altres àmbits, no sempre es tradueix en millors resultats (Capó-Juan, 2022). Cal tenir en compte, que a partir dels quatre anys i mig, es recomana invertir en la transició al sistema educatiu mitjançant sessions d'AP. Així, al seu torn, la UDIAP i els SEDIAP han de gestionar bé els recursos per evitar que un infant en la mateixa situació i necessitat que un altre sigui atès amb menys suport (Decret 85/2010, de 25 de juny). En aquesta línia, un sisè criteri es centra en l'edat, entenent que l'AP s'adreça a infants de zero a sis anys, <<amb atenció prioritària als més afectats i als més petits amb un mateix nivell d'afectació>> i <<atesos per SEDIAP fins que els serveis generals puguin cobrir les necessitats assistencials, ja sigui educatiu, sanitari o social>> (Decret 85/2010, de 25 de juny). És precisament gràcies al potencial de la neuroplasticitat, major en els primers anys de vida, que s'indicaran processos susceptibles de modificació a través d'una intervenció terapèutica basada en una programació

específica (Martínez-Morga i Martínez, 2016; Kim, 2022; Capó-Juan, 2022). Així mateix, la Llei 39/2006, de 14 de desembre, concedeix protecció especial als menors de tres anys.

En relació a la taula 2 que mostra els resultats del qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP, per àrees (tècniques i administratives) i analitzant les mitjanes globals i descartant la mitjana de la primera pregunta de l'àrea administrativa (3,50), la resta de respostes senyalen una puntuació superior o igual a 4,00, destacant el resultat del qüestionari en el seu conjunt de l'àrea tècnica de Mallorca respecte l'àrea tècnica de Menorca. Així com l'àrea tècnica en el seu conjunt respecte a l'àrea administrativa. Finalment, la quarta pregunta sobre si el CCAP han de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis, s'obté de mitjana per tota la mostra la puntuació més alta (4,55). Aquest fet determina que es tracta d'una eina oberta i no estancada, que pretén evolucionar segons les necessitats i corrents de pensament. Tant la desviació estàndard com la variància determinen la dispersió de les dades, malgrat això, val la pena considerar que quan s'analitza la mitjana d'una mostra petita, la variació pot ser més gran per un petit canvi. D'aquesta manera, a partir de la desviació trobem que en la primera pregunta hi ha una major dispersió a Eivissa i a Menorca. Això podria ser indicatiu que en el moment de respondre el qüestionari els CCAP encara no es coneixien adequadament i, especialment segons la mitjana, l'àrea administrativa demostra un major desconeixement.

Diversos estudis emfatitzen la importància del coneixement sobre competències per als usuaris, intermediaris i productors/investigadors del coneixement per donar suport a la pràctica basada en l'evidència (Mallidou et al., 2017). Per aquest motiu, el personal administratiu també ha d'augmentar els seus coneixements com a part de l'equip, coneixent millor les eines podran informar i oferir una major qualitat de servei a l'usuari. Alguns autors indiquen que les eines d'avaluació, com a recurs vàlid i fiable per identificar el risc de problemes de desenvolupament, han de millorar (Canal-Bedia et al., 2015). Cal destacar el consens existent amb desviació estàndard (0,00), en dos grups, a la segona pregunta sobre la utilitat de l'eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'AP, determinant així que el personal avaluat entengui la intenció dels CCAP, fet que valida l'objecte d'estudi.

En relació amb els resultats descriptius per grups professionals (àrea tècnica), que es mostren a la taula 3, tots els resultats, tant per mitjanes de grup com per preguntes, són superiors o iguals a 4,33. La puntuació del grup de fisioterapeutes de la quarta pregunta destaca sobre la resta. Amb les mitjanes més altes destaca que els CCAP han de ser una eina susceptible de millora i oberta a canvis, tots els grups mostren resultats similars. En relació amb l'anàlisi, ni per població d'estudi per illa, ni per grup d'especialitat, aplicant la prova no paramètrica de Kruskal Wallis per a la comparació de mostres independents de

mitjanes, no es van obtenir resultats significatius. Aquest fet, és alhora positiu, ja que la mostra analitzada està en línia amb la conceptualització dels CCAP, de manera que són resultats normals, i que tot l'equip està d'acord en la presa de decisions.

En referència a l'alfa de Cronbach, els resultats també van mostrar que, si s'hagués eliminat qualsevol qüestió, la fiabilitat hauria disminuït. S'assenyala especialment en la segona pregunta que, quan s'elimina, la fiabilitat disminueix a 0,678. Per tant, observem la importància de mantenir les quatre preguntes en el seu conjunt. Segons la literatura, pel que fa al coeficient alfa de Cronbach, com més a prop està del número 1, més gran és la fiabilitat de l'instrument subjacent (Soler-Cárdenas et al., 2012). I, per tant, més coherents els elements entre sí, ja que el resultat obtingut de 0,812 indica una fiabilitat constant. Els índexs alfa de Cronbach es consideren satisfactoris quan són superiors a 0,70 (Romero et al., 2015). D'altra banda, cal tenir en compte que com més llarg sigui el qüestionari, major podrà serà l'alfa (Callejero-Guillén et al. 2020). Per tant, tenint en compte que el qüestionari analitzat consta només de quatre preguntes, es garanteix una forta fiabilitat dels resultats segons la mostra analitzada. En aquesta línia, el valor d'un coeficient de correlació intraclasse que determina la fiabilitat quan hi ha més de dos avaluadors indicaria una bona fiabilitat (Koo i Li, 2016).

Segons els resultats de l'índex Kappa de Cohen, dels dos avaluadors del servei van trobar un acord substancial, ja que segons l'índex, valors superiors a 0,695 indiquen un bon acord, demostrant així un coneixement i una comprensió similars respecte dels CCAP. D'acord Landis i Koch (1977), resultats superiors a 0,6 es consideren com a substancials i majors a 0,8 quasi perfectes. Cal assenyalar que els resultats haurien estat majors a 0,8 si a l'hora de considerar l'acord s'hagués fet a partir del 3 en escala Likert i no a partir del 4 com es va considerar.

Segons Al-Qabandi, et al. (2011) no hi ha instruments amb les propietats necessàries per garantir una detecció eficient. De fet, hi ha arguments en contra del cribatge universal centrats en les qualitats psicomètriques de les eines de cribatge i en els resultats del tractament aconseguits pels programes d'intervenció precoç. També hi ha controvèrsia sobre el cribatge en un context poblacional (Canal-Bedia et al., 2015). Per tant, els criteris proposats en aquest estudi no es basen en simples qualitats psicomètriques, sinó que ofereixen una visió àmplia basada en aspectes rellevants. És igualment útil per a professionals de diferents àrees i, a més, el temps d'inversió en el cribatge recollit pels professionals, és de 5-10 minuts un cop es coneixen les dades, fet que també pot afavorir la seva administració.

Finalment, s'ha de determinar que la intenció d'aquests criteris va més enllà d'una etiqueta diagnòstica, tenen com a objectiu determinar un cribatge que permeti iniciar la intervenció el més aviat possible. Aquesta eina podrà ajudar a garantir procediments de diagnòstic precisos i fiables, a donar suport a les famílies i a promoure la consciència i l'acceptació (Okoye et al. 2023).

Conclusió

S'assoleix l'objectiu de l'estudi, construint CCAP consensuats pels tècnics especialistes en AP de les UDIAP de les Illes Balears (Espanya).

El qüestionari de percepció d'utilitat dels CCAP mostra una fiabilitat consistent, obtenint una mitjana global de 4,39 sobre 5,00, podent indicar:

- Què, el personal tècnic coneix i entén cadascun dels sis CCAP.
- Que, els CCAP són una eina perquè qualsevol tècnic, independentment de la disciplina, pugui prioritzar la seva prescripció per a l'AP.
- Que, els CCAP són una eina útil que permet generar més consciència de prioritat a l'hora de prescriure.
- Que, els CCAP han de ser una eina susceptible de millores, oberta a canvis.

Referències bibliogràfiques

- Abarca, A., Alpízar, F., Sibaja, G. & Rojas, C. (2013). Técnicas cualitativas de investigación. San José, Costa Rica: UCR. <https://editorial.ucr.ac.cr/ciencias-sociales/item/2268-tecnicas-cualitativas-de-investigacion.html>
- Al-Qabandi, M., Gorter, J. W., & Rosenbaum, P. (2011). Early autism detection: are we ready for routine screening?. *Pediatrics*, 128(1), e211–e217. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1881>
- Álvarez Gómez, M.J., Giner Muñoz, A. (2007) Desarrollo psicomotor. *Rev Pediatr Aten Primaria*; 9:S57-64. <https://archivos.pap.es/files/1116-666-pdf/695.pdf>
- Belda, J.C. (2006). La ODAT: una herramienta para la Atención Temprana. *Informació Psicològica*, 87, 29-37. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/314/267>
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Hernández-Fabián, A., Magán-Maganto, M., Sánchez, A.B., Posada-De la Paz, M.(2015). De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. *Rev Neurol*;60 (Supl. 1):S25-S29. <https://doi.org/10.33588/rn.60S01.2015023>

- Callejero-Guillén, A.J., Soria-Ayuda, R.E., Capó-Juan, M.A. (2020). Cuestionario Básico de Satisfacción en Fisioterapia (CUBASAFI). Medicina Naturista; 14 (1):33-39.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7248973>
- Capó-Juan, M. A. (2022). PIAT: "Plan individualizado de atención temprana". Revisión, fundamentos y requisitos del documento. Revista Española de Discapacidad, 10(2), 229-238.
<https://www.cedid.es/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/580975/>
- Carlos-Oliva, D., Vitale, M. P., Grañana, N., Rouvier, M. E., & Zeltman, C. (2020). Evolución del neurodesarrollo con el uso del cuestionario de edades y etapas ASQ-3 en el control de salud de niños [Neurodevelopmental development with the use of the Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3) in monitoring children's health]. Revista de neurología, 70(1), 12-18.
<https://doi.org/10.33588/rn.7001.2019169>
- España. Illes Balears. Decreto 85/2010, de 25 de junio, por el cual se regula la red pública y concertada de atención temprana en el ámbito de los servicios sociales de las Islas Baleares. Boletín Oficial Illes Balears, 99, de 3 de julio de 2010.
https://www.caib.es/sites/transparenciaperconselleria/ca/n/decret_852010_de_25_de_juny_pel_qual_es_regula_la_xarxa_publica_i_concertada_datencia_primerenca_en_lambit_dels_serveis_socials_de_les_illes_balears/
- España. Illes Balears. Decreto 29/2023, de 15 de mayo, por el que se aprueban los principios generales y directrices de coordinación relativos al mapa, la provisión mínima de los servicios sociales, y la declaración de zonas de atención preferente en las Illes Balears. Boletín Oficial de las Islas Baleares, 66 de 18 de mayo de 2023.
https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_292023_de_15_de_maig_pel_qual_saproven_els_principis_generals_i_directrius_de_coordinacio_relatus_al_mapa_i_la_provisio_minima_dels_serveis_socials_i_la_declaracio_de_zones_datencio_preferent_a_les_illes_balears/
- España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
- España. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, 134, de 5 de junio de 2021
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
- Espanya. Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears.
https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/llei_92019_de_19_de_febrer_de_late_ncio_i_els_drets_de_la_infancia_i_ladolescencia_de_les_illes_balears/
- España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Observatorio Estatal de la Discapacidad (2020). Nota de prensa. Mujeres y hombres en España 2020: cifras de discapacidad Publicado 11/08/2022 <https://www.observatoriodeladiscapacidad.info/wp-content/uploads/NOTA-OED-INE-EDAD-HOMBRES-MUJERES-2022.pdf>
- España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030), aprobado por el Consejo en julio

de 2022. https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/docs/PlanAccion_MAS.pdf

- España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la atención temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad. Boletín Oficial del Estado, 163, de 10 de junio de 2023. <https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>
- España. Real Decreto 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, 289, de 3 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2000). Libro Blanco de la Atención Temprana. Documento 55/2005. Real Patronato sobre Discapacidad. https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/FDO625/libro_blanco_atenciontemprana.pdf
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2004).
- Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT). Real Patronato sobre Discapacidad. <https://www.atenciontemprana.com/wp-content/uploads/2015/09/ODAT.pdf>
- Fernández, E. (1988). El desarrollo psicomotor de 1.702 niños de 0 a 24 meses de edad. [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=135150>
- García Pérez, M.A., Martínez Granero, M.A. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0. p. 81-93. https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado 96, de 21 de abril de 2008. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6963>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. Journal of chiropractic medicine, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, 33(1), 159–174.
- Mallidou, A. A., Atherton, P., Chan, L., Frisch, N., Glegg, S., & Scarrow, G. (2017). Protocol of a scoping review on knowledge translation competencies. Systematic reviews, 6(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0481-z>
- Martínez-Morga, M., & Martínez, S. (2016). Desarrollo y plasticidad del cerebro [Brain development and plasticity]. Revista de neurología, 62 (Supl. 1), 3-8. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2016019>
- Medina Alva, M.D.P., Caro-Kahn, I., Muñoz Huerta, P., Leyva Sánchez, J., Moreno Calixto, J., Vega Sánchez, S.M.(2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en

el niño menor de cinco años. Rev Peru Med Exp Salud Publica ;32(3):565-73.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a22v32n3.pdf>

- Peña Segura, J.L., Abenia Usón, P., Alonso Curco, X., Vidal Valls, J., Ortiz Madiaveitia, S., Ponte Mittelbrunn, J. (2022). Atención temprana. Protoc diagn ter pediatr.,1:65-73.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07.pdf>
- Soler-Cárdenas, S.F., Soler-Pons, L.(2012). Usos del coeficiente alfade Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. Rev. Med.Electrón; 34(1): 1-6.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2012/me121b.pdf>
- Squires & Bricker. "Ages & Stages Questionnaire-ASQ-3 (versión española)". Paul H Brookes. Baltimore;2009. Disponible en: <http://www.bestkc.com/wp-content/uploads/2017/05/9-MESES-ASQ-SPANISH.pdf>
- Valla, L., Birkeland, M. S., Hofoss, D., & Slinning, K. (2017). Developmental pathways in infants from 4 to 24 months. Child: care, health and development, 43(4), 546–555.
<https://doi.org/10.1111/cch.12467>



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 70. Novembre 2024

ISSN: 2659-5273

Atenció comunitària

La participació ciutadana a Palma: una aproximació a la situació actual

Maria Antònia Froilán Jaume

Coordinadora del Servei de Participació Ciutadana
Ajuntament de Palma.



El contingut de la REVISTA *ALIMARA* de l'IMAS està subjecte a una llicència de Reconeixement No Comercial_Sense Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons

Solamente en la medida en que nos damos, en que nos exponemos y entregamos al mundo y a la tarea y a las exigencias que de él irradian en nuestra vida, solamente en la medida que nos preocupen los demás, lo que pasa fuera, en el mundo y en las cosas, y no de nosotros mismos o nuestras necesidades, solamente en la medida que realizamos una misión, cumplimos con un deber, damos un sentido a la vida, en esa misma medida, nos realizamos y consumamos nosotros mismos.

Víctor Frankl

Resum

Aquest article pretén donar una visió àmplia del que és la participació ciutadana i de les condicions que la faciliten o la dificulten.

En un marc més territorial, s'ofereix una perspectiva de la participació a Palma, promoguda per la Direcció General de Participació Ciutadana, adscrita a la Regidoria de l'Àrea de Serveis Socials, Educació, Participació Ciutadana, Joventut i Igualtat d'Oportunitats de l'Ajuntament de Palma; analitzant el paper dels professionals en el marc de l'administració local i des de la perspectiva de l'animació sociocultural.

Es realitza després un recorregut entre les diferents formes de la participació col·lectiva, especialment pel que fa al teixit associatiu i individual, sobretot als casals de barri, fent especial menció a la participació de persones i col·lectius en situació de risc i/o exclusió social.

Es conclou amb un reflexió del que implica la gestió de la responsabilitat social compartida.

Paraules clau

Participació ciutadana, animació sociocultural, responsabilitat social compartida, persones en risc d'exclusió.

Què entenem per participar?

Podem trobar moltes definicions sobre el que és participar. La Reial Acadèmia Espanyola defineix participar com “prendre part en alguna cosa”.

Si lligam el terme participació amb el de social o ciutadana podem entendre que participar implica conèixer, proposar, decidir, transformar...

Segons Viché (1989) “Participar és prendre part a la vida de la comunitat, en les seves decisions, en els seus conflictes i en les seves associacions. Participar suposa assumir les conseqüències de l'acció del col·lectiu.”

Per tant, considerem la participació social o ciutadana com la implicació individual en els projectes col·lectius. Una participació activa a la vida de la comunitat suposa un compromís amb les qüestions comunitàries, prendre part en les seves decisions, en les seves propostes, de les seves entitats i també dels seus conflictes i solucions.

Hem de comprendre, doncs, la participació des de la perspectiva de l'autogestió en tots els nivells de la vida social. D'alguna manera, participar és agafar la part de la vida social que ens correspon.

Des d'aquesta perspectiva, participar en les dinàmiques ciutadanes és, al mateix temps:

- Un deure social amb la col·lectivitat
- Un principi de pràctica democràtica

Per a participar, però, és necessari que es donin tres condicions: voler, saber i poder participar.

Quan parlem de voler participar, és la motivació que tenen les persones per participar. És un component individual i subjectiu que parteix de la necessitat de prendre part d'alguna cosa. Ho podem anomenar compromís i en diferenciem tres tipus:

- Compromís personal: lligat a unes motivacions íntimes per a un benefici personal
- Compromís social pal·liatiu: en aquest cas, l'individu es compromet a fer accions pal·liatives motivat per les conseqüències més evidents de la injustícia social: fam, drogodependències, discapacitats...

- Compromís social transformador: és el compromís que tenen les persones amb una idea de transformació social directa, de considerar que la seva participació pot contribuir a millorar una situació determinada.

Saber participar és tenir les habilitats i capacitats per a fer-ho. En aquest sentit, és important oferir formació al llarg de tota la vida per tal que les persones tinguin la capacitat de participar en qualsevol grup, comunitat, administració, etc.

En darrer terme, poder participar fa referència a tots els mecanismes i formes que els grups, entitats o governs faciliten per tal que les persones hi puguin participar.

Així, perquè un ciutadà o una ciutadana participi de les qüestions públiques, ha de tenir l'interès per fer-ho, les capacitats per poder exercir aquesta participació i l'oportunitat de fer-ho promoguda pels organismes públics que en facilitin els mitjans perquè aquesta es pugui donar.

L'existència, o no, d'aquestes tres premisses predeterminarà el nivell de participació real en què aquesta es donarà.

L'exercici de la participació és, sens dubte, l'exercici de la gestió i la responsabilitat social compartida. Tots els agents hi són implicats i, el que facin o deixin de fer, tindrà conseqüències en els resultats dels assumptes públics.

La participació ciutadana

Quan parlem de participació ciutadana entenem que és el dret de les persones d'intervenir, de forma individual o col·lectiva, en la definició, l'aplicació i l'avaluació de les polítiques públiques.

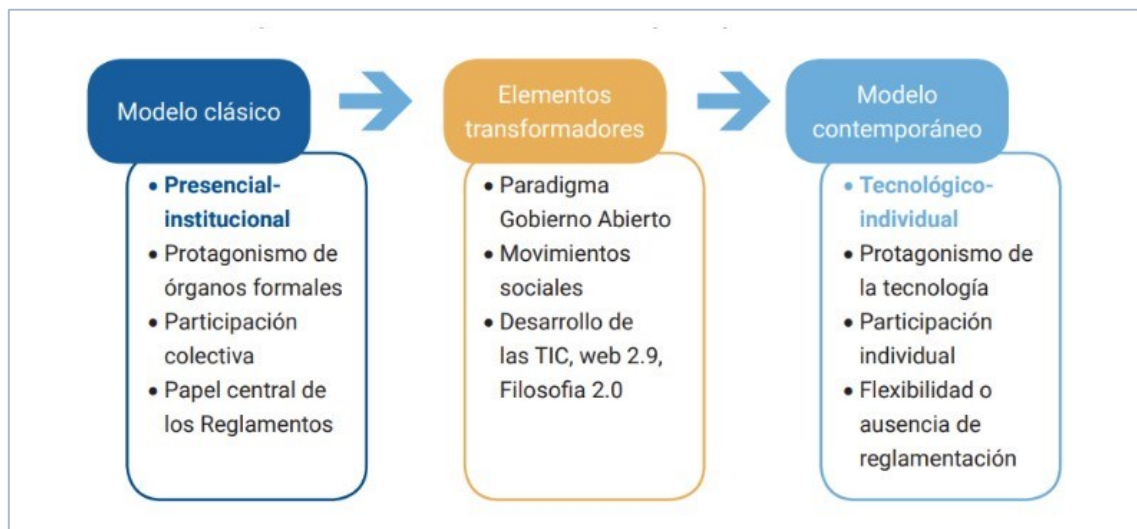
Es considera, per tant, que la participació ciutadana fa referència al conjunt d'accions o iniciatives que pretenen impulsar el desenvolupament local i la democràcia participativa mitjançant la introducció de la comunitat en l'exercici de la gestió pública. De nou, la dita participació ciutadana pot ser impulsada o frenada per qualsevol dels agents que hi intervenen.

Pel que fa als poders públics, la mateixa Constitució espanyola, a l'article 9.2, comprès al títol preliminar, assenyala que "correspon als poders públics de promoure les condicions per tal que la llibertat i la igualtat de l'individu i dels grups en els quals s'integra siguin reals

i efectives; remoure els obstacles que n'impedeixin o en dificultin la plenitud i facilitar la participació de tots els ciutadans en la vida política, econòmica, cultural i social.”

Aquesta facilitació de la participació en els diferents poders públics s'ha donat de diferents formes: des de models més clàssics a models més contemporanis passant per aquells que inclouen elements transformadors.

Esquema 1. *Models de participació ciutadana*



Font: Red FEMP

Tot i que s'han donat moltes passes en aquest sentit, en general, es considera que no s'han assumit unes vertaderes quotes de democràcia participativa.

A l'altra banda, pel que fa a la ciutadania, en els darrers temps, podem percebre una manca de confiança en les institucions públiques i en els seus i en les seves representants. És freqüent trobar a la ciutadania discursos de desil·lusió, de desconfiança o de total desconexió envers la política i els poders públics; creant-se el que es coneix com a desafecció democràtica.

Són moltes les causes que s'assenyalen amb relació a aquesta desafecció democràtica: l'existència de problemàtiques que esdevenen cròniques i a les que les institucions no hi troben respostes: atur, crisis econòmiques, preus de l'habitatge, etc., i que fan perdre la credibilitat en la classe política, la manca de mecanismes reals de participació ciutadana, el sentiment que no servirà per res el fet de participar i, en mode més genèric, el fenomen de la globalització i l'individualisme imperant que denoten una manca de compromís social per part de la ciutadania, etc.

Quan parlem de participació de col·lectius vulnerables o en risc d'exclusió social, les causes d'aquesta manca de participació social s'agreugen donat que sovint, no és la primera de les preocupacions de les persones en situació de vulnerabilitat i/o exclusió social i; molt sovint, han pogut desistir d'ella com a conseqüència de les seves trajectòries cap a l'exclusió social (Estany et al., 2012). Alguns autors (Paugam, 1992; Castel, 1997) n'assenyalen la desqualificació o la desafiliació com a principals causes. Així, és important que, des dels poders públics, no sols s'atenguin les vies que faciliten la participació; sinó que també cal atendre les necessitats de capacitació per saber participar i suscitar l'interès de tota la ciutadania, inclòs els col·lectius més allunyats de la vida social, perquè vulguin participar.

També el paper de les entitats socials juga un paper fonamental en fer de pont per aquest procés de restitució dels drets comunitaris.

Si ens centrem en els poders públics, en un govern local, la vinculació entre participació i democràcia adquireix un significat essencial, atès que és en aquest nivell de govern al qual els ciutadans i ciutadanes associen, amb major intensitat, el valor de la participació i al qual exigeixen, en conseqüència, uns estils de govern més participatius. També el nivell de demandes per part de la ciutadania és el més elevat, tenint en compte que és l'administració més propera a les persones.

La participació ciutadana a Palma

En el cas de Palma, com de segur que a molts altres municipis de Mallorca i les Illes, els dirigents s'enfronten a la gestió de la complexitat. Palma és una ciutat plural i cosmopolita que compta amb una llarga trajectòria de participació ciutadana, per una banda, i per l'altra, amb una societat cada vegada més demandant que espera que sigui el govern el que resolgui totes les dificultats considerant que, dipositant un vot cada quatre anys és suficient per a l'exercici de la quota de responsabilitat social que és compartida.

Així, els i les governants volen dur a terme les polítiques públiques pròpies del programa polític mentre es troben amb una burocràcia cada cop més exigent, amb un pressupost limitat i amb uns serveis tècnics i administratius que resten escassos per a gestionar tota la complexitat i demandes de la ciutadania. A Palma, aquesta darrera circumstància és especialment urgent pel que fa a una bona execució de les polítiques públiques.

Pel que fa a la participació ciutadana, és la Direcció General de Participació Ciutadana, actualment adscrita a l'Àrea de Serveis Socials, Educació, Participació Ciutadana, Joventut i Igualtat d'Oportunitats, la que té atribuïdes les competències en participació ciutadana. En el Decret de Batllia núm. 1290, de 3 de maig de 2024, de modificació de l'organització dels Serveis Administratius de l'Ajuntament de Palma, se li atribueixen, entre d'altres, les matèries de participació ciutadana en sentit estricte:

- Crear i fomentar processos i noves vies de participació ciutadana que permetin una interlocució bidireccional entre representants institucionals i organitzacions ciutadanes.
- Preservar el dret de participació ciutadana per a enfortir la democràcia municipal i garantir, a les associacions i al conjunt de ciutadania, el dret de participació en els òrgans i espais col·legiats.

Així, entre altres competències, trobem que els professionals assignats a aquest departament, tècnics i animadors socioculturals de Participació Ciutadana porten a terme els diferents projectes trobant, en l'animació sociocultural, els fonaments de la nostra pràctica diària.

El paper de l'animació sociocultural

El paper del personal tècnic en animació sociocultural a l'Ajuntament de Palma fa de pont entre l'administració i la ciutadania. En aquest sentit, quan parlem d'administració ho fem en un sentit ampli que inclou: l'execució de les funcions pròpies de la categoria laboral, l'execució de les competències atribuïdes a la Direcció General de Participació Ciutadana, l'aplicació de la normativa de referència, així com la relació amb el/la representant polític que estableix les directrius polítiques.

Així doncs, ens trobem amb un perfil molt polivalent, amb una àmplia varietat d'encàrrecs, que vetlla pel desenvolupament de la participació, de manera transversal, en l'exercici de les seves funcions i que, sovint, també ha de gestionar l'equilibri entre les demandes polítiques, les demandes ciutadanes i la mateixa capacitat d'execució de la unitat.

En un nivell més genèric, podem entendre l'animació sociocultural com "el conjunt de pràctiques socials que tenen com a finalitat estimular la iniciativa i la participació de les comunitats en el procés del seu propi desenvolupament i en la dinàmica global de la vida sociopolítica en el que estan integrades" (UNESCO, 1982).

Podem definir l'animació sociocultural com el conjunt d'accions realitzades per individus, grups o institucions sobre una comunitat (o sector de la mateixa) i en el marc d'un territori concret, amb el propòsit principal de promoure en els seus membres una actitud de participació activa en el procés del seu propi desenvolupament tant social com cultural (Trilla, 1997).

Una de les sistematitzacions més significatives de l'ASC és l'aportada per De Miguel (1995) que, tenint en compte les aportacions de diversos autors, estableix una sèrie de principis, finalitats i funcions de l'animació sociocultural que es poden sintetitzar en els següents punts:

- Afavorir la participació de les persones en la vida del grup i de la societat tractant de millorar la seva qualitat de vida.
- Afavorir l'establiment d'objectius acords amb les necessitats, aspiracions i problemes de cada individu i grup social.
- Viure en relació amb les altres persones des de l'acceptació i el respecte.
- Possibilitar l'intercanvi d'idees i la lliure expressió de cada persona.
- Atenuar el *handicap* sociocultural, amb l'objectiu que arribi a ser eliminat.
- Disminuir el buit sociocultural entre els diferents estrats socials.
- Crear les condicions adequades per a motivar a la població a revalorar les seves potencialitats.

Els professionals tècnics i animadors/es socioculturals de Participació Ciutadana exerceixen les seves funcions des de les finalitats rectores establertes per De Miguel, per tal de fomentar el desenvolupament i la participació ciutadana del conjunt de la ciutat, en general, i de les entitats veïnals i les seves federacions, en concret.

En definitiva, l'animació sociocultural és una estratègia d'intervenció que treballa per un determinat model de desenvolupament comunitari. Aquest model de desenvolupament, en, des de i per a la comunitat, té com a finalitats últimes promoure la participació i dinamització social, des dels processos de responsabilització dels individus en la gestió i direcció dels seus propis recursos.

Per tant, el paper dels tècnics i animadors socioculturals esdevé, en certa forma, com un catalitzador de processos: s'encarrega de la tramitació concreta que requereix qualsevol procediment: elaboració d'informes, projectes, convocatòries, contractes, etc. dels diferents programes i els posa al servei de la finalitat intrínseca per la qual es desenvolupen: el foment de la participació ciutadana.

A nivell formal, al Reglament orgànic de Participació Ciutadana, aprovat el 2004, i publicat al BOIB núm. 187, de 31 de desembre de 2004, és on s'estableixen les possibles formes de participació. En aquest sentit, reconeix els següents drets de la ciutadania i en regula les formes d'exercir-los que es concreta en:

- Dret d'informació
- Dret de petició
- Dret de participació en els òrgans de l'Ajuntament
- Dret d'iniciativa i proposta ciutadana
- Dret a la consulta popular
- Dret d'audiència pública
- La defensa dels drets dels veïns

Aquesta participació es pot donar, per tant, a títol individual, amb una participació directa, o col·lectivament, participant d'una associació sense ànim de lucre.

La participació col·lectiva

La participació col·lectiva pot donar-se a través de moviments, plataformes i, tradicionalment, a través de les entitats ciutadanes que formen part del teixit associatiu de la ciutat.

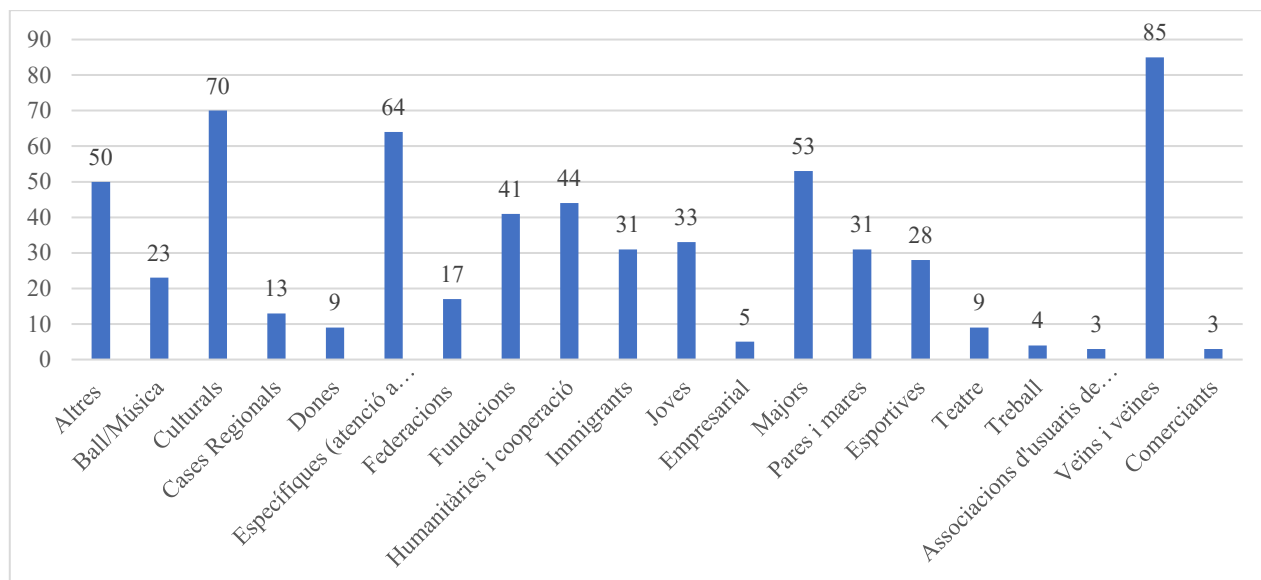
Una associació és una agrupació de persones que s'uneixen de manera voluntària, lliure i solidària per aconseguir unes finalitats d'interès general que han establert prèviament en els seus estatuts.

Des de Participació Ciutadana es porten a terme, principalment, dues vessants de treball amb les entitats ciutadanes.

Per una banda, en l'àmbit general, des de la Direcció General de Participació Ciutadana es gestiona el Registre Municipal d'Entitats Ciutadanes (d'ara endavant, RMEC), al qual s'inscriuen, voluntàriament, les entitats legalment constituïdes a l'empara de la Llei Orgànica 1/2002, de 22 de març, reguladora del dret d'associació i que tenen com a objectius la defensa, el foment o la millora dels interessos generals o sectorials del municipi de Palma. Al RMEC s'hi poden inscriure entitats veïnals, de pares i mares d'alumnes, culturals, esportives, recreatives, juvenils, sindicals, empresarials, professionals i qualsevol altra de les que formen la societat civil pamesana.

Si analitzem les entitats inscrites al RMEC podem veure que les entitats veïnals són les més predominants:

Gràfica 1. Tipologia d'entitats inscrites en el RMEC



Font: RMEC

Així, és des d'aquestes associacions de la societat civil que es canalitzen les inquietuds de tota la ciutadania i es potencia l'activitat cívica dels ciutadans; atès que, per poder gaudir dels diferents drets reconeguts en el Reglament Orgànic de Participació Ciutadana, així com per participar en els diferents òrgans de govern, cal la inscripció al RMEC. A més de la inscripció en el dit registre, per poder fer proposicions i fer intervencions al plenari, màxim òrgan de decisió municipal, cal estar declarades d'utilitat pública municipal.

Pel que fa a les persones, les associacions s'erigien, en un instrument de mediació i regularització que permet, a la vegada, l'autonomia i la integració social d'aquells individus que voluntàriament decideixen participar i cooperar de forma estable i continuada per a la consecució d'objectius d'interès comú i la satisfacció de necessitats comunes.

D'aquesta manera, les persones que participen d'una entitat ciutadana adquireixen també unes capacitats i habilitats que contribueixen al desenvolupament personal i social.

Si posem la mirada sobre les entitats específiques inscrites al RMEC, és a dir, les que ofereixen atenció a col·lectius específics, podem veure que, després de les entitats veïnals i les culturals, són les més nombroses. D'acord a la tipologia establerta per la inscripció de les entitats al RMEC, és en aquesta tipologia on principalment s'ubiquen les entitats que treballen amb persones en risc d'exclusió social; encara que també n'hi trobem a d'altres

com fundacions, federacions, etc. Aquest fet implica, també, la importància de posar la mirada sobre la participació de persones en risc d'exclusió social.

Per una banda, participar implica l'oportunitat de ser escoltats i d'expressar les pròpies necessitats. Així, la participació d'aquests col·lectius pot contribuir a fer arribar aquestes necessitats als poders públics i dissenyar polítiques i programes més eficients per atendre aquestes necessitats.

També a nivell personal, el fet de participar en qüestions públiques i comunitàries, afavoreix el desenvolupament d'habilitats, la competència social i, per tant, contribueix a augmentar la seva autoestima i apoderament. El fet de participar fomenta un sentit de pertinença, de formar part d'alguna cosa; ajuda a la creació de xarxes socials i de suport. El fet de participar, per tant, incideix en la pròpia integració a la societat i la pal·liació del propi risc d'exclusió social.

I pel que fa a la ciutat, incloure a persones en risc d'exclusió social en la presa de decisions contribueix a una societat més justa i inclusiva, on tots tenim l'oportunitat de contribuir i beneficiar-nos. En resum, la participació de persones amb risc d'exclusió socials i les entitats que els representen no sols és important per a elles, sinó que enriqueix a tota la comunitat. Com a ciutat, comptar amb un teixit associatiu fort suposa gaudir d'una democràcia més participativa, l'eficiència en la gestió dels recursos municipals i la millora i evolució com a ciutat.

A més dels drets de participació individual que pot exercir qualsevol persona, l'organització municipal estableix una relació sectorial amb les entitats ciutadanes; així, les entitats són ateses per la competència de l'àrea corresponent. Les entitats de gent gran per l'àrea competent en matèria de gent gran, les de comerciants per l'àrea competent en matèria de comerç, etc. Des de Participació Ciutadana es vehiculen les peticions i es dona suport a les entitats veïnals enteses com a representatives de tots els veïns i veïnes de cada un dels barris de la localitat.

Pel que fa al moviment veïnal, actualment, una part important del suport institucional es concentra en la dotació de recursos econòmics, materials i infraestructurals que faciliten que dites entitats puguin desenvolupar les seves funcions i activitats.

En aquest sentit, des de Participació Ciutadana es convoquen diferents línies de subvencions enfocades a donar suport a les iniciatives socioculturals, socioeducatives, festives dutes a terme per associacions de veïns i les seves federacions, així com de despeses necessàries per al seu funcionament o per la compra de béns inventariables que

formen part del patrimoni de l'entitat i que són necessaris per dur a terme les seves finalitats: ordinadors, telèfons, equips de música per activitats festives, etc.

Un altra passa important realitzada, fruit de les reivindicacions del moviment veïnal, són les cessions d'ús als casals de barri. La xarxa de casals de barri de Palma actualment està conformada per 34 centres i només 11 d'ells compten amb programació municipal. Aquest fet suposa que, a la resta, la majoria d'activitats hi són realitzades per entitats veïnals; fet que implica la cessió d'aquests equipaments socioculturals a la comunitat per a que hiuguin a terme les seves pròpies activitats.

Totes aquestes formes de participació suposen caires de promoure el referent citat a la constitució espanyola de facilitar la participació de tots els ciutadans en la vida política, econòmica, cultural i social. En aquests casos, vehiculades a través de les entitats veïnals.

Actualment, i quan es compliran vint anys de l'aprovació de l'actual Reglament de Participació Ciutadana, és un nou repte establir ponts al teixit associatiu per continuar avançant amb la participació ciutadana i que els mecanismes participatius es facilitin de manera transversal a tota l'organització.

La participació en els casals de barri de Palma

També des de Participació Ciutadana es gestiona la xarxa municipal de casals de barri.

Els casals de barri són equipaments socioculturals de proximitat a la població i el seu funcionament està regulat pel Reglament de Funcionament de Casals de barri, publicat al BOIB núm. 21 de l'onze de febrer de 2014. D'acord amb el dit Reglament, els casals de barri es destinen a:

- a) La prestació de serveis públics de caire cívic, social, cultural, comunicatiu, informatiu, d'aprenentatge, de lleure i de creació, a la ciutadania en general i a les entitats ciutadanes en particular.
- b) L'impuls d'activitats amb un objecte de la mateixa naturalesa que els serveis públics esmentats, i de les dirigides a la millora de l'autonomia de les persones i de les condicions culturals, socials, de convivència i de solidaritat.
- c) La promoció de la vida associativa i de la participació de la ciutadania en els assumptes de la comunitat

La funció dels casals de barri es concreta en els serveis que s'ofereixen des de la xarxa:

- La programació municipal d'activitats

- La cessió d'usos d'espais a entitats ciutadanes i altres serveis municipals

La programació municipal d'activitats és el vessant més conegut dels casals de barri per la participació individual. Des dels casals de barri s'ofereix una programació d'activitats diversa que inclou tallers i activitats relacionats amb: arts plàstiques, benestar físic i psíquic, alimentació i salut, dansa i cos, activitats educatives i creatives, activitats infantils i familiars, artesania, manualitats i restauració, activitats físiques i disciplines orientals, entre d'altres.

Aquest és el resum d'inscripcions per casals a les activitats del programa municipal de Palma durant el curs 2023-2024

Taula 1 *Nombre d'inscripcions a les activitats per Casals curs 2023-2024*

	Activitats realitzades	Places ofertes	Inscripcions realitzades
CB S'Escorxador	265	5361	5045
CB Pere Garau	36	518	511
CB Son Gotleu	31	404	367
CB Son Espanyol	3	36	35
CB S'Hostalot	9	144	120
CB Sant Jordi	16	250	209
CB Santa Catalina	211	3431	3141
CB Jonquet	40	584	552
CB Camp d'en Serralta	35	494	474
CB Sant Agustí	19	317	287
CB Son Cladera	20	333	264
Total	685	11872	11005

Pel que fa a la programació d'activitats municipals, l'Ajuntament de Palma facilita la participació en les mateixes amb l'aprovació d'uns preus públics que afavoreixin l'accessibilitat a aquestes activitats amb reduccions que arriben fins al 100% a les quotes de persones en situacions de vulnerabilitat social.

Taula 2. *Resum de rebuts i reduccions aplicades per Casals a les activitats municipals*

Curs 2023- 2024

Bonificacions:	CB Escorxada	CB Pere Garau	CB Son Gotleu CB Son Espanyol	CB Sant Jordi CB S'Hostalot	CB Santa Catalina CB Jonquet	CB Camp d'en Serralta	CB Sant Agustí	CB Son Cladera	Total
Preu públic sense reducció	4.796	672	434	328	3.677	516	300	263	10.986
Menors de 26 anys	37	8	1	6	50	13	0	5	120
Persones en situació d'atur	284	27	13	7	215	20	35	32	633
Persones amb discapacitat	306	17	31	9	183	9	13	22	590
Víctimes de violència de gènere	8	2	0	0	0	1	0	0	11
PNC / RMI / RSG / IMV	64	11	6	0	70	8	3	6	168
Víctimes de violència de gènere derivades SS	3	0	0	0	9	3	0	0	15
Adult a activitats familiars	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5.498	737	485	350	4.204	570	351	328	12.523

Com podem veure al gràfic de rebuts generats durant el curs 23/24, després del preu públic sense bonificació, les reduccions aplicades a les persones en situació de discapacitat són les majoritàries. Aquest fet significa que les persones en situació de discapacitat participen en moltes de les activitats que s'ofereixen als Casals de Barri.

També es bonifiquen de manera íntegra algunes activitats de caire social que pretenen fomentar la integració a la comunitat: alfabetització digital, castellà i català per a estrangers, etc. En aquests casos, la majoria de les persones usuàries dels tallers són persones immigrants.

Així, en un entorn cada vegada més globalitzat i individualista, són moltes les persones que troben al casal un lloc on refugiar-se de l'aïllament social i de la soledat, gaudint de la realització d'activitats tan diverses com el ball de bot, la cuina o la fotografia, per citar alguns exemples. Els casals es converteixen en espais de socialització, de trobada i de reunió a cada barri. No en va, els casals ofereixen també la possibilitat de crear "espais de trobada" per tal que persones que els uneix un centre d'interès comú puguin reunir-se entorn

d'aquesta afició o centre d'interès: pintura, costura, etc. sense la necessitat d'inscriure's a un taller.

Un altre servei que ofereixen els casals de barri és el servei d'informació i assessorament sobre altres tràmits d'àmbit municipal; això fa que els casals de barri s'erigeixen en centres de suport per a tota la ciutadania superant les barreres que l'excessiva burocratització i administració electrònica suposen per moltes persones.

Els casals de barri esdevenen un punt neuràlgic a cada barri on tenen seu: faciliten la connexió amb els veïnats i veïnades, la participació de qualsevol persona independentment de la seva edat, procedència o condició socioeconòmica. Els casals participen de la construcció de la comunitat, creant el sentiment de pertinença al barri; convertint-se, d'alguna manera, en la casa de tots i totes. Tothom hi té cabuda i tothom pot opinar, proposar noves activitats, etc.

Aquests espais de connexió, de creació de vincles amb els que es redueix l'aïllament social és especialment significatiu per a persones en risc d'exclusió social. La seva participació als tallers i activitats dels casals va més enllà de desenvolupar habilitats i talents entorn a un centre d'interès. Per exemple, a través de la pintura o la cuina poden gaudir i descobrir noves passions. Però els casals de barri pretenen ser molt més que una acadèmia de cuina o pintura. Des dels casals es pretén estimular la convivència i l'aprenentatge col·lectiu, creant les condicions favorables per la participació, l'intercanvi d'idees i experiències, l'aprenentatge mutu i el foment del sentit de grup i comunitat.

És per això que la participació de les activitats dels casals contribueix a enfortir l'autoestima dels i de les participants, els ajuda a sentir-se més segurs de si mateixos i contribueix el seu apoderament.

Si aquest apoderament és important per la ciutadania en general, cobra especial interès en les persones en risc d'exclusió social: els ajuda a sentir-se valorades i reconegudes. En ser part d'un grup, poden contribuir amb les seves perspectives i talents, la qual cosa els dona un sentit de pertinença i apoderament i això, en definitiva, contribueix al seu benestar emocional i a tendir ponts per a futures oportunitats de participació social.

Els casals també es beneficien d'aquesta diversitat; es gaudeixen d'un entorn més plural i inclusiu. A més, des dels casals es teixeixen les xarxes del barri, participant en les taules d'entitats de cada barri, col·laborant i donant suport a les iniciatives comunitàries i, sovint, essent promotors de les mateixes: celebració de les festivitats, intercanvis de roba i de joguines, diades i activitats al carrer, etc. Per tant, tota la comunitat es beneficia d'aquest ambient inclusiu i plural.

Tot aquest tràfec que té lloc en el dia a dia dels casals de barri no seria possible sense la calidesa humana i dedicació de l'equip de professionals que treballa a la xarxa de casals de barri: tècniques, dinamitzadors, informadores i altres més que, sense la seva tasca, els casals no esdevindrien entorns inclusius i diversos.

Conclusió

A mode de conclusió, podem afirmar que la participació és una poderosa eina tant pel desenvolupament personal com per a la inclusió social i, de nou, aquesta inclusió social és una responsabilitat social compartida. Correspon, doncs, a cada un i a cada una de nosaltres, des de la responsabilitat individual i social que ens pertoca, sigui quina sigui la nostra posició individual, l'entitat a la qual pertany o el càrrec que ocupem, vetllar per tal que l'apoderament, la participació i la inclusió, de persones i col·lectius, sigui una realitat de persones que són i es senten part de la ciutadania activa i reconeguda. I això és, des del moment en que vivim en societat, una responsabilitat compartida.

Referències bibliogràfiques

- Ander Egg, E. (1983). *Metodología y práctica de la animación sociocultural*. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia.
- Calvo, A. (2002). *La animación sociocultural: una estrategia educativa para la participación*. Alianza Editorial.
- Castel, R. (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Editorial Paidós.
- De Miguel, S. (1995). *Perfil del animador sociocultural*. Popular, Madrid.
- Estany, M. L., Baillergeau, E., & Thiot, M. (2012). *Los «peer workers» y la participación de las personas y colectivos en situación de exclusión social / Peer workers and the participation of socially marginalized individuals and groups*. Cuadernos de Trabajo Social, 25(2), 383.
https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n2.39623
- Franco Rebollar, P., Franco Ugidos, B., & Guilló Guirard, C. I. (2007). *De la participación como elemento de la intervención social, a la intervención social como instrumento para garantizar la ciudadanía activa*. Doc. Soc, 145, 115-131.
- Frankl, V. E. (1987), *El hombre doliente*, Ed. Herder.
- Paugam, S. (1992). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Revue française de sociologie. 33-1, pp. 121-122. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1992_num_33_1_4131

- Trilla, J. (coordinador) (1998). *Animación sociocultural. Teorías, programas y ámbitos*. Ariel Educación.
- Red de entidades locales por la transparencia y participación Ciudadana (2023). Evolución de la participación ciudadana: del modelo clásico al modelo contemporáneo.
<https://redtransparenciayparticipacion.es/del-gobierno-abierto-a-la-gobernanza-participativa-un-nuevo-marco-de-relacion-con-la-ciudadania/#:~:text=Es%20decir%2C%20podr%C3%ADamos%20definir%20la,gesti%C3%B3n%20de%20los%20asuntos%20p%C3%ABlicos>.
- Viché, M. (1989). *Intervención sociocultural*. Grup Dissabte.