



# El diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria

Fundamentos y evidencias empíricas

Víctor M. Giménez-Bertomeu (dir.)



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante



# **El diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria**

Fundamentos y evidencias empíricas

**Dirección:**

Víctor M. Giménez-Bertomeu



Informe elaborado en el marco del convenio «Fomento de la investigación en Servicios Sociales de la Comunitat Valenciana: líneas estratégicas y objetivos generales del proyecto de investigación del Laboratorio de Servicios de Alicante, durante el ejercicio 2021» (Ref. CONSELLERIAIGUALDAD1-211), suscrito entre la Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives (Generalitat Valenciana) y la Universidad de Alicante (Grupo de Investigación sobre Trabajo Social y Servicios Sociales).

Edita: Universidad de Alicante

© Del texto: las personas autoras

ISBN: 978-84-1302-148-5

Depósito legal: A 564-2021

Maquetación: Marten Kwinkelenberg

Impresión y encuadernación: Imprenta de la Universidad de Alicante

# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| Introducción  | 15        |
| <b>PRIMERA PARTE. FUNDAMENTOS</b>   | <b>19</b> |
| <b>1. Fundamentos normativos del diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>   | <b>21</b> |
| 1.1. Los Servicios Sociales y el diagnóstico y la planificación de la intervención  | 21        |
| 1.2. Aspectos generales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana | 24        |
| 1.2.1. La comunidad como espacio para el diagnóstico y la intervención  | 24        |
| 1.2.2. Los principios de la ley: base para el diagnóstico y la planificación de la intervención   | 25        |
| 1.2.3. Criterios para la intervención profesional   | 27        |
| 1.3. El diagnóstico y la planificación de la intervención y los derechos y deberes de la ciudadanía en los Servicios Sociales                                 | 28        |
| 1.4. El diagnóstico y la planificación de la intervención y los derechos y deberes profesionales en los Servicios Sociales                                    | 31        |
| 1.5. Bibliografía   | 33        |
| <b>2. Fundamentos profesionales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar</b>  | <b>35</b> |
| 2.1. Las profesiones de los Servicios Sociales de Atención Primaria   | 36        |
| 2.2. La regulación profesional del diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar  | 37        |
| 2.2.1. El nivel de intervención individual y familiar   | 38        |
| 2.2.2. Atribuciones profesionales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención  | 40        |
| 2.2.3. Orientaciones de conducta profesional en el diagnóstico y la planificación de la intervención  | 42        |
| 2.3. El trabajo en equipo e interdisciplinar de las profesiones de los Servicios Sociales de Atención Primaria  | 51        |
| 2.4. Bibliografía   | 53        |

|   |  |        |
|---|--|--------|
| <b>3.</b>   | <b>Fundamentos teóricos sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar</b> | 55     |
| <b>3.1.</b>   | <b>El diagnóstico en la intervención individual y familiar</b>   | 55     |
| 3.1.1.  | Diferentes profesiones, diferentes diagnósticos  | 55     |
| 3.1.2.  | Concepto   | 56     |
| 3.1.3.  | Finalidad y objetivos  | 59     |
| 3.1.4.  | Contenido: persona-entorno   | 60     |
| 3.1.5.  | Técnicas y fuentes de datos  | 66     |
| 3.1.6.  | Tipos de diagnóstico en la intervención social   | 67     |
| 3.1.7.  | La participación de las personas usuarias en el diagnóstico: el codiagnóstico                                | 71     |
| <b>3.2.</b>   | <b>La planificación de la intervención individual y familiar</b>   | 78     |
| 3.2.1.  | Concepto   | 78     |
| 3.2.2.  | Finalidad y objetivos  | 80     |
| 3.2.3.  | Contenido y componentes  | 80     |
| 3.2.4.  | La participación de las personas usuarias en la planificación de la intervención                             | 89     |
| <b>3.3.</b>   | <b>Bibliografía</b>  | 91     |
| <br><b>SEGUNDA PARTE. LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA</b> |  | <br>97 |
| <b>4.</b>   | <b>Diseño metodológico (I): los grupos de discusión de personal profesional y directivo</b>                  | 99     |
| <b>4.1.</b>   | <b>Enfoque y objetivos</b>   | 99     |
| <b>4.2.</b>   | <b>Participantes</b>   | 100    |
| 4.2.1.  | Características sociodemográficas  | 100    |
| 4.2.2.  | Características laborales  | 101    |
| <b>4.3.</b>   | <b>Método e instrumento</b>  | 103    |
| <b>4.4.</b>   | <b>Procedimiento</b>   | 105    |
| <b>4.5.</b>   | <b>Análisis</b>  | 105    |
| <b>4.6.</b>   | <b>Bibliografía</b>  | 107    |
| <br>  |  |        |
| <b>5.</b>   | <b>Diseño metodológico (II): las entrevistas en profundidad con personas usuarias</b>                        | 109    |
| <b>5.1.</b>   | <b>Enfoque y objetivos</b>   | 109    |
| <b>5.2.</b>   | <b>Participantes</b>   | 110    |
| 5.2.1.  | Características sociodemográficas  | 113    |
| <b>5.3.</b>   | <b>Método e instrumento</b>  | 114    |
| <b>5.4.</b>   | <b>Procedimiento</b>   | 115    |
| <b>5.5.</b>   | <b>Análisis</b>  | 116    |
| <b>5.6.</b>   | <b>Bibliografía</b>  | 118    |

|  |     |
|--|-----|
| <b>TERCERA PARTE. RESULTADOS SOBRE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL PROFESIONAL Y DIRECTIVO</b>               | 121 |
| <b>6. El contexto</b>  | 125 |
| <b>6.1. Aspectos preliminares</b>  | 125 |
| 6.1.1. Los cambios: riesgo y oportunidad   | 125 |
| 6.1.2. El malestar   | 126 |
| 6.1.2.1. <i>Alienación respecto a la organización: «ellos» y «nosotras»</i>                              | 126 |
| 6.1.2.2. <i>El volumen de trabajo: pocas personas, mucho por hacer</i>                                   | 127 |
| 6.1.2.3. <i>El contenido del trabajo: el debilitamiento del trabajo genuinamente profesional</i>         | 127 |
| 6.1.2.4. <i>¡Y, sin embargo...! Actitud propositiva y permeabilidad al cambio</i>                        | 128 |
| <b>6.2. El contexto: la organización</b>   | 128 |
| 6.2.1. Modelo y principios orientadores  | 128 |
| 6.2.1.1. <i>Diagnóstico de la organización: punto de partida necesario</i>                               | 128 |
| 6.2.1.2. <i>Modelo de calidad: basado en cualidades</i>  | 129 |
| 6.2.1.3. <i>Perspectiva: prevención</i>  | 130 |
| 6.2.1.4. <i>Participación profesional: necesaria</i>   | 131 |
| 6.2.1.5. <i>Liderazgo: estabilidad y profesionalización</i>  | 132 |
| 6.2.1.6. <i>Competencias de los SSAP: delimitación y difusión</i>  | 132 |
| 6.2.2. La organización: estructura y criterios organizativos   | 133 |
| 6.2.2.1. <i>Directrices: doble vínculo, cambios frecuentes y confusión</i>                               | 133 |
| 6.2.2.2. <i>Organización informal y auto-organización: alternativa y estrategia de supervivencia</i>     | 134 |
| 6.2.2.3. <i>Organización interna: mayor</i>  | 137 |
| 6.2.2.4. <i>Refuerzo de los servicios de primera atención</i>  | 139 |
| 6.2.2.5. <i>Especialización: revisar y/o reducir sus impactos negativos</i>                              | 139 |
| 6.2.2.6. <i>Coordinación interna: mayor</i>  | 141 |
| 6.2.2.7. <i>Coordinación externa: mayor</i>  | 142 |
| 6.2.3. Procedimientos e instrumentos   | 143 |
| 6.2.3.1. <i>Tareas administrativas: excesivas y burocratizadas</i>                                       | 143 |
| 6.2.3.2. <i>Prestaciones de derecho: ¿competencia propia o impropia?</i>                                 | 144 |
| 6.2.3.3. <i>Gestión de la información: información accesible, actualizada y compartida</i>               | 145 |
| 6.2.3.4. <i>Procedimientos: simplificación</i>   | 148 |
| 6.2.3.5. <i>Herramientas digitales: mejora</i>   | 149 |
| 6.2.3.6. <i>Plazos de tramitación y resolución: agilización</i>  | 151 |
| 6.2.4. Gestión de los recursos humanos   | 151 |
| 6.2.4.1. <i>Plantilla estable y suficiente, tiempo suficiente</i>  | 151 |
| 6.2.4.2. <i>Cargas de trabajo: limitar y equilibrar</i>  | 153 |
| 6.2.4.3. <i>Atribución de funciones profesionales: propias versus impropias</i>                          | 154 |
| 6.2.4.4. <i>Composición de los equipos: multidisciplinariedad y perfiles para tareas administrativas</i> | 155 |
| 6.2.4.5. <i>Horarios de trabajo: adaptados a necesidades y reconocidos</i>                               | 156 |
| 6.2.4.6. <i>Objetivos laborales: flexibles, realistas, compartidos y cualitativos</i>                    | 157 |
| 6.2.4.7. <i>Evaluación del trabajo: sistemática y con consecuencias basadas en resultados</i>            | 158 |
| 6.2.4.8. <i>Promoción de la cooperación y el apoyo mutuo</i>   | 159 |
| 6.2.4.9. <i>Estrategias de cuidado profesional: supervisión-formación-rotación</i>                       | 159 |
| 6.2.5. Otros recursos  | 162 |

|             |  |     |
|-------------|--|-----|
| 6.2.5.1.    | <i>Recursos materiales: aumento</i>  | 162 |
| 6.2.5.2.    | <i>Recursos de derivación: materiales e inmateriales</i>   | 163 |
| <b>6.3.</b> | <b>El contexto: las profesiones</b>  | 164 |
| 6.3.1.      | Malestar profesional   | 164 |
| 6.3.2.      | Autopercepción del Trabajo Social: tramitador de recursos o el «síndrome del cajero»   | 165 |
| 6.3.3.      | Necesidad de lenguaje común  | 166 |
| 6.3.4.      | Intervención directiva: a reducir  | 167 |
| 6.3.5.      | Técnicas profesionales diversas: necesarias  | 167 |
| 6.3.6.      | Participación necesaria de las personas usuarias: consenso   | 168 |
| 6.3.7.      | Indisciplina profesional: remitir  | 169 |
| 6.3.8.      | Cambio de mentalidad profesional: más participativa y colaborativa   | 169 |
| 6.3.9.      | Aptitud y actitud profesional: compromiso por la mejora  | 170 |
| <b>6.4.</b> | <b>El contexto: síntesis de propuestas</b>   | 171 |
| <br>        |  |     |
| <b>7.</b>   | <b>El diagnóstico en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>   | 175 |
| <b>7.1.</b> | <b>Concepto</b>  | 175 |
| <b>7.2.</b> | <b>Finalidad</b>   | 177 |
| <b>7.3.</b> | <b>Contenido</b>   | 180 |
| 7.3.1.      | Objetividad versus discrecionalidad  | 180 |
| 7.3.2.      | Enfoque: integral, multidimensional  | 180 |
| 7.3.3.      | Estandarizado...pero personalizable  | 181 |
| 7.3.4.      | Basado en evidencias: indicadores  | 184 |
| 7.3.5.      | Contenido común, usos diferentes: interoperabilidad  | 186 |
| 7.3.6.      | Componentes  | 186 |
| <b>7.4.</b> | <b>Características</b>   | 189 |
| 7.4.1.      | Integrado en un marco: modelo organizativo y modelo de intervención  | 189 |
| 7.4.2.      | Modelo(s) común(es) intra e inter unidades y equipos   | 190 |
| 7.4.3.      | Necesidades diferentes, diagnósticos y tiempos diferentes  | 190 |
| 7.4.4.      | Multidisciplinar... si necesario   | 191 |
| 7.4.5.      | Orientado a las necesidades  | 192 |
| 7.4.6.      | Dinámico   | 193 |
| 7.4.7.      | Protocolizado  | 194 |
| 7.4.8.      | Lenguaje común   | 195 |
| 7.4.9.      | Útil   | 196 |
| 7.4.10.     | Sencillo y breve   | 197 |
| 7.4.11.     | Elaboración: progresiva  | 197 |
| 7.4.12.     | Soporte: informatizado   | 198 |
| 7.4.13.     | Formato: escrito   | 198 |
| 7.4.14.     | Carácter: obligatorio  | 199 |
| <b>7.5.</b> | <b>Técnicas y fuentes de datos</b>   | 199 |
| <b>7.6.</b> | <b>Tipologías</b>  | 201 |
| 7.6.1.      | Tipología 1 según el alcance del diagnóstico: genérico versus específico, global versus particular, integral versus especializado, brevedad versus profundidad | 201 |



|             |   |            |
|-------------|---|------------|
| 7.6.2.      | Tipología 2 según la perspectiva disciplinar: psico-socio-educativo   | 204        |
| 7.6.3.      | Tipología 3 según el destinatario del diagnóstico: profesional (uso interno) versus persona usuaria (uso externo)   | 205        |
| 7.6.4.      | Tipología 4 según el uso interno previsto: diagnóstico para el acceso a prestaciones versus diagnóstico para la intervención netamente profesional  | 206        |
| 7.6.5.      | Tipología 5 según la persona profesional responsable del diagnóstico: trabajador/a social (diagnóstico exploratorio inicial) versus cualquier profesional (diagnóstico descriptivo o explicativo) | 206        |
| <b>7.7.</b> | <b>La participación de las personas usuarias en el diagnóstico</b>  | <b>207</b> |
| 7.7.1.      | Consenso sobre la necesidad de la participación   | 207        |
| 7.7.2.      | Cambio de mentalidad: de la directividad a la participación   | 209        |
| 7.7.3.      | Estrategias para la participación   | 210        |
| 7.7.4.      | Garantía de participación: documentarla por escrito   | 213        |
| 7.7.5.      | Límites a la participación según el contexto de intervención  | 214        |
| <b>7.8.</b> | <b>Síntesis</b>   | <b>214</b> |
| <br>        |   |            |
| <b>8.</b>   | <b>La planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>   | <b>219</b> |
| <b>8.1.</b> | <b>Concepto</b>   | <b>219</b> |
| <b>8.2.</b> | <b>Finalidad</b>  | <b>220</b> |
| <b>8.3.</b> | <b>Contenido</b>  | <b>221</b> |
| 8.3.1.      | Contenidos mínimos comunes, contenidos específicos por unidades   | 221        |
| 8.3.2.      | Enfoque: multidimensional, integral, transversal  | 221        |
| 8.3.3.      | Estandarización... pero personalizable  | 222        |
| 8.3.4.      | Componentes   | 222        |
| <b>8.4.</b> | <b>Características</b>  | <b>231</b> |
| 8.4.1.      | Modelo común (estructura de contenidos) prescrito por la organización   | 231        |
| 8.4.2.      | Congruente con el contexto desde el que se realiza (SSAP)   | 233        |
| 8.4.3.      | Necesidades y diagnósticos diferentes, planes diferentes  | 233        |
| 8.4.4.      | Multidisciplinar y coordinado interunidades... si necesario   | 233        |
| 8.4.5.      | Incorpora perspectiva profesional y de las personas usuarias  | 235        |
| 8.4.6.      | Compartido y consensuado con las personas usuarias (toma de conciencia, implicación y garantía de éxito)  | 236        |
| 8.4.7.      | Aquí y ahora: elaborado atendiendo al momento de la persona/familia   | 237        |
| 8.4.8.      | Lenguaje común  | 239        |
| 8.4.9.      | Carácter finalista  | 239        |
| 8.4.10.     | Útil para personas usuarias (necesidades) y profesionales (guía)  | 239        |
| 8.4.11.     | Sencillo en contenidos y elaboración  | 239        |
| 8.4.12.     | Concreto  | 240        |
| 8.4.13.     | Realista y viable   | 240        |
| 8.4.14.     | Comprensible: lenguaje claro, sencillo y en positivo  | 241        |
| 8.4.15.     | Soporte: herramienta informática sencilla   | 242        |
| 8.4.16.     | Explicito: por escrito  | 242        |

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| 8.4.17.     | Objetivos: características necesarias   | 243 |
| <b>8.5.</b> | <b>Tipologías</b>   | 246 |
| 8.5.1.      | Tipología 1 según el grado de voluntariedad   | 247 |
| 8.5.2.      | Tipología 2 según su duración   | 248 |
| 8.5.3.      | Tipología 3 según el alcance del plan, diferente en función del diagnóstico, del tipo de intervención necesaria y de los acuerdos con las personas usuarias | 248 |
| <b>8.6.</b> | <b>Técnicas y fuentes de datos</b>  | 248 |
| 8.6.1.      | Técnicas de planificación   | 248 |
| 8.6.2.      | Punto de partida: el diagnóstico compartido (codiagnóstico)   | 249 |
| <b>8.7.</b> | <b>La participación de las personas usuarias</b>  | 249 |
| 8.7.1.      | Consenso sobre la necesidad de la participación: derecho y deber  | 249 |
| 8.7.2.      | Cambio de mentalidad: de la directividad a la participación   | 253 |
| 8.7.3.      | Estrategias para la participación   | 254 |
| 8.7.4.      | Garantía de participación: documentarla por escrito → contrato  | 257 |
| 8.7.5.      | Límites a la participación según el contexto de intervención  | 258 |
| <b>8.8.</b> | <b>Síntesis</b>   | 259 |

## **CUARTA PARTE. RESULTADOS SOBRE LA PERSPECTIVA DE LAS PERSONAS USUARIAS** 263

|             |   |     |
|-------------|---|-----|
| <b>9.</b>   | <b>La participación en el diagnóstico y la planificación de la intervención desde la perspectiva de las personas usuarias</b> | 265 |
| <b>9.1.</b> | <b>Concepto</b>   | 265 |
| <b>9.2.</b> | <b>Importancia y condiciones</b>  | 267 |
| 9.2.1.      | Condiciones para la participación   | 268 |
| 9.2.1.1.    | <i>Condición 1: estar bien y sentirse bien</i>  | 268 |
| 9.2.1.2.    | <i>Condición 2: acceso y disponibilidad de información</i>  | 269 |
| 9.2.1.3.    | <i>Condición 3: buen trato profesional</i>  | 270 |
| 9.2.1.4.    | <i>Condición 4: buena comunicación entre profesionales y personas usuarias</i>  | 271 |
| 9.2.1.5.    | <i>Condición 5: confianza en el personal profesional</i>  | 271 |
| <b>9.3.</b> | <b>Objetivos</b>  | 272 |
| 9.3.1.      | Pedir consejo/ayuda, recibir apoyo profesional  | 272 |
| 9.3.2.      | Exponer ideas, proporcionar información, opinar y decidir   | 273 |
| <b>9.4.</b> | <b>Contenido y características</b>  | 274 |
| 9.4.1.      | El diagnóstico  | 274 |
| 9.4.1.1.    | <i>Presencial y dinámico</i>  | 274 |
| 9.4.1.2.    | <i>Personalizado y basado en el respeto a la persona usuaria (trato humano)</i>   | 275 |
| 9.4.1.3.    | <i>Con participación natural y voluntaria</i>   | 275 |
| 9.4.1.4.    | <i>Basado en una buena comunicación entre profesionales y personas usuarias</i>   | 276 |
| 9.4.2.      | El plan de intervención   | 277 |
| 9.4.2.1.    | <i>Personalizado, operativo y adaptado a la persona</i>   | 277 |
| 9.4.2.2.    | <i>Con participación voluntaria (teniendo en cuenta las limitaciones legales)</i>   | 278 |
| 9.4.2.3.    | <i>Presencial y manteniendo la comunicación entre profesionales-personas usuarias (teléfono, correo electrónico...)</i>       | 279 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>9.5. Responsabilidades profesionales</b>  | 279 |
| 9.5.1. En el diagnóstico   | 280 |
| 9.5.1.1. <i>Responsabilidad de decidir</i>   | 281 |
| 9.5.1.2. <i>Responsabilidad de acompañar, apoyar y asesorar en la toma de decisiones</i> | 282 |
| 9.5.2. En el plan de intervención  | 283 |
| 9.5.2.1. <i>Responsabilidad de generar opciones o alternativas</i>                       | 283 |
| 9.5.2.2. <i>Responsabilidad de lograr acuerdos</i>                                       | 284 |
| 9.5.2.3. <i>Responsabilidad de decidir</i>   | 284 |
| 9.5.2.4. <i>Responsabilidad de defender los intereses de las personas usuarias</i>       | 286 |
| <b>9.6. Responsabilidades de las personas usuarias</b>                                   | 286 |
| 9.6.1. En el diagnóstico   | 287 |
| 9.6.1.1. <i>Responsabilidad de decidir o de tomar decisiones</i>                         | 287 |
| 9.6.1.2. <i>Responsabilidad de decir la verdad</i>                                       | 287 |
| 9.6.2. En el plan de intervención  | 288 |
| 9.6.2.1. <i>Responsabilidad de informar</i>  | 288 |
| 9.6.2.2. <i>Responsabilidad de decidir</i>   | 289 |
| 9.6.2.3. <i>Responsabilidad de cumplir los compromisos</i>                               | 291 |
| <b>9.7. Roles y actitudes profesionales</b>  | 291 |
| 9.7.1. Roles profesionales   | 291 |
| 9.7.1.1. <i>Rol no impositivo ni directivo (con excepciones)</i>                         | 292 |
| 9.7.1.2. <i>Rol de ayuda, apoyo y acompañamiento</i>                                     | 293 |
| 9.7.1.3. <i>Rol informador</i>   | 295 |
| 9.7.1.4. <i>Rol generador de opciones o alternativas</i>                                 | 296 |
| 9.7.1.5. <i>Rol facilitador</i>  | 297 |
| 9.7.1.6. <i>Rol evaluador</i>  | 298 |
| 9.7.1.7. <i>Rol investigador</i>   | 299 |
| 9.7.1.8. <i>Rol asesor, orientador y guía</i>  | 300 |
| 9.7.1.9. <i>Rol capacitador</i>  | 302 |
| 9.7.2. Actitudes profesionales   | 302 |
| 9.7.2.1. <i>Escucha activa</i>   | 302 |
| 9.7.2.2. <i>Tranquilidad</i>   | 304 |
| 9.7.2.3. <i>Profesionalidad y vocación</i>   | 304 |
| 9.7.2.4. <i>Neutralidad</i>  | 305 |
| 9.7.2.5. <i>Cortesía y cercanía</i>  | 306 |
| 9.7.2.6. <i>Actitud exenta de juicios</i>  | 306 |
| 9.7.2.7. <i>Empatía</i>  | 307 |
| <b>9.8. Roles y actitudes de las personas usuarias</b>                                   | 307 |
| 9.8.1. Roles   | 307 |
| 9.8.1.1. <i>Rol informador</i>   | 307 |
| 9.8.1.2. <i>Rol propositivo</i>  | 308 |
| 9.8.1.3. <i>Rol evaluador</i>  | 309 |
| 9.8.2. Actitudes   | 309 |
| 9.8.2.1. <i>Actitud receptiva</i>  | 309 |
| 9.8.2.2. <i>Honestidad</i>   | 310 |
| 9.8.2.3. <i>Respeto</i>  | 310 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>9.9. Propuestas</b>   | 311 |
| 9.9.1. Agilizar y simplificar los trámites                                   | 311 |
| 9.9.2. Rapidez en las actuaciones  | 312 |
| 9.9.3. Continuidad del personal profesional                                  | 312 |
| 9.9.4. Tener la posibilidad de cambiar de profesional o de mantenerlo        | 313 |
| 9.9.5. Informar a las personas usuarias y capacitarlas para tomar decisiones | 314 |
| 9.9.6. Personalización de los recursos y servicios                           | 315 |
| 9.9.7. Uso de medios o soportes alternativos a la palabra                    | 316 |

## **QUINTA PARTE. DISCUSIÓN DE RESULTADOS** 317

|  |     |
|--|-----|
| <b>10. Discusión de resultados sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>   | 319 |
| <b>10.1. El diagnóstico individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>   | 319 |
| 10.1.1. Concepto, finalidad y contenido general  | 319 |
| 10.1.2. Características, técnicas y fuentes de datos   | 321 |
| 10.1.3. Tipos de diagnóstico necesarios  | 324 |
| <b>10.2. La planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>  | 326 |
| 10.2.1. Concepto, finalidad y contenido general  | 326 |
| 10.2.2. Características, técnicas y fuentes de datos   | 328 |
| 10.2.3. Tipos de planes de intervención necesarios   | 331 |
| <b>11. Discusión de resultados sobre la participación de las personas usuarias en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria</b> | 335 |
| <b>11.1. La participación en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria según el personal profesional y directivo</b>            | 335 |
| 11.1.1. La participación en el diagnóstico   | 335 |
| 11.1.2. La participación en la planificación de la intervención  | 337 |
| <b>11.2. La participación en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria según las personas usuarias</b>                          | 339 |
| 11.2.1. Concepto, importancia, condiciones y objetivos de la participación   | 339 |
| 11.2.2. Responsabilidades, roles y actitudes de los actores participantes en el diagnóstico y la planificación de la intervención participados   | 341 |
| 11.2.3. Propuestas de mejora   | 344 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>SEXTA PARTE. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS</b>  | <b>347</b> |
| <b>12. Conclusiones y propuestas sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención con participación de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Atención Primaria</b>  | <b>349</b> |
| <b>12.1. Conclusiones y propuestas sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP</b>  | <b>349</b> |
| 12.1.1. Conclusiones   | 349        |
| 12.1.2. Propuestas sobre el diagnóstico en los SSAP  | 351        |
| 12.1.3. Propuestas sobre la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP   | 356        |
| <b>12.2. Conclusiones y propuestas sobre la participación de las personas usuarias en los procesos de diagnóstico y planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP</b> | <b>361</b> |
| 12.2.1. Conclusiones   | 361        |
| 12.2.2. Propuestas   | 363        |
| <b>12.3. Bibliografía</b>  | <b>365</b> |

## Índice de tablas

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabla 1.</b> Modelos de diagnóstico en la intervención social  | 69  |
| <b>Tabla 2.</b> Tipos y procedimientos de diagnóstico según la función profesional clave en el modelo de atención               | 71  |
| <b>Tabla 3.</b> Cinco modelos de diagnóstico, según el grado de participación de las personas usuarias                          | 77  |
| <b>Tabla 4.</b> Elementos para el diseño de un proyecto según Pérez Serrano (2016b)   | 81  |
| <b>Tabla 5.</b> Preguntas a las que ha de responder un plan de trabajo operativo o proyecto según López-Cabanas y Chacón (1997) | 84  |
| <b>Tabla 6.</b> Elementos de un programa de intervención según Rodríguez Marín et al. (2007)                                    | 85  |
| <b>Tabla 7.</b> Elementos de un proyecto de intervención según Aguilar (2013)   | 87  |
| <b>Tabla 8.</b> Elementos para el diseño de un plan de intervención según Ovejas y Berasaluze (2019)                            | 87  |
| <b>Tabla 9.</b> Cómo mejorar la participación de las personas usuarias en el establecimiento y la priorización de objetivos     | 90  |
| <b>Tabla 10.</b> Características sociodemográficas de las personas participantes  | 100 |
| <b>Tabla 11.</b> Características laborales de las personas participantes  | 102 |
| <b>Tabla 12.</b> Esquema de clasificación temática del contenido de los discursos grupales                                      | 106 |
| <b>Tabla 13.</b> Personas usuarias de Servicios Sociales en las Corporaciones locales según sector de población (2018)          | 111 |
| <b>Tabla 14.</b> Criterios de selección de participantes  | 113 |
| <b>Tabla 15.</b> Características sociodemográficas de las personas participantes  | 114 |
| <b>Tabla 16.</b> Esquema de clasificación temática del contenido de los discursos de las entrevistas                            | 118 |
| <b>Tabla 17.</b> Propuestas de mejora en relación con el contexto   | 172 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Tabla 18.</b> Rasgos definitorios del diagnóstico individual y familiar en los SSAP   | 215 |
| <b>Tabla 19.</b> Rasgos definitorios de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP  | 260 |
| <b>Tabla 20.</b> Concepto, finalidad y contenido general del diagnóstico individual y familiar en SSAP   | 320 |
| <b>Tabla 21.</b> Características, técnicas y fuentes de datos del diagnóstico individual y familiar en los SSAP  | 322 |
| <b>Tabla 22.</b> Tipología de diagnósticos individuales y familiares en los SSAP   | 325 |
| <b>Tabla 23.</b> Concepto, finalidad y contenido general de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP  | 327 |
| <b>Tabla 24.</b> Características, técnicas y fuentes de datos de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP   | 329 |
| <b>Tabla 25.</b> Tipología de planes de intervención individual y familiar en los SSAP   | 332 |
| <b>Tabla 26.</b> La participación de las personas usuarias en el diagnóstico, según el personal directivo y profesional  | 336 |
| <b>Tabla 27.</b> La participación de las personas usuarias en la planificación de la intervención, según el personal directivo y profesional   | 337 |
| <b>Tabla 28.</b> Concepto, importancia, condiciones y objetivos de la participación de las personas usuarias en los SSAP   | 339 |
| <b>Tabla 29.</b> Contenido y características de la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP   | 340 |
| <b>Tabla 30.</b> Responsabilidades de profesionales y personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP   | 341 |
| <b>Tabla 31.</b> Roles y actitudes de profesionales y personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP   | 343 |
| <b>Tabla 32.</b> Propuestas para incorporar o mejorar la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP   | 344 |
| <b>Tabla 33.</b> Evidencias sobre los componentes específicos del diagnóstico individual y familiar en los SSAP  | 354 |
| <b>Tabla 34.</b> Ejes principales para la elaboración de tipologías de diagnóstico en los SSAP   | 355 |
| <b>Tabla 35.</b> Características principales de los objetivos de los planes de intervención individual y familiar en los SSAP  | 357 |
| <b>Tabla 36.</b> Evidencias sobre los componentes específicos del plan de intervención individual y familiar en los SSAP   | 359 |
| <b>Tabla 37.</b> Ejes principales para la elaboración de tipologías de planes de intervención en los SSAP  | 360 |
| <b>Tabla 38.</b> Actitudes profesionales que facilitan la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP, según éstas y el personal directivo y profesional | 364 |

## Índice de figuras

|  |     |
|--|-----|
| <b>Figura 1.</b> Matriz de modelos de diagnóstico según el grado de participación de las personas usuarias | 76  |
| <b>Figura 2.</b> Criterios de formación de los grupos de discusión   | 104 |
| <b>Figura 3.</b> Propiedades del diagnóstico individual y familiar en los SSAP                             | 352 |
| <b>Figura 4.</b> Propiedades de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP      | 356 |

## Introducción

Este trabajo se ha realizado en el marco del Laboratorio de Servicios Sociales de Alicante, creado mediante un convenio marco entre el Ayuntamiento de Alicante, la *Vicepresidència i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives* (Generalitat Valenciana) y la Universidad de Alicante (Grupo de Investigación sobre Trabajo Social y Servicios Sociales). Responde a dos de sus líneas de trabajo: por un lado, a la línea sobre la intervención de los Servicios Sociales hacia la inclusión social (Sublínea: Diseño, desarrollo y evaluación de modelos de diagnóstico e intervención de los Servicios Sociales municipales hacia la inclusión social en el ámbito individual y familiar); por otro lado, a la línea sobre participación de las personas usuarias en los Servicios Sociales.

La intervención social que llevan a cabo los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) es un proceso multidimensional y complejo desarrollado por las denominadas «profesiones sociales», en cooperación con las personas y las familias usuarias de los servicios y, en su caso, las personas que las cuidan. En ella, el diagnóstico o valoración de necesidades y la planificación de la intervención desempeñan un papel fundamental para que la intervención social sea rigurosa y tenga éxito y también son un espacio clave para articular la participación de las personas usuarias en el proceso.

El análisis del diagnóstico y de la planificación de la intervención en los SSAP y de la participación de las personas usuarias en ellos representa una oportunidad clave para la mejora de la intervención social, ya que permite compartir un conocimiento concreto de la realidad, identificar problemas, carencias, necesidades, aspiraciones y expectativas, para, después, abordarlos de forma priorizada.

La finalidad de este informe es proporcionar evidencias para formular propuestas de mejora del diagnóstico y de la planificación de la intervención individual y familiar y de la participación de las personas usuarias en los procesos mediante los cuales son elaborados.

Los objetivos del trabajo son los siguientes:

- En primer lugar, fundamentar la necesidad y pertinencia del diagnóstico y de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP,

con la participación de las personas usuarias, desde el punto de vista normativo, profesional y teórico, incluyendo la legislación que regula los Servicios Sociales, las prescripciones de conducta profesional que generan las asociaciones profesionales y las principales aportaciones de la literatura profesional y académica.

- En segundo lugar, conocer las características que deberían tener el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar que necesitan los SSAP.
- En tercer lugar, conocer las características de la participación de las personas usuarias en el diagnóstico y en la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP.
- En cuarto lugar, identificar propuestas de mejora del diagnóstico y de la planificación de la intervención individual y familiar, así como de la participación de las personas usuarias de los SSAP en ellos.

Respecto al enfoque seguido en el trabajo:

- Por un lado, se centra en el abordaje de las necesidades en los niveles individual y familiar. Las otras dos aproximaciones necesarias, complementarias de este enfoque microsocio (el nivel grupal y el comunitario), son abordadas en informes independientes.
- Por otro lado, la perspectiva seguida es la de las tres profesiones sociales con mayor presencia en los SSAP: la Educación Social, la Psicología y el Trabajo Social.
- Por último, el trabajo de campo para la investigación empírica ha sido llevado a cabo en el Ayuntamiento de Alicante, la entidad local participante en el Laboratorio de Servicios Sociales de Alicante. Creemos que las evidencias obtenidas son útiles y transferibles a otros contextos locales, aunque procedan de una única entidad municipal.

Los contenidos del informe se estructuran en seis partes y doce capítulos:

- La primera parte presenta los principales fundamentos teóricos, normativos y profesionales que justifican la necesidad y pertinencia del diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP, con la participación de las personas usuarias. Para ello, en tres capítulos: (1) se revisa el encargo o mandato institucional que tienen los SSAP en relación con nuestro objeto de estudio, incluidos los derechos y deberes que los Servicios Sociales reconocen a la ciudadanía y al personal profesional, pues constituye el marco de referencia de la actuación profesional; (2) se revisa también el mandato o encargo profesional que tienen las profesiones sociales sobre cómo debe ser su práctica profesional en relación con el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar, con base en sus regulaciones profesionales; (3) se



revisan las principales aportaciones de la literatura profesional y académica de las profesiones sociales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar.

- La segunda parte recoge el diseño metodológico seguido para producir evidencias empíricas sobre las características del diagnóstico y de la planificación de la intervención individual en los SSAP. Para ello, en dos capítulos se rinde cuentas de los aspectos metodológicos en relación a las dos técnicas y dos fuentes de producción de datos utilizadas: (1) grupos de discusión con personal profesional y directivo de los SSAP; (2) entrevistas en profundidad con personas usuarias de los SSAP.
- La tercera y la cuarta parte presentan los principales resultados obtenidos de la investigación empírica. La tercera parte muestra los resultados de los grupos de discusión con personal profesional y directivo, a través de tres capítulos relativos a: (1) el contexto de la intervención profesional; (2) el diagnóstico en los SSAP; y (3) la planificación de la intervención en los SSAP. La cuarta parte recoge los resultados de las entrevistas en profundidad a personas usuarias, mediante un único capítulo.
- La quinta parte se destina a la síntesis y discusión de los resultados obtenidos, para lo cual se organiza en dos capítulos diferentes: (1) por un lado, se discuten los resultados sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención; (2) por otro lado, los relativos a la participación de las personas usuarias en ellos.
- La sexta y última parte, a través de un único capítulo, concluye con aportaciones sobre las características que debería tener el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP y sobre la participación de las personas usuarias en su proceso de elaboración y su resultado.

Se ha de aclarar que en la tercera parte se ha optado por mantener los resultados obtenidos en los grupos de discusión acerca del contexto organizacional y profesional porque permiten comprender mejor los resultados obtenidos del personal directivo y profesional. No obstante, sus contenidos no formaban parte del objeto de este trabajo, razón por la cual no son discutidos ni se presentan conclusiones ni propuestas, más allá de las que los propios resultados muestran.

Por último, las personas autoras del trabajo son miembros del Grupo de Investigación sobre Trabajo Social y Servicios Sociales (GITSS) de la Universidad de Alicante.



## **PRIMERA PARTE. FUNDAMENTOS**



# **1. Fundamentos normativos del diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria**

Nicolás de Alfonseti-Hartmann  
M.<sup>a</sup> Teresa Mira-Perceval Pastor  
*Universidad de Alicante*

El primero de los elementos que fundamentan el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) reside en el encargo o mandato institucional que reciben quienes ejercen en dichos servicios. Dicho encargo procede, en primer lugar, de la normativa en materia de Servicios Sociales que regula la actividad profesional y las relaciones con las personas usuarias de los servicios, pues ésta configura el marco de actuación de referencia para el personal profesional.

En este apartado se pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Qué dispone la normativa que regula los Servicios Sociales en relación con el diagnóstico y la planificación de la intervención con personas y familias?

Para ello, procederemos a revisar la legislación en vigor a este respecto.

## **1.1. Los Servicios Sociales y el diagnóstico y la planificación de la intervención**

Tal y como afirman Cury y Arias (2016: 11) «la formulación del diagnóstico ha de ofrecer una síntesis completa de los resultados del estudio de cada caso particular, que permita y fundamente de manera adecuada la mejor intervención social posible», en cualquier ámbito de intervención social, y por lo tanto también en el sistema de Servicios Sociales.

Efectivamente, el diagnóstico, evaluación, dictamen, valoración o cualquier otro término equivalente empleado para designarlo, forma parte del desempeño profesional en el ámbito de los Servicios Sociales y constituye una de las competencias que le son propias. En este sentido, Subirats (2007: 155) pone de manifiesto la necesidad de formación expresada por las y los profesionales de los equipos de trabajo de los centros de Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) para mejorar la calidad de los servicios y sitúa esta necesidad entre las cuatro más importantes percibidas por las y los profesionales. En consecuencia, propone «la introducción de medidas de capacitación de los profesionales en relación con los instrumentos sustantivos y operativos de diagnóstico de la realidad social» (Subirats, 2007: 116). Además, en relación a esta cuestión, el autor afirma que «permitir el acceso a recursos compartidos facilitaría el diagnóstico, seguimiento y evaluación conjunta de las actuaciones o de las intervenciones individuales, aunque se trate de territorios dispersos o distantes o de niveles administrativos diferentes» (Subirats, 2007: 123).

En el ámbito estatal, el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI] (2013) identifica y caracteriza el conjunto de prestaciones y servicios de los Servicios Sociales comunes a nivel estatal. El catálogo hace una diferenciación entre dos tipos de prestaciones. En primer lugar, las prestaciones de servicios, entendidas como las actuaciones que realizan los equipos técnicos orientadas a atender las necesidades sociales y favorecer la inserción social de los ciudadanos. Estas prestaciones se agrupan en siete ejes temáticos que responden, a su vez, a diversas situaciones de necesidad social. En segundo lugar, las prestaciones económicas, constituidas por aportaciones económicas para garantizar mínimos de subsistencia o situaciones de emergencia sobrevenidas. (MSSSI, 2013: 13) De esta manera, entre las prestaciones de servicio, se cita expresamente el diagnóstico social que aparece como la primera prestación de servicio garantizada bajo la denominación de «información, orientación, asesoramiento, diagnóstico y valoración». Además, en lo que respecta a esta prestación, el Catálogo establece una doble diferenciación: por un lado, trata la información, orientación, asesoramiento y diagnóstico y deja para un tratamiento aparte la valoración social específica.

En lo que se refiere a la información, orientación, asesoramiento y diagnóstico, el Catálogo vincula este último a la intervención al definir esta prestación como sigue (MSSSI, 2013: 19):

Conjunto de medidas que facilitan información sobre los recursos sociales disponibles y sobre el acceso a los mismos en una relación de ayuda profesional. Igualmente se presta orientación, asesoramiento y apoyo a las personas, familias y grupos que precisan de una intervención por parte del Sistema de Servicios Sociales. Asimismo, se realiza una valoración singularizada y un diagnóstico

social de las situaciones personales, familiares y de grupo y de sus demandas sociales, así como una intervención profesional, social y de acompañamiento. Constituyen un instrumento dinámico y eficaz como fuente de información para un mejor funcionamiento del Sistema de Servicios Sociales en sus procesos de planificación, programación y evaluación con el objetivo de garantizar el acceso a los recursos básicos del sistema.

En cuanto a la valoración social específica, el Catálogo incluye «el conjunto de instrumentos técnicos que tienen por objeto efectuar cualquier tipo de valoración, reconocimiento, calificación o informe, siempre que éstas supongan un requisito previo para acceder a las prestaciones del Sistema Público los Servicios Sociales» (MSSSI, 2013: 22). Se especifican tres tipos de valoraciones sociales: la de dependencia, la de discapacidad y la de la situación de las personas inmigrantes (MSSSI, 2013: 22-23).

Así, el diagnóstico social aparece como una prestación que define la dirección de la intervención, mientras que la valoración social persigue determinar la posibilidad de acceder o no a servicios y prestaciones concretas.

En cuanto a la planificación de la intervención individual y familiar, también cabe destacar uno de los principios que orientarán las prestaciones y servicios recogidos en el Catálogo. Nos referimos a la atención personalizada e integral. De acuerdo con lo establecido en el catálogo (MSSSI, 2013: 15):

(...) se proporcionará una atención integral configurada a través de apoyos adecuados y ajustados a las necesidades y capacidades personales, familiares y sociales, garantizando la continuidad de la atención y respetando siempre la dignidad de las personas, sus derechos y sus preferencias. Se considerarán conjuntamente los aspectos relativos a la prevención, la atención, la promoción y la integración para la elaboración de su plan individual de atención, incorporándose el enfoque de los servicios orientados a la persona.

De esta manera, aparecen otras prestaciones del Catálogo relacionadas directamente con la planificación de la intervención individual y familiar. Este es el caso, entre otras, de las siguientes prestaciones de servicios: autonomía personal, atención en el domicilio y respiro familiar, intervención y apoyo familiar, intervención y protección de menores, prevención e inclusión social.

En lo que se refiere al contexto autonómico, Cury y Arias (2016) ponen de manifiesto la presencia de un elevado grado de consenso tanto en el ámbito profesional como en el ámbito jurídico español acerca del diagnóstico social, y constatan, al respecto, que:

(...) 15 de las 17 comunidades autónomas españolas establecen en sus leyes de Servicios Sociales que el diagnóstico social constituye uno de los derechos específicos del ciudadano y uno de los beneficios básicos del sistema público de Servicios Sociales. Estas leyes también establecen que el diagnóstico social será el resultado de la evaluación integral de las necesidades del usuario, lo que permitirá orientar el plan de atención social individualizado y la elección de los recursos y beneficios adecuados en cada caso (...)» (Cury y Arias, 2016: 18).

Por otro lado, si analizamos las leyes de Servicios Sociales aparecidas a partir de 2016 (fecha de la publicación del artículo de Cury y Arias), podemos afirmar, dadas sus características, que estas leyes reproducen la tendencia señalada por los autores. Es el caso de las leyes de Andalucía (2016), Comunidad Valenciana (2019), Islas Canarias (2019) y Región de Murcia (2021).

## **1.2. Aspectos generales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana**

### **1.2.1. La comunidad como espacio para el diagnóstico y la intervención**

En lo que se refiere a la Comunitat Valenciana, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos<sup>1</sup> apunta, en su preámbulo, que los Servicios Sociales tienen que enfocarse hacia la atención a las personas en situaciones de dependencia y de diversidad funcional o discapacidad, de desprotección, de fragilidad de las trayectorias, de conflictos familiares y convivenciales en el territorio, así como de vulnerabilidades personales y sociales. Esta ley se propone, por lo tanto, garantizar la inclusión social de forma inherente en todas las actuaciones de los Servicios Sociales.

Considera que la comunidad es el espacio natural para la atención social a las necesidades de la ciudadanía y, en consecuencia, otorga a los municipios (por sí solos o agrupados) competencias relevantes para el desarrollo de los mismos en el territorio. Entre otras la detección y estudio de las situaciones de necesidad social en su ámbito territorial, fomentando la colaboración con todos sus agentes sociales (art.29.a). A ellos corresponde el desarrollo de los SSAP, los cuales tienen encomendadas, entre otras funciones las siguientes (art. 17):

- Información, orientación y asesoramiento.
- Valoración y diagnóstico de la situación individual y social de la persona, familia o unidad de convivencia y del entorno comunitario.
- Elaboración, implementación, acompañamiento, seguimiento y evaluación del Plan personalizado de intervención (PPIS).

De esta manera, la Atención Primaria se configura como el primer referente en información, asesoramiento, prevención, diagnóstico e intervención en el

---

1. Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de servicios sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana (DOGV núm. 8491, de 21.02.2019). Permalink ELI: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/18/3>



Sistema de Servicios Sociales (art.15.1.a). Consecuentemente, la ley establece que a la Atención Primaria Básica le corresponden diferentes servicios, y atribuye, expresamente, a la gran mayoría de éstos, competencias en relación a la prevención, diagnóstico e intervención. La ley señala textualmente (art.18.1):

- La atención primaria de carácter básico se organiza en los siguientes servicios:
- a) Servicio de acogida y atención ante situaciones de necesidad social. Se encargará de la recepción, atención y diagnóstico en las situaciones de necesidades personales y familiares, proporcionando la adecuada información, orientación y asesoramiento sobre las diferentes prestaciones del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.
  - b) Servicio de promoción de la autonomía. Desarrollará la prevención, diagnóstico e intervención en situaciones de diversidad funcional o discapacidad, dependencia o vulnerabilidad, fomentando las relaciones convivenciales durante todo el ciclo vital de las personas.
  - c) Servicio de inclusión social. Asumirá la prevención, el diagnóstico, la intervención y el seguimiento para la cobertura de las necesidades básicas de las personas, familias o, en su caso, unidades de convivencia, y fomentará su participación en el proceso de inclusión social, con carácter periódico.
  - d) Servicio de prevención e intervención con las familias. Se encargará de la prevención y evaluación de las situaciones de riesgo, así como del diagnóstico social y la intervención de carácter individual o familiar con la infancia y la adolescencia, las personas mayores y otras personas necesitadas de especial protección familiar. (...)

Asimismo, se establece de manera precisa que el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales tiene carácter de servicio público esencial, porque de éste se derivan prestaciones indispensables para satisfacer las necesidades básicas personales y mejorar las condiciones de la calidad de vida de la ciudadanía (art. 5.3).

### **1.2.2. Los principios de la ley: base para el diagnóstico y la planificación de la intervención**

Los principios presentes en nuestra Ley de Servicios Sociales constituyen los criterios inspiradores de la actividad política y profesional en la organización, administración, planificación y gestión de estos servicios públicos. Es de destacar la minuciosidad de su detalle y la claridad de la categorización de éstos, que permite identificar los criterios de actuación a los distintos agentes responsables en el desarrollo de los Servicios Sociales.

La ley establece cuatro bloques temáticos en los que organiza estos principios (art. 6):

- Principios de carácter general y transversal.
- Principios orientadores de la intervención.
- Principios de carácter metodológico.

- Principios de gestión de carácter territorial, administrativo y organizacional.

Al margen de esta categorización planteada en la ley, y que atañe a todos los niveles de los Servicios Sociales, podemos observar cómo algunos de estos principios introducen elementos relacionados con la intervención en la Atención Primaria de Servicios Sociales:

- 1) Responsabilidades y garantías (de continuidad del sistema y de la atención social). No sólo se evidencia la responsabilidad pública e institucional en la existencia y mantenimiento de los Servicios Sociales y en la continuidad de la atención social, sino que también se establece la obligatoriedad de articular medios que permitan la materialización de estas responsabilidades.
- 2) Municipalización de la atención. Son varios los principios que abordan la proximidad, el municipalismo, la prioridad de la atención social comunitaria, la compensación de desequilibrios territoriales, la planificación y evaluación atendiendo a la mapificación, la participación de los usuarios y de la sociedad civil en la planificación y desarrollo del sistema, etc. En todos ellos aparece la idea del municipio como espacio natural para la intervención social.
- 3) Intervención y metodología. Adoptan forma de principios aspectos que están presentes, desde hace ya tiempo, como elementos constitutivos del buen hacer profesional:
  - Prioridad de las intervenciones de carácter preventivo y promocional sobre las meramente asistenciales.
  - Intervenciones centradas en la persona, integrales, continuadas, holísticas, transversales y coordinadas.
  - Intervenciones que favorezcan la permanencia en el medio.
  - Perspectiva comunitaria de las intervenciones.
  - Planificación apoyada por estudios e investigaciones que amplíen el conocimiento social, la objetividad y la transparencia en la toma de decisiones y su correspondiente evaluación para garantizar una gestión eficaz y una oportunidad de anticiparse a las necesidades emergentes.
  - Fomento de la participación democrática.
  - Interdisciplinariedad y trabajo en equipo.
  - Coordinación y colaboración con otros sistemas.
- 4) Calidad e Investigación. En relación a estos aspectos, los principios de la ley hacen referencia a algunos aspectos importantes como son la provisión de criterios y estándares de calidad evaluables, la eficacia y eficiencia de los medios para satisfacer las necesidades sociales, o la innovación mediante el impulso de la investigación.

### 1.2.3. Criterios para la intervención profesional

El personal profesional de los Servicios Sociales ha sido actor fundamental en el desarrollo de éstos. Sin embargo, ha sido prácticamente olvidado en la regulación marco que se ha hecho de este sector del bienestar, al menos hasta las leyes de tercera generación.

De lo señalado hasta el momento, ya se ha dejado constancia de la importancia que la normativa ofrezca principios y criterios que orienten la valoración de las situaciones, la toma de decisiones, y la intervención profesional, pero, igual que ocurre en otros sistemas de bienestar más consolidados, es relevante que la normativa predetermine las atribuciones y competencias de los equipos profesionales, de orientaciones generales que ayuden a enfocar su actividad conforme a determinados criterios y ofrezca instrumentos técnicos normalizados a los y las profesionales.

De acuerdo con lo establecido en la Ley de Servicios Sociales Inclusivos (Título III, Capítulo IV), el diagnóstico y la planificación de la intervención debe responder, entre otros, a los siguientes criterios: atención integral de personas, familias o unidades de convivencia, basada en la valoración del conjunto de sus necesidades desde un enfoque de trabajo en equipo y con la concurrencia con otros sistemas de protección social si fuera necesario. Estas intervenciones deben ir orientadas a garantizar el empoderamiento de las personas.

Por su parte, en el Catálogo de prestaciones que establece la Ley (arts. del 31 al 41) se destacan, entre otras, como prestaciones profesionales garantizadas de los SSAP algunas ligadas directamente con el diagnóstico y la planificación de la intervención. Estas serían las siguientes (art.36):

- Información, orientación y asesoramiento,
- Análisis y valoración de situaciones de necesidad. Comprende el estudio y análisis de las necesidades sociales de la persona o, en su caso, de la familia o unidad de convivencia y del entorno comunitario que permitan realizar un diagnóstico y valoración de la situación de las personas a lo largo de su ciclo vital.
- Orientación individual, familiar o de la unidad de convivencia.

Es de destacar que la ley contempla el derecho de las personas usuarias a un profesional de referencia de acceso al sistema de atención primaria, y que esta función recae en el o la trabajadora social que «llevará a cabo la valoración y diagnóstico inicial de la situación social, así como una propuesta inicial de las prestaciones más adecuadas» (art.69.1 y 4). Debe aportar la visión integral de la intervención y velar por la continuidad de ésta.

La sección tercera del capítulo IV del Título III de la nueva Ley (artículos 71 al 79) hace referencia a los instrumentos técnicos a desarrollar por las y

los profesionales. Se asemejan a los que son de uso normalizado en otros sistemas de protección consolidados: Tarjeta de información personalizada, Historia social única y Plan personalizado de intervención social (PPIS).

Nos detendremos en este último, ya que en el mismo cobran especial relevancia el diagnóstico y la planificación de la intervención. Es definido como el instrumento diseñado para garantizar el carácter integral de la atención, su continuidad y la homogeneidad de las intervenciones entre los distintos equipos profesionales de los diferentes niveles del sistema. Debe ser consensuado con la persona y su familia o unidad de convivencia, prevaleciendo el criterio técnico en las situaciones de riesgo o desprotección social (art. 78).

El plan personalizado de intervención social recogerá, al menos, los aspectos siguientes (art. 78):

- a) Diagnóstico de la situación y la valoración de las necesidades de atención que identifique explícitamente las capacidades y potencialidades de la persona y su familia y el plazo estimado para la realización de todo el proceso.
- b) Planificación de las actuaciones, acuerdos y compromisos tomados entre la persona, su familia o unidad de convivencia y los equipos profesionales implicados.
- c) Indicadores y la periodicidad del seguimiento que permita la evaluación de la consecución de los objetivos y reorientar, en su caso, la intervención y las actuaciones.

Para garantizar la armonización, la homogeneización y la continuidad de la intervención interprofesional, la Ley prevé que se elaborarán de forma consensuada herramientas de valoración y diagnóstico común a todos los niveles del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.

Además de los instrumentos ya señalados, la Ley prevé la implantación del Sistema Valenciano de Información en Servicios Sociales, herramienta esencial para el manejo de la información de la actividad del Sistema que será de uso obligado para el conjunto de agentes públicos y privados integrados en el Sistema. La información de este Sistema, por razones de transparencia, debería ser pública y accesible a las personas investigadoras y al conjunto de los ciudadanos.

### **1.3. El diagnóstico y la planificación de la intervención y los derechos y deberes de la ciudadanía en los Servicios Sociales**

García Herrero (2007: 4-5) detalla los derechos subjetivos a garantizar por el sistema de Servicios Sociales, entre ellos debemos destacar, en relación al tema que nos ocupa, el derecho a recibir información y orientación profesional,

el derecho a un diagnóstico profesional y a un segundo diagnóstico en caso necesario y a una atención social personalizada y profesionalizada. El propio García Herrero especifica que habrá que considerar también los derechos subjetivos reconocidos en el marco de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia.

Por su parte, en el ámbito estatal, también puede identificarse entre los derechos de las personas usuarias presentes en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, algunos relacionados tanto con el diagnóstico y la valoración social, como con la planificación de la intervención. En esta línea, se cita expresamente el derecho a (MSSSI, 2013: 46):

- b. Disponer de un plan de atención individual en función de la valoración de su situación que se revise periódicamente y siempre que se altere la situación inicial de la persona.
- d. Recibir información suficiente y comprensible sobre los servicios y prestaciones disponibles, los criterios de adjudicación y las prioridades para recibirlos, sobre los derechos y deberes de los destinatarios y usuarios y sobre los mecanismos de presentación de quejas y reclamaciones que deberán ser expuestos de forma visible en los centros de atención.
- e. Participar en la toma de decisiones del centro de Servicios Sociales que les afecten y a rechazar la oferta de participación en servicios o programas y a que su consentimiento sea requerido para el ingreso en un centro o participación en un programa, sin perjuicio del cumplimiento debido de las resoluciones judiciales cuando esté limitada su capacidad de obrar.
- f. Ser tratadas con respeto a la dignidad, con plena garantía de los derechos y libertades fundamentales y demás derechos que les corresponden.
- g. Contar con un profesional de referencia.

Entre los deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales, el Catálogo hace alusión a los siguientes: facilitar los datos veraces y presentar los documentos que sean imprescindibles para valorar su situación, comunicar los cambios que se produzcan en su situación personal y familiar que puedan afectar a las prestaciones solicitadas o recibidas, participar en el proceso de mejora e integración social, y, finalmente, cooperar con el personal profesional de los Servicios Sociales en el proceso de intervención social (MSSSI, 2013: 46-47).

En el ámbito autonómico, la Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana establece un conjunto de derechos y deberes que afectan a las personas usuarias. Sin ánimo de ser exhaustivos, observamos que los derechos reconocidos a las personas usuarias de los servicios inciden de manera directa a muy diversos niveles. Así, en relación con las intervenciones desarrolladas por las y los profesionales, destacamos los siguientes (art. 10.1):

- a) Obtener una información completa, veraz, continuada, comprensible, accesible, suficiente y eficaz sobre la atención social y sobre las condiciones de acceso a la misma.
- b) Obtener una respuesta motivada, diligente y eficaz ante su demanda y obtener la resolución a su demanda del servicio, en un plazo máximo razonable que tendrá que fijarse reglamentariamente.
- c) Recibir una atención personalizada integral, a lo largo de su ciclo vital, en la que se consideren los aspectos individuales, familiares y comunitarios.
- d) Disponer de un análisis de necesidades individuales, familiares o sociales y, en su caso, de un plan personalizado de intervención social, de cuya copia dispondrá por escrito y en formato accesible.
- e) La asignación de una persona profesional de referencia que sea la persona interlocutora principal y que vele por la coherencia, la coordinación con los otros sistemas de protección social y la globalidad y continuidad del proceso de atención. (...)
- g) Participar en la elaboración de los procesos de intervención social que les afecten y en la toma de decisiones relativas a ellos, contando con los apoyos humanos, materiales, técnicos o tecnológicos necesarios.
- h) Realizar sugerencias y reclamaciones, por medio de procedimientos reglados ágiles, accesibles y transparentes, y que éstos se tengan en cuenta en el proceso de seguimiento y evaluación de la intervención.
- i) Elegir libremente entre las medidas o las prestaciones posibles, según la valoración técnica del equipo de profesionales que atiendan su situación.
- j) Recibir atención en un entorno que garantice la privacidad y la confidencialidad, con objeto de preservar su intimidad personal, su dignidad y el respeto de sus derechos y libertades fundamentales.
- k) Recibir una atención de urgencia social, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 70. (...)
- m) Las prestaciones y servicios incluidos en el catálogo del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales, en condiciones de accesibilidad universal y de acuerdo a los estándares de calidad establecidos. (...)
- o) Ser protegidas, en su persona y en sus bienes, tanto en el caso de personas menores de edad como en el supuesto de personas con capacidad modificada judicialmente. (...)
- q) Ser atendidas bajo el principio de libertad de elección y de accesibilidad de la comunicación, para garantizar la correcta recepción y comprensión de la información y que su opinión pueda ser expresada y entendida de forma adecuada. (...)
- s) Un segundo diagnóstico, en los términos fijados reglamentariamente. (...)

Los deberes de las personas usuarias (art. 11) se vinculan básicamente a su lealtad respecto de la información que facilitan al Sistema relativa a su situación y los problemas que les afectan, así como a su conducta honesta y colaborativa respecto de los derechos reconocidos, las prestaciones asignadas, y las y los profesionales que trabajan con ellas.

## 1.4. El diagnóstico y la planificación de la intervención y los derechos y deberes profesionales en los Servicios Sociales

Tanto en el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales (MSSSI, 2013: 47-48) como en la Ley valenciana de Servicios Sociales Inclusivos (arts. 12 y 13) se contemplan los derechos y deberes del personal profesional del sistema. Igual que ocurría con las personas usuarias, algunos de ellos nos remiten al diagnóstico y a la planificación de la intervención. En ambos textos se distingue entre los deberes relacionados con el ejercicio profesional, y los que están relacionados con la necesidad de documentación e información y su tratamiento.

Entre los deberes profesionales a los que hace alusión el Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, destacamos los siguientes (MSSSI, 2013: 47-48):

Deberes en relación a su ejercicio profesional:

- a. Conocer y cumplir la normativa vigente en el ámbito de los Servicios Sociales, y las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de los servicios en los que ejercen su actividad y de las prestaciones que gestionan.
- b. Mantener, en sus relaciones con otras personas profesionales y usuarias, un comportamiento basado en el respeto mutuo y en la no discriminación.
- c. Desempeñar sus funciones de conformidad con las buenas prácticas y los códigos deontológicos profesionales.
- d. Guardar las normas de convivencia y respeto mutuo en los centros en los que prestan Servicios Sociales y en cualquier otro lugar relacionado con sus actividades. (...)

Deberes en relación a la necesidad de documentación e información y su tratamiento:

- a. Participar en la valoración y elaboración de los planes individuales de las personas, así como en su seguimiento y revisión.
- b. Guardar secreto sobre la información de la historia social de las personas usuarias, así como cumplir las normas de protección de los datos de carácter personal.
- c. Cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación, que guarden relación con los procesos e intervenciones profesionales en los que participa o que estén establecidos por la normativa específica.

Por su parte, la Ley valenciana de Servicios Sociales Inclusivos plantea los siguientes deberes de las personas profesionales de los Servicios Sociales (al margen de aquellos que les impongan la normativa y los códigos deontológicos correspondientes) (art. 13.1):

- a) Respetar todos los derechos recogidos en esta ley para las personas usuarias y las personas profesionales y favorecer el cumplimiento de estos.
- b) Conocer y cumplir la normativa vigente en el ámbito de los Servicios Sociales y, en particular, las normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de los servicios en los que gestionan y ejercen su actividad.

- c) Informar a instancia competente inmediatamente superior de las situaciones de malas prácticas profesionales y cualquier otra situación que, según criterio profesional y basándose en los elementos de valoración de los que disponga, pueda comportar una vulneración de derechos.
- d) Participar, de acuerdo con sus conocimientos e información, en la elaboración de instrumentos técnicos, de seguimiento o evaluación, que se elaboren desde sus respectivos niveles funcionales y territoriales, e informar de posibles mejoras en el funcionamiento, la organización o las instalaciones donde se efectúa la provisión de Servicios Sociales.
- e) Trabajar en red con profesionales de otros equipos, así como del resto de sistemas de protección social.
- f) Formar parte de los procesos de evaluación periódica de las prestaciones.  
(...)
- h) Facilitar a las personas usuarias información sobre el proceso de intervención, sus contenidos, necesidad de implicación e itinerario previsto, de manera comprensible y accesible.
- i) Respetar las opiniones, criterios y decisiones que las personas usuarias adopten por sí mismas o a través de su representante legal, de acuerdo con lo establecido por el ordenamiento jurídico y, en su caso, de acuerdo con una resolución judicial.
- j) Mantener, en sus relaciones con otras personas usuarias y profesionales, un comportamiento basado en el respeto mutuo y en la no discriminación, y asegurar la confidencialidad en el manejo de datos referidos a personas, situaciones y procesos de intervención, de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.  
(...)
- m) Comunicar a las personas titulares del servicio cualquier situación de inhabilitación o cualesquiera otras situaciones de las personas profesionales, en las que hayan recaído sanciones de privación o de incapacitación, incluidas las que habiendo sido objeto de denuncia puedan derivar en inhabilitación para el desarrollo del ejercicio profesional.
- n) Otros deberes que se les impone en esta ley, así como los reglamentos que la desarrollan y el resto de la normativa que afecten al ámbito sectorial de atención de los Servicios Sociales.

Entre los derechos de las y los profesionales de los Servicios Sociales, los textos indicados hacen referencia, entre otros, al derecho a recibir una formación continua y adecuada, a recibir la información necesaria para el desarrollo de las funciones, disponer de los instrumentos y medios necesarios para desarrollar adecuadamente su trabajo, participar en la planificación, organización, seguimiento y evaluación de prestaciones y servicios, así como en la elaboración de los instrumentos técnicos de seguimiento o evaluación. Asimismo, la Ley 3/2019 plantea además el trabajo en red y la supervisión profesional.



## 1.5. Bibliografía

- CURY, S.P. y ARIAS ASTRAY, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «diagnóstico social». Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 9-24. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2016.23.01>
- GARCÍA HERRERO, G. (coord.) (2007). *Las nuevas leyes de servicios sociales. Criterios para valorar su elaboración o sus contenidos*. Zaragoza: Asociación Estatal de Directores Y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado de <https://directoressociales.com/las-nuevas-leyes-de-servicios-sociales-2007/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI] (2013). *Catálogo de Referencia de Servicios Sociales*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/CatalogoReferenciaSs.htm>
- SUBIRATS, J. (dir.) (2007). *Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de <https://sid-inico.usal.es/documentacion/los-servicios-sociales-de-atencion-primaria-ante-el-cambio-social/>



## 2. Fundamentos profesionales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar

Víctor M. Giménez-Bertomeu

*Universidad de Alicante*

El segundo de los elementos que fundamenta el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) consiste en el encargo o mandato profesional de quienes ejercen en dichos servicios. Dicho encargo procede de las regulaciones de las que se dotan los diferentes grupos profesionales para orientar la práctica de sus miembros. A los efectos de este trabajo, «profesión» hace referencia al grupo de personas que cuenta con un cuerpo de conocimientos y habilidades especializados, una formación específica de nivel universitario y control sobre la misma, un código de ética, que comparte una «cultura» común y cuenta con estatutos, normas y mecanismos de autorregulación por parte de un cuerpo profesional (asociación o colegio profesional) (Evetts, 2011; Freidson, 2001; Greenwood, 1957; Hugman, 1998).

En este apartado se pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Qué disponen las regulaciones profesionales en relación con el diagnóstico y la planificación de la intervención con personas y familias?

Para ello, en primer lugar, es necesario identificar cuáles son las principales profesiones que están llamadas a ejercer su actividad profesional en los SSAP.

En segundo lugar, es necesario identificar qué dispone cada profesión acerca del diagnóstico y la planificación de la intervención con individuos y familias, a través de los documentos profesionales que la regulan. Recordemos que estos documentos son elementos que orientan la conducta profesional, de origen externo a las organizaciones en las que ejercen la actividad profesional. Sirven como mecanismo de coordinación del trabajo mediante la estandarización de las habilidades y conocimientos de las y los profesionales,

principal componente de los SSAP, en tanto que burocracias profesionales (Mintzberg, 1989, 1995).

## 2.1. Las profesiones de los Servicios Sociales de Atención Primaria

La identificación de las principales profesiones de los SSAP se realiza en la norma básica que regula los Servicios Sociales en el territorio valenciano: la Ley 3/2019 de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana. Esta norma prevé que los equipos de intervención de las zonas básicas de Servicios Sociales, desde las que se presta la atención primaria básica, estarán formados por «personas con titulación universitaria en las disciplinas o las áreas de conocimiento de Trabajo Social, educación social y psicología, además de por personas con formación profesional en integración social. Los equipos de intervención social podrán incorporar otras figuras profesionales con titulación universitaria en pedagogía y otras disciplinas o áreas de conocimiento procedentes de los ámbitos de las ciencias sociales y de la salud, entre otros» (artículo 64.3). De este modo, las tres principales profesiones que desarrollarán su actividad profesional en los SSAP son la Educación Social, la Psicología y el Trabajo Social.

Por un lado, la Educación Social es definida como un «agente de cambio social, dinamizador de grupos sociales a través de estrategias educativas que ayudan a los sujetos a comprender su entorno social, político, económico y cultural y a integrarse adecuadamente» (Villa, 2004a: 127). Por su parte, su Código Deontológico señala que se trata de «una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando: la incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social; la promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social» (Asociación Estatal de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales, 2007: 21).

Por otro lado, la Psicología se organiza en España en varios perfiles profesionales. El perfil profesional relacionado con los Servicios Sociales es el de la Psicología de la Intervención Social (PSIS). Desde la creación de esta denominación del perfil en 1984 ha sido definida como la «actividad profesional de una de las ramas de la psicología que en su evolución histórica surge como respuesta a la necesidad de analizar y actuar sobre los problemas de las interacciones personales en sus diversos contextos sociales» (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998: 93; Freixa, 2005: 121). En la actualidad se define

como sigue: «conjunto de saberes y prácticas fundamentadas en la ciencia del comportamiento humano que se aplican a las interacciones entre personas, grupos, organizaciones, comunidades, poblaciones específicas o la sociedad en general, con la finalidad de conseguir su empoderamiento, la mejora de su calidad de vida, una sociedad inclusiva, la reducción de las desigualdades y el cambio social. Todo esto mediante estrategias proactivas y preventivas que dinamizan y favorecen la participación de personas y comunidades y tienen en cuenta la diversidad humana» (Sánchez y Martínez, 2018: 21; Consejo General de la Psicología, 2020: 5).

Por último, el Trabajo Social es definido como «una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar.» (Federación Internacional de Trabajadores Sociales [FITS], 2014).

## **2.2. La regulación profesional del diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar**

Las regulaciones profesionales que han sido revisadas al objeto de identificar qué disponen sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP han sido, fundamentalmente:

- Los Códigos Deontológicos de la Educación Social (Asociación Estatal de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales, 2007), de la Psicología (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015) y del Trabajo Social (Consejo General del Trabajo Social, 2012).
- Los Libros Blancos del Grado de cada una de las profesiones: Educación Social (Villa, 2004a,b), Psicología (Freixa, 2005) y Trabajo Social (Vázquez, 2004).
- Asimismo, en el caso de la Psicología, se han consultado también los documentos colegiales sobre el perfil profesional de la Psicología de la Intervención Social (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998; Sánchez y Martínez, 2018; Consejo General de la Psicología, 2020). En el caso de la Educación Social, también se han consultado otros documentos denominados «profesionalizadores» que han sido publicados junto al Código Deontológico Asociación Estatal

de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales, 2007).

Los Códigos Deontológicos se han utilizado porque recogen las normas de conducta ética de cada profesión, actuando como mecanismos autorreguladores de la práctica; los Libros Blancos del Grado porque identifican las características clave de las personas tituladas; el resto de documentos porque detallan las características del perfil profesional específico o de la profesión.

En los documentos mencionados se han buscado las referencias que contienen o son aplicables al diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP que permitieran, por un lado, identificar este nivel de intervención como un nivel de actuación de la profesión, y, por otro lado, qué atribuciones y orientaciones realizan a cada una de las profesiones en relación con el diagnóstico y la planificación de la intervención en ese nivel de intervención.

### 2.2.1. El nivel de intervención individual y familiar

Las tres profesiones que nos ocupan identifican la intervención con personas y familias como uno de los niveles de intervención en que son competentes. No obstante, unas lo hacen de un modo más explícito y claro que otras.

En el caso de la Educación Social, a partir de los tres grandes ámbitos de intervención de esta profesión que recoge el Libro Blanco del Grado (Villa, 2004a: 128, 134), podemos establecer que el nivel individual y familiar está previsto fundamentalmente, de manera implícita, en los ámbitos socioeducativo y laboral. A este respecto, el Libro Blanco señala que estos ámbitos consisten en cuanto sigue, aplicable al trabajo con individuos y familias:

- Educación social especializada, su función es favorecer la inserción social de personas y colectivos de población en situación de marginación, desadaptación, conflicto social y exclusión social, así como prevenir tales situaciones en colectivos calificados de riesgo social.
- Educación de personas adultas, que atiende a las necesidades formativas de la población adulta vinculadas a su desarrollo personal y a su adaptación sociolaboral.

Asimismo, el Código Deontológico de la Educación Social, al hacer referencia al principio de justicia social que guía la acción profesional, señala que «esto implica, además, que desde el proceso de la acción socioeducativa se actúe siempre con el objetivo del pleno e integral desarrollo y bienestar de las *personas*, los grupos y la comunidad» (Asociación Estatal de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales, 2007: 24).

En lo que se refiere a la Psicología de la Intervención Social, este nivel de intervención se presenta en las regulaciones profesionales identificado bien como un procedimiento, técnica o instrumento, bien como un ámbito de actuación.

Al enumerar los procedimientos, técnicas e instrumentos de este perfil profesional, se hace referencia a que entre ellos se encuentra:

- La «intervención individual», es decir, «intervenciones centradas en la persona, con el fin de lograr su autonomía y desarrollo personal, en cada una de las áreas de trabajo de la Psicología de la Intervención Social» (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013: 16).
- La «intervención y terapia familiar» (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013: 16-17; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998: 96). En este nivel de intervención se situarían también las «técnicas de mediación», para las que se indica que «su ámbito de actuación incluye tanto conflictos familiares, como de cualquier otra índole (profesional, educación, laboral, penitenciaria, vecinal, intercultural u otras).» (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013: 16-17; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998: 96).

Asimismo, al enumerar y describir los ámbitos de actuación de este perfil profesional, se señala que uno de ellos consiste en las «intervenciones individuales y en grupo» (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013: 20; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998: 97-103; Sánchez y Martínez, 2018: 34-36), aunque su descripción se refiere sobre todo a las intervenciones individuales y familiares, y escasamente a las intervenciones grupales.

Por lo que respecta al Trabajo Social, la competencia general de la profesión que recoge el Libro Blanco del Grado es la que explicita el nivel de intervención individual y familiar como uno de los niveles de intervención de la práctica profesional (Vázquez, 2004: 111):

El /la trabajador/a social es un/a profesional de la acción social que tiene una comprensión amplia de las estructuras y procesos sociales, el cambio social y del comportamiento humano, que le capacita para:

- intervenir en las situaciones (problemas) sociales (de malestar) que viven *individuos, familias, grupos, organizaciones y comunidades*, asistiendo, manejando conflictos y ejerciendo mediación;
- participar en la formulación de las Políticas Sociales;
- contribuir a la ciudadanía activa mediante el empoderamiento y la garantía de los derechos sociales.

Todo ello con el fin último de contribuir junto con otros profesionales de la acción social a:

- la integración social de *personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades*,
- la constitución de una sociedad cohesionada y
- el desarrollo de la calidad de vida y del bienestar social.

## 2.2.2. Atribuciones profesionales sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención

La Educación Social realiza atribuciones profesionales en sus documentos profesionales referidas al diagnóstico y la planificación de la intervención cuando se identifican las funciones de la profesión. Por un lado, se recogen estas atribuciones en el Libro Blanco del Grado al enumerar sus funciones profesionales (Villa, 2004a: 128-129), entre las que se encuentran las siguientes:

- Observación y detección de las necesidades y características del entorno de los grupos e individuos.
- Organizadora, de planificación, programación, desarrollo y evaluación de su intervención.

Asimismo, el Catálogo de Funciones y Competencias de la educadora y el educador social establece seis funciones generales de la acción profesional, entre las que destacamos dos de ellas por su relación con el diagnóstico y la planificación de la intervención en el nivel de intervención que nos ocupa (Asociación Estatal de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales, 2007: 39-43):

- Conocimiento, análisis e investigación de los contextos sociales y educativos. Campo de responsabilidad que hace referencia a la investigación y conocimiento de las dinámicas institucionales y los contextos sociales en sus dimensiones macro, meso y micro relacionados con el desarrollo de un sujeto de derecho.
- Diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos. Campo de responsabilidad que hace referencia a acciones, actividades y tareas tanto en instituciones como con programas, proyectos y actividades.

En el caso de la Psicología de la Intervención Social, las atribuciones acerca del diagnóstico y la planificación de la intervención se realizan como funciones propiamente dichas, como parte de otras funciones o como actividades profesionales.

Cuando los documentos profesionales hacen referencia a los ámbitos de actuación, se atribuye a este perfil profesional «tres funciones principales (...), tanto en su vertiente individual como en la familiar» (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013: 20; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998: 97-103; Sánchez y Martínez, 2018: 34-36):

- Evaluación. Diseña metodología y sistemas de evaluación psicosocial. Diseña técnicas y estrategias de motivación. Planifica y supervisa. Estudio y análisis de la estructura familiar en cuanto a relaciones y/o problemática. Intervención para detectar comportamientos sintomáticos patológicos de



los miembros de la familia a nivel personal y con respecto a su estructura relacional. Análisis del síntoma a nivel individual. Visitas a domicilio, que permiten elaborar un análisis, diagnóstico e intervención más adecuada.

- Diagnóstico. Diagnóstico de conflictos individuales y/o familiares. Realización de entrevistas de exploración psicológica. Informes de peritación a demanda de otras instituciones. Determinación de variables asociadas al conflicto individual y/o familiar. Colaboración con otros profesionales del centro y fuera del centro.
- Tratamiento. Intervención en situaciones de crisis personal y/o familiar. Asesoramiento, orientación y mediación a nivel individual, pareja y/o familiar. Intervención terapéutica sobre las patologías previamente diagnosticadas. Terapia clínica a nivel individual, pareja, familiar y grupal. Supervisión de la aplicación de modelos de intervención de tratamiento familiar en sus diferentes fases. Terapia individual para las derivaciones de otras concejalías y organismos (familia, menores de edad, o mayores, etc.).

Asimismo, cuando se identifican las funciones de este perfil profesional, se señalan varias de ellas que implican la realización de tareas de diagnóstico y planificación (Área de Psicología de la Intervención Social, 2013: 4-6; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998: 94-95-103; Freixa, 2005: 122-123):

- Función de atención directa. Ya sea individualmente o en grupo, se intervendrá con la población objetivo en la evaluación, orientación y resolución de sus necesidades. La atención directa con las personas, familias y grupos, en situación de vulnerabilidad y dificultad social, se realiza con el fin de: informar y orientar en relación a los aspectos psicológicos que pudieran favorecer o que sostienen y mantienen las situaciones de desprotección o vulnerabilidad social, tanto a personas individuales, como a grupos o entidades privadas y públicas; evaluar y diagnosticar los aspectos psicológicos presentes en las diversas situaciones específicas de vulnerabilidad y dificultad social; prevenir, mediante un trabajo psicoeducativo y de atención psicológica, los factores psicológicos que pudieran favorecer o mantener las situaciones de dificultad de integración social; paliar, mediante un trabajo psicoterapéutico, las consecuencias psicológicas derivadas de dichas situaciones sociales, una vez se han producido.
- Función de investigación. Creación de conocimientos nuevos en base a estudios y prospecciones, incluyendo, entre otras: la detección de necesidades sociales y grupos de riesgo; los factores, tanto de riesgo como de protección, implicados en las situaciones de dificultad social, en sus diferentes niveles: individual, familiar, grupal, comunitario.

- Función de planificación, evaluación y gestión de programas sociales. Estas funciones incluyen tanto la detección de necesidades poblacionales, como de su resolución a través de la creación de programas específicos, y su evaluación continua y final, en un proceso dinámico de evaluación/acción, que se retroalimenta tanto de la experiencia adquirida, como de las nuevas ideas y proyectos que el flujo de resultados genera.
- Función de formación. Realización de actividades formativas, orientadas tanto a población diana, como a los profesionales intervinientes, para que en su intervención puedan tener en cuenta elementos y factores de carácter psicológico, aunque no intervengan de forma directa sobre ellos.

El Trabajo Social atribuye en sus documentos profesionales funciones relacionadas con el diagnóstico y la planificación de la intervención. Por un lado, el preámbulo del Código Deontológico (Consejo General del Trabajo Social, 2012) señala un conjunto de funciones, entre las que se encuentran funciones que remiten al diagnóstico y la planificación, como son: investigación, planificación, evaluación. Por otro lado, el Libro Blanco del Grado identifica varias funciones profesionales que implican el diagnóstico y la planificación de la intervención (Vázquez, 2004: 104-105):

- Función asistencial. Mediante la detección y tratamiento psicosocial de las necesidades sociales individuales, grupales, familiares y de la comunidad, los trabajadores sociales gestionan los recursos humanos y organizativos, contribuyendo así a la administración de las prestaciones de responsabilidad pública, su distribución, y la protección de las poblaciones, según los derechos sociales reconocidos.
- Función transformadora. Investigar para modificar la práctica social que cree desigualdad e injusticia social.
- Función de planificación, análisis de procesos sociales y necesidades y evaluación. A partir del conocimiento y análisis de procesos sociales y necesidades, el trabajador social trabaja en la planificación y evaluación en los microsistemas mediante el diseño y ejecución de planes, programas y proyectos sociales, así como en un nivel estratégico, contribuye a la formulación de políticas sociales autónomas, nacionales, europeas e internacionales.

### **2.2.3. Orientaciones de conducta profesional en el diagnóstico y la planificación de la intervención**

Por último, consideramos necesario revisar las prescripciones y orientaciones de conducta profesional que realizan los documentos y regulaciones profesionales acerca del diagnóstico y la planificación de la intervención, o que sean aplicables a éstos.

La revisión documental realizada muestra que:

- Estas orientaciones para la práctica profesional se encuentran en los Códigos Deontológicos de cada profesión.
- Adoptan dos formas: por un lado, un inventario de principios generales de conducta que son aplicables a cualquiera de las actividades profesionales, incluido el diagnóstico y la planificación; por otro lado, una orientación o una prescripción de conducta específicas directamente relacionadas con el diagnóstico y la planificación en los niveles de intervención que nos ocupan

La Educación Social basa su actuación profesional en una serie de principios generales recogidos en su Código Deontológico (Asociación Estatal de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales, 2007), que son aplicables al diagnóstico y la planificación de la intervención:

- En relación con los sujetos de su acción profesional:
  - Respeto a los Derechos Humanos. El educador/a social actuará siempre en el marco de los derechos fundamentales y en virtud de los derechos enunciados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
  - Respeto a los sujetos de la acción socioeducativa. El educador/a social actuará en interés de las personas con las que trabaja y respetará su autonomía y libertad. Este principio se fundamenta en el respeto a la dignidad y en el principio de profesionalidad descrito en este Código.
- En relación con su propia acción profesional
  - Profesionalidad. La autoridad profesional del educador/a social se fundamenta en su competencia, su capacitación, su cualificación para las acciones que desempeña, su capacidad de autocontrol y su capacidad de reflexión sobre su praxis profesional.
  - Acción socioeducativa. El educador/a social es un profesional de la educación que tiene como función básica la creación de una relación educativa que facilite a la persona ser protagonista de su propia vida. Además, el educador/a social en todas sus acciones socioeducativas, partirá del convencimiento y responsabilidad de que su tarea profesional es la de acompañar a la persona, al grupo y a la comunidad para que mejoren su calidad de vida, de manera que no le corresponde el papel de protagonista en la relación socioeducativa, suplantando a las personas, grupos o comunidades afectadas.

- Autonomía profesional. El educador/a social tendrá en cuenta la función social que desarrolla la profesión al dar una respuesta socioeducativa a ciertas necesidades sociales según unos principios deontológicos generales y básicos de la profesión, que tendrá como contrapartida la asunción de las responsabilidades que se deriven de sus actos profesionales.
- Información responsable y de la confidencialidad. El educador/a social guardará el secreto profesional en relación con aquellas informaciones obtenidas, directa o indirectamente acerca de las personas a las que atiende. En aquellos casos en que por necesidad profesional se haya de trasladar información entre profesionales o instituciones, ha de hacerse siempre en beneficio de la persona, grupo o comunidad y basado en principios éticos y/o normas legales con el conocimiento de los interesados/as.
- En relación con la institución:
  - Coherencia institucional. El educador/a social conocerá y respetará la demanda, el proyecto educativo y reglamento de régimen interno de la institución donde trabaja.

El Código Deontológico de la Educación Social también recoge una serie de deberes profesionales aplicables al diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar:

- En relación con los sujetos de la acción socioeducativa:
  - En sus acciones socioeducativas tendrá en cuenta la decisión de la persona o de su representante legal. Esto incluye también la finalización de la acción socioeducativa a partir de la voluntariedad en las personas mayores de edad y emancipados/as (artículo 3).
  - Deberá conocer la situación concreta del entorno más cercano, sea familia o grupo, tanto si la acción socioeducativa se realiza con ellos en su conjunto, como si se lleva a cabo con alguno de sus miembros (artículo 5).
- En relación con su profesión:
  - Potenciará los recursos personales y sociales de todos los miembros del entorno más cercano y de éste en su conjunto para que colabore, en la medida de sus posibilidades, en el abordaje y la resolución de las situaciones planteadas. En este sentido, conocerá las redes y servicios comunitarios que puedan complementar su tarea, así como la forma de activarlos y complementarlos con el trabajo que esté realizando (artículo 6).
  - Mantendrá, siempre, una rigurosa profesionalidad en el tratamiento de la información (artículo 7): (B) Deberá preservar su confidencialidad; (C) será consciente de cuál es la información

relevante que precisa obtener de las propias personas y/o de su entorno; (D) transmitirá, únicamente, información veraz y contrastada, separando en todo caso información de valoraciones, opiniones o pronósticos; (E) cuando tenga que transmitir dicha información lo hará con conocimiento del sujeto de la acción, su representante o tutor y, si es posible, con su consentimiento.

- El educador/a social trabaja mediante proyectos y para garantizar una acción integral, planificará la acción socioeducativa, en todas sus dimensiones, y no dejará al azar los elementos de la misma. Además, mantendrá una actitud de evaluación crítica continua (artículo 8).
- Para el desarrollo de las acciones socioeducativas, recogerá toda la información posible y analizará cada situación objetivamente con responsabilidad, y con rigor metodológico (exactitud en los indicadores y en los mecanismos de recogida de datos). Una vez recogida la información valorará los elementos y componentes subjetivos que entran en juego en el planteamiento y desarrollo de la acción socioeducativa (artículo 9).
- En relación con el equipo:
  - Como miembro de un equipo, elaborará los aspectos educativos de los proyectos, que guíen las acciones socioeducativas de los profesionales que lo componen y contribuirá mediante su reflexión a que éstos se desarrollen (artículo 17).

En lo que respecta a la Psicología de la Intervención Social, de acuerdo con el Código Deontológico de la profesión de Psicólogo/a (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015), ésta se rige por una serie de principios comunes a toda deontología profesional: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los clientes, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional, solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales (artículo 6). El Código no detalla el contenido de cada uno de ellos.

Asimismo, su Código Deontológico contiene prescripciones y orientaciones de conducta profesional que afectan al diagnóstico y a la planificación de la intervención:

- Especialmente en sus informes escritos, el/la Psicólogo/a será sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente (artículo 12).
- Todo tipo de material estrictamente psicológico, tanto de evaluación cuanto de intervención o tratamiento, queda reservado al uso de los/

as Psicólogos/as, quienes por otra parte, se abstendrán de facilitarlos a otras personas no competentes. Los/las Psicólogos/as gestionarán o en su caso garantizarán la debida custodia de los documentos psicológicos (artículo 19).

- Cuando una determinada evaluación o intervención psicológica envuelva estrechas relaciones con otras áreas disciplinares y competencias profesionales, el/la Psicólogo/a tratará de asegurar las correspondientes conexiones, bien por sí mismo, bien indicándoselo y orientando en ese sentido al cliente (artículo 20).
- Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía (artículo 25).
- El/la Psicólogo/a debe dar por terminada su intervención y no prolongarla con ocultación o engaño tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos, como si tras un tiempo razonable aparece que, con los medios o recursos a su disposición, es incapaz de alcanzarlos. En este caso indicará a la persona, grupo, institución o comunidad qué otros psicólogos o qué otros profesionales pueden hacerse cargo de la intervención (artículo 26).
- El/la Psicólogo/a debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente (artículo 32).
- En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente (artículo 39).
- Toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional (artículo 40).
- Cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el/la Psicólogo/a obtiene información, ésta sólo puede comunicarse a terceras personas, con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esta autorización (artículo 41).

- Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por otra persona – jueces, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado–, éste último o sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del Informe Psicológico consiguiente. El sujeto de un Informe Psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la Psicólogo/a, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas (artículo 42).
- Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, aparte de lo indicado en el artículo anterior, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el/la Psicólogo/a como la correspondiente instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados. Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados en los que deban constar los diagnósticos o datos de la evaluación y que se les requieran al Psicólogo por otras instancias, a efectos de planificación, obtención de recursos u otros, deberán realizarse omitiendo el nombre y datos de identificación del sujeto, siempre que no sean estrictamente necesarios (artículo 43).
- El fallecimiento del cliente, o su desaparición –en el caso de instituciones públicas o privadas– no libera al Psicólogo de las obligaciones del secreto profesional (artículo 49).

En el caso del Trabajo Social, el proceso y el contenido del diagnóstico y de la planificación de la intervención han de ser acordes con los principios generales de la profesión (Consejo General del Trabajo Social, 2012), entre los cuales destacamos los siguientes por su relación más directa con aquellos:

- Respeto activo a la persona, al grupo, o a la comunidad como centro de toda intervención profesional.
- Aceptación de la persona en cuanto tal con sus singularidades y diferencias.
- Superación de categorizaciones derivadas de esquemas prefijados.
- Ausencia de juicios de valor sobre la persona, así como sobre sus recursos, motivaciones y necesidades.
- Individualización expresada en la necesidad de adecuar la intervención profesional a las particularidades específicas de cada persona, grupo o comunidad.
- Personalización exige reconocer el valor del destinatario no como objeto sino como sujeto activo en el proceso de intervención con la intencionalidad de derechos y deberes.

- Promoción integral de la persona, considerada como un todo, desde sus capacidades potenciales y los múltiples factores internos y externos circunstanciales. Supone superar visiones parciales, unilaterales, así como integrar la intervención a través de la interprofesionalidad.
- Igualdad de oportunidades, de derechos, de equidad y de participación desde la convicción de que cada persona tiene capacidades para una mayor calidad de vida.
- Autonomía ejercida desde la confianza en las capacidades propias de los profesionales, sin coacciones externas.
- Autodeterminación como expresión de la libertad de la persona y por lo tanto de la responsabilidad de sus acciones y decisiones.
- Responsabilidad y corresponsabilidad con la persona usuaria, con todos los sujetos que participan en la intervención profesional y con las instituciones.
- Coherencia profesional conociendo y respetando el proyecto y la normativa de la institución donde trabaja.
- Integridad exige del profesional no abusar de la relación de confianza con la persona usuaria, reconocer los límites entre la vida personal y profesional, y no aprovecharse de su posición para obtener beneficios o ganancias personales.

Asimismo, entre los derechos y deberes de las/los trabajadoras/es sociales en relación con la persona usuaria y con otras/os profesionales que recoge el Código deontológico (Consejo General del Trabajo Social, 2012) destacamos los que siguen:

- Los/las profesionales del Trabajo Social toman decisiones justificadas éticamente, en conformidad con la Declaración Internacional de Principios Éticos de la FITS, los Criterios Éticos Internacionales para los Trabajadores Sociales y cuanto se establece en el presente Código Deontológico (artículo 10).
- Los/las profesionales del Trabajo Social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional (artículo 11).
- Los/las profesionales del Trabajo Social tienen la responsabilidad de ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento (artículo 12).
- Los/las profesionales del Trabajo Social, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cual sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia,



- religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual o cualquier otra diferencia (artículo 13).
- Los/las profesionales del Trabajo Social trabajan en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas (artículo 14).
  - Los/las profesionales del Trabajo Social, promoviendo el compromiso y la implicación de las personas usuarias, favorecen que éstas se responsabilicen en la toma de decisiones y acciones que puedan afectar a su vida siempre que no vulneren los derechos e intereses legítimos de terceros. Harán el menor uso posible de medidas legales coercitivas, y sólo las adoptarán en favor de una de las partes implicadas en un conflicto, después de una cuidadosa evaluación de los argumentos de cada una de las partes (artículo 15).
  - Los profesionales del trabajo Social se comprometen en la intervención social a buscar y garantizar a toda persona, grupo o comunidad la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir sus necesidades; especialmente de aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad o en alguna situación específica de desventaja social (artículo 17).
  - Cuando por causas diversas no sea posible consensuar las cuestiones que afecten a la persona usuaria, el profesional velará por la elección de los mejores procesos que aseguren que la decisión adoptada es tomada en coherencia con los intereses, deseos y necesidades de aquel/lla (artículo 19).
  - El/la profesional del Trabajo Social debe registrar y archivar debidamente la documentación realizada a fin de poderla transferir o derivar a los profesionales correspondientes para evitar reiteraciones o retrocesos en la actividad profesional (artículo 28).

El capítulo IV del Código Deontológico se destina a profundizar en el deber de confidencialidad y secreto profesional en la práctica profesional, entre los que destacamos los siguientes artículos, de nuevo por su relación con el diagnóstico y la planificación de la intervención:

- El/la profesional del Trabajo Social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional (artículo 51).
- El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria (artículo 52).

- El/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial (artículo 53):
  - 1) De calidad: El/la profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.
  - 2) De consentimiento: Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional.
  - 3) De cesión de información y advertencia de confidencialidad: El/la profesional del Trabajo Social, siempre que remita o traslade información indicará por escrito, si fuera necesario, al receptor/a, que ésta es confidencial y que solo puede utilizarse para el fin solicitado, pudiendo existir responsabilidad en caso contrario. En toda circunstancia se atenderá al principio de prudencia en el manejo y cesión de la información. Evitará por ello comentarios y coloquios acerca de información sobre los/las usuarios/as en espacios públicos, abiertos o faltos de intimidad.
  - 4) De limitación: El/la profesional del Trabajo Social debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros/as profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional.
  - 5) De cumplimiento de la legislación de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje: El/la profesional del Trabajo Social cumplirá la normativa en materia de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje, especialmente en relación a los datos sensibles y custodia de expedientes, como garantía del principio de confidencialidad y secreto profesional.
  - 6) De Finalidad: La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.
  - 7) De custodia y acceso responsable: El/la trabajador social, sin perjuicio de las responsabilidades del resto de profesionales con los que trabaja o para quienes trabaja, deberá custodiar los documentos e informaciones de la persona usuaria, así como restringir el acceso permitiendo su uso sólo al personal autorizado con los que desempeña su función como forma de garantizar la confidencialidad.

Para finalizar, en este capítulo se recogen los supuestos de exención del deber de confidencialidad y secreto profesional (art. 54) y los principios orientadores para el uso de dichos supuestos en caso de duda (art. 55).

### **2.3. El trabajo en equipo e interdisciplinar de las profesiones de los Servicios Sociales de Atención Primaria**

Como hemos mencionado con anterioridad, la Ley autonómica 3/2019 de Servicios Sociales señala que las tres profesiones que nos ocupan constituirán los denominados «equipos de intervención social». Por ello, hemos considerado oportuno identificar qué disponen las regulaciones profesionales de cada una de ellas al respecto de la cooperación interprofesional.

Todas ellas prevén orientaciones de conducta profesional en sus Códigos Deontológicos y en el resto de documentos de autorregulación profesional, dirigidas a facilitar el trabajo interdisciplinar, coordinado y en equipo con otras profesiones, en un marco de respeto mutuo. Recogemos a continuación las principales orientaciones de conducta señaladas por cada una de ellas.

La Educación Social, entre sus principios deontológicos generales (Capítulo II del Código Deontológico), recoge dos relativos al trabajo con otras profesiones:

- Principio 9. Solidaridad profesional. El educador/a social mantendrá una postura activa, constructiva y solidaria en relación con el resto de profesionales que intervienen en la acción socioeducativa.
- Principio 11. Complementariedad de funciones y coordinación. El educador/a social al trabajar en equipos y/o en redes, lo hará de una forma coordinada. Será consciente de su función dentro del equipo, así como de la posición que ocupa dentro de la red siendo consciente de la medida en que su actuación puede influir en el trabajo del resto de los miembros, del propio equipo y de los profesionales o servicios. Se planteará una actuación interdisciplinar teniendo en cuenta los criterios, conocimientos y competencias de los otros miembros del equipo o red. Toda actuación de un profesional de la Educación Social estará definida por una actitud constante y sistemática de coordinación con el fin de que el resultado de las diferentes acciones socioeducativas con la persona o el colectivo sea coherente y constructivo.

La Psicología señala en uno de sus principios deontológicos generales la necesidad de cooperación interprofesional «puesto que el/la Psicólogo/a no es el único profesional que persigue estos objetivos humanitarios y sociales, es conveniente y en algunos casos es precisa la colaboración interdisciplinar con otros profesionales, sin perjuicio de las competencias y saber de cada uno

de ellos» (artículo 5). Asimismo, en la sección de su Código Deontológico dedicada a la competencia profesional y a la relación con otras profesiones, se recoge cuanto sigue:

- **Coordinación.** Cuando una determinada evaluación o intervención psicológica envuelva estrechas relaciones con otras áreas disciplinares y competencias profesionales, el/la Psicólogo/a tratará de asegurar las correspondientes conexiones, bien por sí mismo, bien indicándoselo y orientando en ese sentido al cliente (artículo 20).
- **Respeto.** Sin perjuicio de la crítica científica que estime oportuna, en el ejercicio de la profesión, el/la Psicólogo/a no desacreditará a colegas u otros profesionales que trabajan con sus mismos o diferentes métodos, y hablará con respeto de las escuelas y tipos de intervención que gozan de credibilidad científica y profesional (artículo 22). Asimismo, el ejercicio de la Psicología se basa en el derecho y en el deber de un respeto recíproco entre el/la Psicólogo/a y otras profesiones, especialmente las de aquellos que están más cercanos en sus distintas áreas de actividad (artículo 23).

Por su parte, el Trabajo Social recoge en su Código Deontológico un principio ético general consistente en la «colaboración profesional de manera activa, constructiva y solidaria en relación con los/las otros/as profesionales que participan en la intervención profesional con la persona usuaria». Asimismo, a propósito de las relaciones con otras profesiones, realiza las siguientes orientaciones de conducta:

- **Coordinación.** En los casos en los que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el/la profesional del Trabajo Social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en la que ejerza su actividad (artículo 24).
- **Intercambio.** El/la profesional del Trabajo Social promueve el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas con los/las colegas y profesionales de otras disciplinas a fin de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención social (artículo 26).
- **Cooperación.** El/la profesional del Trabajo Social presta desinteresadamente y orientación y guía, así como atención a las demandas, con la máxima diligencia a los/as colegas que lo soliciten (artículo 27).
- **Respeto.** El/la profesional del Trabajo Social evalúa con criterios objetivos y rigurosos y de manera leal y respetuosa tanto su trabajo como el que le corresponde hacer en equipo (artículo 29).

## 2.4. Bibliografía

- Área de Psicología de la Intervención Social (2013). *Roles y funciones del/a Psicólogo/a de la Intervención Social*. Madrid: Consejo General de la Psicología. Recuperado de <https://copao.com/wp-content/uploads/2021/03/ROLESYFUNCIONESPSICOLOGOINTERVENCIONSOCIAL.pdf>
- Asociación Estatal de Educación Social y Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales (2007). *Documentos profesionalizadores*. Recuperado de <http://www.consejoeducacionsocial.net/wp-content/uploads/2019/11/Documentos-profes-Sept-2007.pdf>
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). *Perfiles profesionales del psicólogo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos. Recuperado de <http://www.cop.es/perfiles/>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015). *Código Deontológico del Psicólogo*. Recuperado de <https://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>
- Consejo General de la Psicología (2020). *Acreditación nacional del/la Psicólogo/a experto/a en Psicología de la Intervención Social*. Madrid: Comisión Nacional de Acreditación Profesional. Recuperado de <https://www.acreditaciones.cop.es/pdf/APIntervencionSocial.pdf>
- Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado de [https://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)
- EVETTS, J. (2011). Sociological Analysis of Professionalism: Past, Present and Future. *Comparative Sociology*, 10(1), 1-37. <https://doi.org/10.1163/156913310X522633>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). Definición global del Trabajo Social. Recuperada de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/> (Fecha de consulta: 13/09/2021).
- FREIDSON, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. London: Polity Press.
- FREIXA BLANXART, M. (coord.) (2005), *Libro Blanco del Título de Grado en Psicología*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Recuperado de [http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco\\_psicologia\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150356/libroblanco_psicologia_def.pdf)
- GREENWOOD, E. (1957). The attributes of a profession. *Social Work*, 2(3), 44-55. <https://doi.org/10.1093/sw/2.3.45>
- HUGMAN, R. (1998). Social Work and De-professionalization. En P. Abbott y L. Meerabeau (Eds.), *The Sociology of The Caring Professions* (pp. 178-198). London: University College London Press.

- MINTZBERG, H. (1989). *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: El Ateneo.
- MINTZBERG, H. (1995). *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- SÁNCHEZ ALÍAS, A.M. y MARTÍNEZ GARCÍA, M.F. (coords.) (2018), *Reflexiones en torno a la psicología de la intervención social y el sistema de servicios sociales*. Madrid: Consejo General de la Psicología de España. <https://doi.org/10.23923/cop.PISoc.2018>
- VÁZQUEZ AGUADO, O. (coord.) (2004). *Libro Blanco del Título de Grado en Trabajo Social*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Recuperado de [http://www.aneca.es/media/150376/libro-blanco\\_trbjsocial\\_def.pdf](http://www.aneca.es/media/150376/libro-blanco_trbjsocial_def.pdf)
- VILLA, A. (coord.) (2004a). *Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social (Vol. 1)*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Recuperado de [http://www.aneca.es/media/150392/libroblanco\\_pedagogia1\\_0305.pdf](http://www.aneca.es/media/150392/libroblanco_pedagogia1_0305.pdf)
- VILLA, A. (coord.) (2004b). *Libro Blanco del Título de Grado en Pedagogía y Educación Social (Vol. 2)*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Recuperado de [http://www.aneca.es/media/150396/libroboanco\\_pedagogial2\\_0305.pdf](http://www.aneca.es/media/150396/libroboanco_pedagogial2_0305.pdf)

### **3. Fundamentos teóricos sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar**

Víctor M. Giménez-Bertomeu

*Universidad de Alicante*

El tercero de los elementos que fundamentan el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) se encuentra en las propuestas al respecto de la literatura profesional y académica de las profesiones y disciplinas que ejercen en dichos servicios. Esta literatura contiene el cuerpo de conocimientos y habilidades especializados de dichas profesiones (Evetts, 2011; Freidson, 2001; Greenwood, 1957; Hugman, 1998).

Este apartado pretende responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales características que la literatura profesional y académica atribuye al diagnóstico y la planificación de la intervención con personas y familias?

Para ello, es necesario identificar las principales propuestas existentes en la literatura profesional y académica acerca del diagnóstico y la planificación de la intervención con individuos y familias.

#### **3.1. El diagnóstico en la intervención individual y familiar**

##### **3.1.1. Diferentes profesiones, diferentes diagnósticos**

En primer lugar, cabe destacar que la existencia de diferentes profesiones actuando en el campo de la intervención social que llevan a cabo los SSAP implica la realización de diferentes diagnósticos, centrados en lo que es específico o genuino de cada profesión. No tendrían sentido, y sería del todo ineficiente y empobrecedor para la intervención social, contar con diferentes perfiles profesionales en estos servicios para realizar las mismas tareas o de idéntica naturaleza y contenidos, en este caso, los diagnósticos.

Fantova (2018a,b; 2019) plantea que las tres profesiones se ocupan de la intervención social, es decir, comparten como objeto de trabajo «la protección y promoción de la interacción, entendida como el ajuste dinámica entre la autonomía funcional para la decisiones y actividades de la vida diaria y la integración relacional primaria de carácter familiar y comunitaria (Fantova, 2019: 15). Sin embargo, la formación recibida y las regulaciones profesionales perfilan competencias de las tres profesiones que nos ocupan en tres áreas o ámbitos específicos, relacionados entre sí, que les atribuyen también las organizaciones empleadoras:

- La Educación Social se ocupa del ámbito socioeducativo. Pérez Serrano (2016a: 122) señala que es un tipo de intervención social «de aspecto educativo que desempeña funciones pedagógicas», fuera del sistema educativo, para promover el bienestar social. Para esta autora, el ámbito socioeducativo es su espacio disciplinar y de intervención. Martín y García (2020: 23) se refieren a ella como «agente de la acción socioeducativa». Por tanto, le corresponde realizar diagnósticos socioeducativos (Ajuntament de Barcelona, 2010a).
- La Psicología de la Intervención Social se ocupa del ámbito psicosocial. Se le atribuye la realización de diagnósticos psicosociales (Ajuntament de Barcelona, 2010b; Ajuntament de València, 2019; Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública, 2017).
- El Trabajo Social se ocupa del ámbito social. Ituarte (2017: 90) señala que: (... ) el diagnóstico en Trabajo Social individualizado y familiar toma necesariamente en consideración el conjunto interactivo que forman la persona y su contexto socio-relacional (no solo el más próximo sino también los más amplios como pueden ser el mundo laboral y el académico, y la pertenencia a otros grupos, etc.) y las relaciones que se producen entre la persona y sus diferentes contextos significativos, así como las potencialidades tanto del individuo como de sus contextos para afrontar las dificultades y conflictos vitales.

Por tanto, realiza diagnósticos sociales de carácter holístico.

### 3.1.2. Concepto

El término diagnóstico o evaluación (*assessment*) se utiliza para describir una variedad de actividades y procesos en las ciencias sociales y los servicios de bienestar que involucran la recopilación de información sobre un sujeto y las circunstancias presentes que conducen a una valoración, decisión o plan de acción centrado en ese sujeto o en su sistema de pertenencia (Woolley, 2013).

Desde la *Educación Social*, Vilar (1996: 30) define el diagnóstico como «el reconocimiento que se realiza sobre el terreno previamente a cualquier acción planificada (...), nos permite descubrir los síntomas de una situación problemática y los posibles caminos para su posterior trato».



De acuerdo con Pérez Serrano (2016a: 262-263):

(...) la fase de diagnóstico y análisis de la realidad (...) implica el reconocimiento lo más completo posible, de la situación objeto de estudio. (...) desempeña un papel relevante para llevar a cabo un proyecto social, dado que proporcionará los elementos necesarios para medir los efectos que directos e indirectos que puede producir el proyecto a realizar, así como el impacto que puede tener en esa realidad (...) existe una conexión concatenada entre el diagnóstico y las otras fases del proyecto.

Para Pérez Serrano (2016a: 264) diagnosticar consiste en «identificar una situación-problema con claridad; poner de manifiesto, a través de sus síntomas, determinadas carencias, errores o deficiencias».

Para Feliz, Sepúlveda y Gonzalo (2009: 377) el diagnóstico es una de las funciones de la evaluación, a la que definen como:

(...) el proceso intencional, temporalizado y organizado, acorde a unos criterios y un código deontológico, mediante el cual cualquiera de los participantes, todos ellos o un agente externo realizamos una recogida, análisis, diagnóstico y utilización de información sobre cualquiera o todos los componentes del proceso de intervención formativa (incluida la propia evaluación) a través de mecanismos, estrategias y recursos integrados y contextualizados.

En la literatura de la *Psicología de la Intervención Social* con frecuencia se alude a las tareas diagnósticas con el término «evaluación de necesidades o problemas», vinculándola a la identificación previa de las necesidades o problemas a evaluar (Rodríguez Marín, Cañadas, García del Castillo y Mira, 2007: 53-58). Esta evaluación responde a la necesidad de saber en qué consiste el problema o necesidad, analizándolos en sí mismos y en relación también con el contexto en el que se producen o emergen (Rodríguez Marín et al., 2007). Esta evaluación «proporciona input informativo que será la base de la planificación de la intervención» (Rodríguez Marín et al., 2007: 55).

En esta línea de ideas, Hombrados (2013: 108) plantea que «el proceso de intervención social debe comenzar por la identificación del problema y el análisis de necesidades ya que cualquier acción social que se plantee debe responder a las necesidades de los grupos de población a los que se dirige».

Por lo que respecta al *Trabajo Social*, el diagnóstico o valoración social es un elemento central de su práctica profesional (Coulshed y Orme, 2006). Díaz y Fernández (2013: 432) destacan su carácter fundamental en el proceso metodológico del Trabajo Social «pues las intervenciones y los resultados dependen de una adecuada interpretación y definición conceptual de las causas de las necesidades sociales». Así, la realización de un diagnóstico social adecuado es un requisito de eficacia para cualquier intervención social planificada (García Herrero, 2008).

Richmond (2005: 35), pionera del Trabajo Social, conceptualizó el diagnóstico social como:

(...) una definición, lo más exacta posible, de la situación y personalidad de un ser humano con alguna necesidad social; de su situación y personalidad, esto es, en relación con otros seres humanos de los que de alguna manera depende, o los que de alguna manera dependen de él, y en relación también con las instituciones sociales de su comunidad (...). Un buen diagnóstico social incluye todos los factores principales que obstaculizan el camino de reconstrucción social, con el énfasis puesto en las características que indican el tratamiento a seguir.

Siporin (1977: 224) define el diagnóstico o valoración social como «una identificación y evaluación diferencial, individualizada, precisa y rigurosa de problemas, personas y situaciones y de sus interrelaciones, para servir de fundamento sólido para una intervención de ayuda diferencial».

Colomer (1979: 25) denomina «interpretación de datos» a esta fase del proceso metodológico en Trabajo Social, definiéndola como:

[el] procedimiento utilizado (...) por el cual hace un juicio interpretativo de la situación o problema o carencia o conflicto, estructural o personal o de grupo, y establece una jerarquización de las necesidades según su naturaleza y magnitud, para encontrar hipótesis de trabajo e intervención profesional como base de una acción programada que responda eficazmente a las necesidades.

Según esta misma autora, esta fase se apoya en la fase de estudio anterior, cuyos datos interpreta.

Para Barker (2003: 30) es un «proceso de determinación de la naturaleza, causa, progresión y pronóstico de un problema y de las personas y situaciones implicadas en él; es la función del Trabajo Social para obtener una comprensión de un problema, qué lo causa y qué puede ser cambiado o modificado para minimizarlo o resolverlo». Esta definición apunta a que el diagnóstico:

- Implica considerar a las personas y sus entornos.
- Identificar problemas, causas de los problemas y planes para cambiarlos o modificarlos.

Aguilar (2013: 296) lo conceptualiza como «un proceso dialógico de elaboración y sistematización de información que implica conocer y comprender los problemas y necesidades dentro de un contexto determinado, sus causas y evolución a lo largo del tiempo, así como los factores protectores y de riesgo y sus tendencias previsibles; permitiendo una discriminación de los mimos según su importancia, de cara al establecimiento de prioridades y a la selección de estrategias de intervención, de manera que pueda determinarse de antemano su grado de viabilidad y factibilidad, considerando tanto las potencialidades y medios disponibles como las fuerzas y actores sociales involucrados en las mismas».

Para Cury y Arias (2016: 19) consiste en «el juicio profesional que formula el trabajador social como resultado del estudio y de la interpretación de una situación social dada y que constituye el fundamento de la intervención

social en dicha situación. La correcta formulación del diagnóstico social es responsabilidad y competencia del trabajador social, y deberá contemplar las dificultades y las fortalezas de la persona y de su situación individual, familiar, social e institucional».

Por tanto, es un proceso consistente en dos partes: la recogida de datos pertinentes sobre la persona y su entorno y la valoración de los datos como base para el desarrollo de un plan de intervención (Northen, 1987).

### 3.1.3. Finalidad y objetivos

Desde la perspectiva de la *Educación Social*, Feliz et al. (2009: 378) señalan que «la evaluación diagnóstica nos permite conocer la situación en la que se encuentra una intervención con el fin de proyectar su desarrollo, continuación o ampliación» (Feliz et al., 2009: 378). Para Feliz et al. (2009: 378), los objetivos del diagnóstico en la educación social consisten en:

- Conocer y comprender en mayor medida el/la alumno/a, la situación de aprendizaje, el contexto de intervención y su entorno.
- Diseñar propuestas de formación que se ajusten a las necesidades y a las posibilidades de cada persona en el área de intervención en la que actuemos.

Vilar (1996: 30) los objetivos del diagnóstico con:

- Describir la situación real que se está analizando para llegar a identificar la problemática a tratar con el proyecto (diagnóstico propiamente dicho).
- Establecer la temática que responde a los aspectos fundamentales que se pueden solucionar, mejorar o reducir, una vez se han considerado de manera realista las posibilidades de intervención (pronóstico).

Desde la perspectiva de la *Psicología*, la finalidad de la evaluación, en este caso de necesidades y/o problemas, estriba en «conocer para actuar» (Sánchez Vidal, 2002: 209). Desde este punto de vista, la evaluación tiene carácter instrumental. Asimismo, Sánchez Vidal (2002: 210) señala que la evaluación también es «una forma e interacción selectivamente dirigida a obtener información mediante el contacto con personas o colectivos sociales».

Desde un punto de vista muy general, desde el *Trabajo Social*, la finalidad de la valoración o diagnóstico social es comprender para intervenir, aunque la comprensión de la situación va más allá de las áreas en las que estrictamente se va a intervenir. Para Colomer (1979) tiene por finalidades «revelar los fenómenos, problemas o conflictos que existen o pueden producirse en el área de actuación analizada, así como encontrar núcleos de intervención profesional determinantes para el cambio de la situación» (p. 26) y «encontrar

las hipótesis de trabajo e intervención profesional como base de una acción programada que responda eficazmente a las necesidades» (p. 25)

Para Aylwin, Jiménez y Quesada (1976: 30) pretende «aportar los elementos fundamentales y suficientes que expliquen una realidad determinada para programar una acción transformadora». Para estas autoras, su objetivo no es sólo de conocimiento, sino que apunta también a la planificación.

En palabras de García-Longoria y Esteban (2016: 239) su finalidad es «tanto permitir el conocimiento de los factores suficientes y necesarios que expliquen la situación, como detectar núcleos de acción profesional (...) debe también señalar los recursos, que pueden ser tanto personales, del usuario, como del propio trabajador social, como materiales».

Respecto a sus objetivos, profesional y persona usuaria buscan (Northen, 1987):

- Desvelar la naturaleza y significado de la necesidad o problema.
- Identificar fortalezas, motivaciones y recursos disponibles en la persona y en otros sistemas de apoyo relacionados (primarios, secundarios o terciarios).
- Implicar a las personas en un proceso de resolución de problemas en el que éstas aprenden medios para identificar y afrontar dificultades.

Para Coulshed y Orme (1998: 21) su «propósito es ayudar al TS a comprender a las personas en relación con su entorno. El diagnóstico es también la base para planificar lo que es necesario hacer para mantener, mejorar o dar lugar a cambio en la persona, su entorno o en ambos».

De acuerdo con Watson y West (2006: 30), el objetivo del diagnóstico es «aumentar la comprensión de la situación de la persona usuaria, ayudando a los trabajadores a identificar áreas potenciales de cambio que ayudarán al desarrollo del fundamento de una futura intervención».

Por su parte, Rossell y Rodríguez (2017: 184) explicitan que el objetivo del diagnóstico social «es planificar una intervención basada en el conocimiento suficiente de la situación para que la ayuda o la intervención profesional sea efectiva». En palabras de De Robertis (2003), supone pasar por las tres «C»: conocer, clarificar y comprender.

#### **3.1.4. Contenido: persona-entorno**

Desde la perspectiva de la *Educación Social*, Lucio-Villegas (2005: 203-204) recoge las aportaciones de Quintana (1984) en relación con las fases de lo que el segundo denomina «método integrativo» de la educación social, entre las que las tres primeras corresponden al diagnóstico:

- Reconocimiento del problema.

- Demanda de ayuda por parte de una comunidad, de un grupo o de un individuo. No existe intervención sin la participación de los interesados.
- Primer diagnóstico de la situación.
- Definir los objetivos de la intervención.
- Negociar un contrato entre los intervinientes, aquellos que toman parte en el asunto, sean profesionales o personas usuarias.
- Desarrollar la intervención
- Movilizar los recursos.
- Evaluar.
- Conclusión de la intervención por acuerdo mutuo entre todas las partes.

Para Feliz et al. (2009: 379), adaptando la propuesta de Sobrado (2002), el diagnóstico educativo implica hacer referencia a los siguientes contenidos:

- Dimensión individual (la persona): a) Biológica. b) Psicomotora. c) Sensorial. d) Cognitiva. e) Afectiva. f) Social.
- Dimensión educativa
  - Alumnos/participantes/usuarios: dimensión individual; dimensión grupal.
  - Educador/a: dimensión individual; dimensión grupal.
  - Situación de intervención.
  - Contexto de intervención.
  - Entorno de intervención.
  - Programa de intervención.
- Dimensión ambiental (entorno):
  - Social: familia, barrio, pueblo o ciudad, comarca, región, nación, estado, continente.
  - Natural: geografía física (paisaje), flora y fauna, geología, clima.

De acuerdo con Pérez Serrano (2016a: 263), todo diagnóstico debe contemplar un conjunto de elementos, entre los que se incluye algunos más propios de la planificación:

- Identificar las necesidades existentes.
- Establecer prioridades.
- Posibles causas que han originado el problema y que mantienen la situación carencial.
- Formulación y delimitación del problema.
- El problema tal y como es percibido e interpretado por los sujetos.
- La situación social y el contexto en el que se inscribe el problema.
- Estudiar todo lo que indica la literatura sobre el tema.
- Prever la población a quien va dirigido el proyecto.
- Prever los recursos.
- Ubicación del proyecto.

Por último, Pérez-Campanero (2010: 37-38) señala que el análisis de las necesidades de intervención socioeducativa implica tres fases y once tareas:

- Fase de reconocimiento.
  - Identificar las situaciones desencadenantes.
  - Seleccionar instrumentos para la recogida de datos.
  - Búsqueda de fuentes de información.
- Fase de diagnóstico.
  - Identificar la situación actual, en términos de resultados.
  - Identificar la situación deseable, también en términos de resultados.
  - Analizar el potencial, en términos de recursos y posibilidades.
  - Identificar las causas de las discrepancias entre la situación actual y la deseable, en términos de condiciones existentes y requeridas.
  - Identificar los sentimientos que producen esas discrepancias en las personas implicadas.
  - Definición del problema, de manera clara y precisa.
- Fase de toma de decisiones.
  - Priorizar los problemas identificados.
  - Proponer soluciones, evaluando su coste, impacto y viabilidad.

El Ajuntament de Barcelona (2010a) señala que el proceso socioeducativo que compete a la Educación Social se inicia con una fase inicial (diagnóstico y creación del vínculo) consistente en una primera evaluación de necesidades, potencialidades, factores de riesgo y de protección presentes en la situación en la que se encuentran las personas con las que se ha de intervenir. Esta fase comprende las siguientes tareas, que, junto a los anteriores, remiten a contenidos del diagnóstico socioeducativo:

- Prospección
- Valoración y priorización de necesidades.
- Análisis y valoración de expectativas.
- Evaluación inicial.

Desde el punto de vista de la *Psicología*, en su vertiente social y comunitaria, se destaca que el modelo ecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987) es el más útil y apropiado para guiar la investigación y la intervención en este ámbito. Este modelo postula que no es posible comprender el desarrollo de las personas sin atender a su interacción con el ambiente o ecosistema. Desde este modelo, para comprender al ser humano es necesario conocer sus interacciones con diferentes contextos de desarrollo o ambientes (Estévez, Jiménez y Musitu, 2011: 74-76):

- El macrosistema: conjunto de creencias, actitudes y valores dominantes que caracterizan el entorno cultural, económico y político.
- El exosistema: entornos que no incluyen a la persona como participante, pero en los cuales se producen hechos que afectan al microsistema y al mesosistema (la comunidad, las instituciones públicas, los medios de comunicación, etc.).
- El mesosistema: interacciones entre dos o más microsistemas en los que la persona participa activamente (familia, pares, escuela, trabajo, etc.).
- El microsistema: entornos más inmediatos a la persona en los que participa activamente y cotidianamente (familia, pares, escuela, trabajo, etc.).
- Cronosistema: dimensión temporal del desarrollo de las personas y sus contextos.

Para Hombrados (2013: 108), la evaluación de necesidades está precedida por la identificación del problema, realizada de forma operativa situándolo en un marco teórico de referencia. Ello requiere identificar las variables asociadas al problema (personales, familiares, grupales, etc.), así como los factores de riesgo y protección que están asociados a éste.

Por su parte, la evaluación de necesidades «se utiliza como un procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social sobre la que intervenimos». Esta misma autora señala que la evaluación debe incluir «tanto la evaluación de los déficits o problemas (...) como la evaluación de los recursos disponibles» (Hombrados, 2013: 109). Desde su perspectiva, y en consonancia con el modelo ecológico antes mencionado, la evaluación «se dirige tanto a la población objeto de estudio como al contexto» en el que se produce el problema y en el que se desarrollan las personas (Hombrados, 2013: 109). Así, por un lado, evaluar a las personas implica atender a diferentes niveles de análisis (Hombrados, 2013: 109):

- Individual. En este nivel se evalúan tres aspectos: el conocimiento del problema, las actitudes hacia éste y el comportamiento.
- Grupal. Consiste en evaluar las características de la familia y del grupo de iguales.
- Comunitario. Pasa por evaluar el contexto en el que se produce el problema (barrio, centro educativo, etc.).

Por otro lado, evaluar el contexto implica «describir las características del entorno físico y social» para conocer el ambiente en el que se va a llevar a cabo la intervención (Hombrados, 2013: 109).

El Ayuntamiento de Vitoria, en relación con el diagnóstico individual/familiar, prescribe al personal de la Psicología que ejerce en los Servicios Sociales las siguientes funciones y tareas, que, en parte, dan cuenta del

contenido de dicho diagnóstico (Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública, 2017: 19):

- Análisis y evaluación diagnóstica.
  - Discriminar variables psicosociales que mantienen la situación o pueden promover el cambio.
  - Analizar el ajuste psicosocial, las competencias y la capacidad de respuesta.
  - Evaluar las necesidades psicosociales detectadas.
  - Emitir informes de evaluación.
- Diagnóstico – Pronóstico.
  - Detectar sintomatología de posible trastorno mental.
  - Emitir un diagnóstico psicosocial.
  - Considerar la conciencia del problema, la motivación al cambio y la respuesta a la intervención.
  - Hacer una previsión de evolución y finalización.

Desde el punto de vista del *Trabajo Social*, Díaz y Fernández (2013: 433) afirman que «todo diagnóstico es una evaluación; es decir, una descripción, análisis y valoración de las necesidades sociales».

Hollis (1954) plantea que el diagnóstico ha de contemplar la información referida a la etiología del problema, la información detallada sobre la situación vital de la persona, su actitud frente al problema y las diferentes fortalezas y oportunidades implicados en la situación.

Para Aylwin, Jiménez y Quesada (1976: 31), los elementos mínimos que debe aportar el diagnóstico en Trabajo Social son los siguientes:

- Una caracterización de la unidad de trabajo, tanto en su dimensión interna como en relación al contexto global.
- Una identificación de los principales problemas existentes y sus relaciones.
- Una especificación de los recursos existentes.
- Una jerarquización de los problemas.
- Un estudio en profundidad de los problemas que el trabajador social va a abordar.
- Un pronóstico del desarrollo que tendrá la situación si no se interviene en relación a estos problemas.

Para Ander-Egg y Aguilar (1995: 45-46) el diagnóstico social incluye los siguientes elementos: la identificación de necesidades, problemas, centros de



interés y oportunidades de mejora que presenta una situación determinada; el pronóstico de la situación, en el futuro mediano e inmediato; la identificación de los recursos y medios de acción, existentes y potenciales; determinación de prioridades, en relación con las necesidades y problemas detectados; establecimiento de las estrategias de acción necesarias para enfrentar con éxito los problemas existentes; y análisis de contingencias, para el establecimiento del grado de viabilidad y factibilidad de la intervención.

Para Aguilar (2013), el diagnóstico en Trabajo Social se compone de los siguientes elementos:

- Identificación de necesidades, problemas y situaciones de conflicto.
- Identificación de las potencialidades, centros de interés, necesidades de cambio y oportunidades de mejora de la situación.
- Identificación de los factores causales o determinantes, factores condicionantes, factores protectores y factores de riesgo.
- Pronóstico de la situación y exploración participativa de escenarios futuros.
- Identificación de recursos y medios de acción, internos y externos.
- Exploración de alternativas de intervención, de y con los sujetos, en sus contextos.
- Establecimiento dialógico de prioridades.
- Selección y diseño de estrategias de acción.
- Análisis de contingencias y potencial generación de alternativas.
- Toma de decisiones sobre el tipo de medidas o proyecto a implementar.

Finalmente, De Robertis (2017: 37) plantea que un diagnóstico ha de incluir problemas «y necesidades en un contexto determinado, sus causas, las evoluciones, así como los factores que condicionan, los riesgos y sus tendencias previsibles».

Así, desde una perspectiva general, el diagnóstico social del Trabajo Social incluye la exploración y valoración de datos (necesidades o problemas existentes, fortalezas, motivaciones y recursos disponibles) referidos a diferentes niveles de la realidad de la persona usuaria y de su entorno:

- Nivel ontogénico: persona usuaria y sus características psicosociales, cognitivas, comportamentales, etc.
- Nivel micro: red primaria (familia) y sus interacciones
- Nivel meso: redes secundarias (amigos, vecinos) y terciarias (sistemas de protección: salud, empleo, educación, vivienda, garantía de ingresos, Servicios Sociales, etc.) y sus interacciones.

### 3.1.5. Técnicas y fuentes de datos

Desde la *Educación Social*, se mencionan las siguientes técnicas de recogida de datos para la evaluación de necesidades (Sáez y Molina, 2006: 173-179; Cabrerizo, 2020: 172-173):

- La observación, participante y/o no participante, sistemática y/o no sistemática
- La entrevista.
- La encuesta.
- Tests y escalas sociométricas.
- Auto-informes.
- Informes.
- Análisis de documentos.
- Historias de vida, genogramas, etc.
- Técnicas de grupos, el grupo de discusión.

Desde la *Psicología de la Intervención Social*, se entiende que para la recogida de información «la intervención social utiliza los instrumentos propios de la investigación social, bien sean de naturaleza cuantitativa, como los cuestionarios, o bien de naturaleza cualitativa, como las entrevistas en profundidad (...)» (Rodríguez Marín et al., 2007: 57). Asimismo, se plantea que la elección de las técnicas de producción de información:

(...) depende de la naturaleza de lo que se quiere evaluar, del tipo de indicadores, de las fuentes de información, de los recursos humanos y económicos disponibles, del tiempo de ejecución de la evaluación, del diseño elegido y de la perspectiva conceptual y metodológica del evaluador o del equipo de evaluación.

Entre las técnicas más utilizadas se señalan las siguientes (Rodríguez Marín et al., 2007: 57; Hombrados, 2013: 96-103; Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública, 2017: 25):

- Entrevistas.
- Grupos estructurados.
- Observación, participante y no participante, y autoobservación
- Auto-registros.
- Pruebas psicológicas e instrumentos de medida.
- Análisis de informes y documentos.
- Encuestas, cuestionarios, etc.

Como principales fuentes de datos se mencionan las que siguen (Rodríguez Marín et al., 2007: 57):

- Documentos (registros de uso de los servicios, historias clínicas, etc.).
- Situaciones

- Individuos
- Familias.

Sánchez Vidal (2002: 2015) destaca la pertinencia de usar varios métodos de recogida de información, según el asunto y el tipo de datos precisos.

En lo que concierne al *Trabajo Social*, las técnicas más comunes para la elaboración de las valoraciones o diagnósticos sociales de las situaciones de personas y sus familias son las siguientes (Jordan y Franklin, 2011; Parker y Bradley, 2011; García-Longoria y Esteban, 2016):

- La entrevista, estructurada y/o no estructurada (en despacho o en visita domiciliaria).
- La observación, sistemática y/o no sistemática (en despacho o en visita domiciliaria).
- Escalas estandarizadas.
- Auto-informes.
- Técnicas gráficas: genogramas, ecomapas, mapas de red social, culturogramas, flujogramas, *life road maps* o líneas de vida, etc.
- El análisis documental, etc.

Estas técnicas permiten recopilar los datos necesarios para la elaboración del diagnóstico social a partir de diversas fuentes de datos:

- La persona.
- Su familia.
- Miembros de sus redes secundarias.
- Miembros de sus redes terciarias, profesionales.
- Documentos (documentación personal, documentos de archivo, historia social, informes previos, etc.).

### 3.1.6. Tipos de diagnóstico en la intervención social

Smale y Tuson (1993) y Smale, Tuson y Statham (2003) identifican tres tipos de diagnóstico en la intervención social, de los que se hacen eco Watson y West (2006), Milner y O'Byrne (2009) y Martin (2010). En realidad, éstos describen tres procedimientos y enfoques del diagnóstico, transferibles a los Servicios Sociales, cuyos principales rasgos se sintetizan en la tabla 1:

- *Modelo interrogativo*. Su objetivo consiste en obtener el mejor conjunto posible de medidas de atención para satisfacer las necesidades de la persona evaluada, tal como las define el/la profesional, y se centra en la prestación del servicio. El eje de este modelo es el/la profesional, la persona experta en la identificación de las necesidades, en las personas, en los problemas o en ambas cosas. Utiliza un formato de preguntas, escucha y procesa las respuestas de personas usuarias «pasivas». Este proceso

refleja la agenda del o de la profesional y corresponde a un estilo de diagnóstico en el que los datos son «moldeados» para ajustarlos a las teorías del o de la profesional sobre la naturaleza de las personas. Estas teorías es más probable que sean psicodinámicas o cognitivo-conductuales.

- *Modelo procedimental*. Su objetivo es obtener información para verificar si se cumplen los criterios de acceso a los recursos o servicios y lograr una distribución equitativa de recursos escasos a quienes satisfagan los criterios de asignación. No se necesita una valoración profesional y es probable que para la recogida de información se usen listas de comprobación de criterios (*checklists*). El eje de este modelo es la organización, que establece los criterios de elegibilidad y diseña las guías o formularios. El/a profesional es un/a experto/a subordinado/a a la organización, cuya principal función es la recopilación de información. Este modelo y el anterior adolecen de dar prioridad al proceso de recogida de información por encima de valores profesionales como el respeto a las personas, a sus pensamientos y a sus sentimientos (Watson y West, 2006: 41).
- *Modelo de intercambio*. Su objetivo consiste en lograr los mejores planes de atención y/o control, desde la perspectiva compartida de las partes implicadas, de manera que las personas puedan seguir manteniendo todo el control posible sobre sus vidas y, en el proceso, consigan la máxima independencia y se potencien sus posibilidades de elegir. El eje de este modelo es la persona usuaria y su red (incluyendo a las/os profesionales), bajo el supuesto de que todas las personas son expertas en sus propios problemas. Pone el énfasis en el intercambio de información. El/la profesional sigue o rastrea lo que otras personas dicen antes que interpretar lo que significa lo que piensan, busca identificar recursos internos o potenciales, y considera cómo ayudar mejor a los usuarios de los servicios a movilizar sus recursos internos y externos para conseguir los objetivos definidos por ellos mismos en sus propios términos. En consecuencia, la relación entre el/la profesional y la persona usuaria debería ser una en la que el/la primero/a permite a la segunda identificar sus fortalezas y recursos, así como sus debilidades y limitaciones. Para Postle (2014: 327), el modelo «prioriza la importancia de escuchar la agenda de la persona usuaria del servicio (en contraste con la del personal profesional o la de su organización) (y es potencialmente empoderador)». Este modelo se adapta bien a los modelos de diagnóstico narrativo, centrado en la solución y centrado en la tarea. Según Milner y O'Byrne (2009: 53) es el que más se aproxima a un diagnóstico orientado a las necesidades.

**Tabla 1. Modelos de diagnóstico en la intervención social**

|   | <b>Modelo interrogativo</b>   | <b>Modelo procedimental</b>  | <b>Modelo de intercambio</b>   |
|---|---|--|--|
| <b>Experto/a</b>                                  | Profesional   | Organización, estableciendo criterios de asignación de recursos  | Persona/su red: expertas en su situación   |
|   |   |  | Profesional: variedad de conocimientos, habilidades y pericia  |
| <b>Definición del problema</b>                    | Profesional   | Profesional, limitada/o por los criterios de la organización   | Compartida: intercambio de perspectivas sobre el problema  |
| <b>Uso profesional de la información recibida</b> | Elaboración de un diagnóstico basado en la información proporcionada y en su conocimiento y experiencia profesional.                                | Preguntas formalizadas mediante formularios cumplimentados. Diagnóstico basado en la información proporcionada utilizando conocimientos y experiencia profesional.   | Formula un diagnóstico de la persona en su situación social más amplia basado en un intercambio de información entre el/la profesional y la persona/su red; incluyendo, cuando sea posible, la propia definición de la persona del problema  |
| <b>Formulación de soluciones</b>                  | El/la profesional formula las soluciones  | El/la profesional presenta la solución a la persona  | Soluciones discutidas y negociadas, teniendo en cuenta las propuestas por la persona/su red.   |
| <b>Toma de decisiones</b>                         | El/la profesional toma decisiones   | El/la profesional toma decisiones basadas en los criterios de la organización  | Toma de decisiones compartida siempre que sea posible  |
| <b>Objetivo</b>                                   | Lograr el mejor conjunto de servicios y atenciones posible para satisfacer las necesidades de la persona, centrándose en la prestación de servicios | Lograr el mejor conjunto de servicios y atenciones posible para satisfacer las necesidades de la persona, centrándose en la prestación de servicios y ajustándose a los criterios de elegibilidad y servicio de la organización. | Lograr los mejores acuerdos posibles para la atención/ control identificados por las principales partes implicadas, maximizando el control de la persona sobre su vida y su independencia y teniendo en cuenta las limitaciones de recursos. El objetivo también es destacar necesidades sociales más amplias. |

Fuente: adaptado de Postle (2014), Smale y Tuson (1993) y Smale, Tuson y Statham (2003).

Smale y Tuson (1993) y Smale, Tuson y Statham (2003) señalan el modelo de intercambio como el modelo de diagnóstico idóneo. No obstante, también se ha destacado cuanto sigue en relación con los tipos de diagnóstico mencionados (Milner y O'Byrne, 2009; Postle, 2014; Smale, Tuson y Statham, 2003):

- Cuando el objetivo principal es identificar factores de riesgo o necesidades básicas de la persona o familia, el modelo interrogativo es el más rápido y directo.
- Si el objetivo principal es la asignación de ciertos recursos a ciertas personas o familias, el modelo procedimental es el más práctico, aunque no capacita a todas las partes implicadas para participar en la toma de decisiones.
- Si la preocupación principal es la minimización del riesgo para la persona o familia usuaria, es más eficaz comenzar con el modelo de intercambio, pues permite al o la profesional ofrecer una explicación completa de su postura y de la de la organización.
- El uso del modelo de intercambio puede estar limitado por las características de las personas o de las situaciones. Así, Beckett (2010) sugiere que las personas con capacidades limitadas (personas mayores con demencia, personas con discapacidad intelectual severa, etc.) no podrán contribuir adecuadamente al intercambio de información. En la misma línea, tanto Beckett (2010) como Milner y O'Byrne (2009) sugieren que un modelo de intercambio puede no ser el adecuado en situaciones de riesgo. Sin embargo, para Postle (2014), este punto de vista no tiene en cuenta el potencial del o de la profesional para recabar la perspectiva de riesgo de la persona y, lo que es más relevante, las perspectivas de otras personas de su red.
- Por último, las/os profesionales no deben pasar de un modelo a otro. Para Smale, Tuson y Statham (2003: 156) «no pueden seleccionar y escoger de entre los tres modelos, porque, en cada caso, las características específicas de un modelo excluyen la aplicación de los demás» y desaconsejan explícitamente «mezclar y combinar» los modelos.

Por su parte, Giménez Bertomeu et al. (2019) sugieren que los Servicios Sociales de Atención Primaria necesitan diferentes diagnósticos con diferentes alcances y objetivos (diagnósticos diferenciales). Así, realizan una propuesta de tipología de diagnósticos que se nutre e integra diferentes propuestas y elementos: por un lado, la tipología de Smale y Tuson (1993) y Smale, Tuson y Statham (2003); por otro lado, los tipos de diagnóstico propuestos por Kisnerman (1982), con base en los niveles de profundización de cualquier investigación; por último, atiende a cuál es la función profesional clave en el diagnóstico y también cuál es el eje principal del mismo. En

relación con el alcance y objetivos de estos diagnósticos, los autores señalan cuanto sigue (Giménez Bertomeu et al., 2019: 87-88):

- El diagnóstico puede servir para el cribado de las situaciones (diagnóstico exploratorio). En este caso no se requiere una identificación exhaustiva y en profundidad de todas las circunstancias presentes en la vida de las personas usuarias, es decir, no hace falta un diagnóstico en profundidad. Se puede realizar utilizando como fuentes de datos la persona, la documentación inicial y los antecedentes o historial social existente. Las técnicas a utilizar serían la entrevista, la observación (sistemática o no) y el análisis documental.
- El diagnóstico puede servir para la planificación de la intervención y su desarrollo (diagnóstico descriptivo y explicativo). Requiere un diagnóstico en profundidad que triangule fuentes de datos y técnicas de recogida de información.

De este modo, sugieren la tipología de diagnósticos sintetizada en la tabla siguiente:

**Tabla 2. Tipos y procedimientos de diagnóstico según la función profesional clave en el modelo de atención**

| Función profesional clave | Objetivo  | Tipo de diagnóstico dominante | Procedimiento de diagnóstico dominante | Eje temporal principal del diagnóstico |
|---------------------------|---|-------------------------------|--|--|
| Acogida                   | Identificar factores de riesgo (triaje)         | Exploratorio                  | Interrogativo                          | Presente                               |
| Gestión                   | Identificar requisitos de acceso a los recursos | Descriptivo                   | Procedimental                          | Presente-Futuro                        |
| Acompañamiento            | Identificar necesidades                         | Explicativo                   | De intercambio                         | Pasado-Presente-Futuro                 |

Fuente: Giménez Bertomeu et al. (2019: 88).

### 3.1.7. La participación de las personas usuarias en el diagnóstico: el codiagnóstico

Sánchez Vidal (2002: 211), a propósito de la dimensión interaccional de la evaluación, en nuestro caso de necesidades y/o problemas, señala que «la evaluación es una forma básica de participación, de hacer a los destinatarios partícipes de la intervención», por la cual se reconoce el papel central de éstos para definir sus propios problemas y necesidades. En esta línea de ideas, continúa el autor, «para que la participación sea significativa y tenga impacto personal y social relevante, debe incluir, al menos (...): fijación de

objetivos, actividad generalmente ligada a la evaluación de necesidades; y toma de decisiones relevantes (...)» (Sánchez Vidal, 2002: 271).

El diagnóstico incluye implicar a la persona en la exploración, análisis e interpretación de los hechos presentes en la situación. Ésta contribuye activamente proporcionando información y evaluando las ideas profesionales acerca de sus necesidades y modos de conducta. Esta retroalimentación corrige o reafirma el análisis de la situación realizada desde la perspectiva profesional (Northen, 1987).

En esta línea, para Ariño (2017: 75), el diagnóstico ha de ser entendido como «una praxis colaborativa, una participación desde una horizontalidad compartida y dialogada». Así, esta autora interpreta el significado, el contenido y el proceso de diagnóstico como elementos necesariamente vinculados a la participación, destacando la importancia de: 1) confrontar posiciones; 2) establecer diálogos constructivos y respetuosos; 3) aportar experiencias y saberes; 4) aprender de forma participativa; 5) reconocerse mutuamente; 6) respetar libertades; y 7) distribuir poderes y responsabilidades.

Por su parte, Palomeque (2014) sugiere que la acción del personal profesional en los Servicios Sociales debería estar orientada por el enfoque de capacidades. En él, partiendo de las propuestas de Amartya Sen, se entiende por «capacidad» un tipo de libertad: «la libertad fundamental para poder elegir entre distintas combinaciones de funcionamientos para llevar a cabo un modo o forma de vivir que es la más adecuada para cada persona» (Palomeque, 2014: 9). Este enfoque «sitúa en el centro de la intervención a la persona, desde la conciencia de trabajar con sus propias capacidades, para ampliar su esfera de libertad y situarle como protagonista y responsable de su propia vida» (p. 7). Participación y capacidades están estrechamente unidas desde esta perspectiva, ya que la participación se debe llevar a cabo en un marco democrático tendente a que las personas influyan en la toma de decisiones. De este modo, la participación en el proceso de intervención de los SSAP, según Palomeque (2014: 22-23), se caracteriza por:

- Ser crucial, ya que supone la implicación activa de las personas en la construcción de su propia realidad, en una dinámica de intercambio mutuo y sentido crítico que produce una transformación del entorno en el cual participa.
- Partir del conocimiento de la persona sobre su propia situación y de sus derechos y deberes como ciudadana, para poder desarrollar sus habilidades, actitudes y capacidades y así poder tomar decisiones.
- Requerir que, con carácter previo, los poderes públicos garanticen la cobertura de un umbral mínimo de cobertura de necesidades a las personas: «no se puede participar si ese día no se ha comido» (p. 23).



- Ser un proceso de transformación construido y retroalimentado por la propia persona para la adaptación a los cambios, a los retrocesos y a las mejoras.

Siguiendo a esta misma autora, es importante destacar las atribuciones que realiza a profesionales y personas usuarias en los procesos de intervención. Por lo que respecta a los roles y funciones profesionales señala cuantos siguen (Palomeque, 2014: 23-25):

- Ayuda a organizar las necesidades y problemas presentes en la situación, manteniendo el respeto a las decisiones tomadas por la persona usuaria.
- Flexibilidad para mejorar las capacidades de las personas y la accesibilidad (facilitando el contacto, la comunicación y el uso de nuevas tecnologías).
- Función de acompañamiento mediante la que se fomente la comunicación y el diálogo.
- Mejorar las relaciones entre profesional-usuario/a y nivelar las esferas de poder en la relación, respetando los límites profesionales e institucionales, y la propia voluntad de la persona de querer participar.
- Asumir un rol de facilitador de «búsqueda, reconstrucción, activación o devolución de las capacidades perdidas, destruidas, desactivadas o sustraídas» (pp. 23).

Por lo que respecta a las personas usuarias, les atribuye los siguientes roles y responsabilidades (Palomeque, 2014: 23-24):

- Ganar protagonismo a la hora de definir el inicio del proceso de intervención, sus contenidos y sus pasos.
- Ser agente de su proceso, asumir responsabilidades y redescubrir capacidades.
- Tener control de su propio proceso de transformación.

En relación con el diagnóstico en particular, la participación «supone aceptar el concepto de diagnóstico compartido, es decir, renunciar al desequilibrio profesional (...) y apostar por la identificación de la situación de común acuerdo entre profesionales y personas» (Palomeque, 2014: 24). De esta forma, el diagnóstico compartido, según Palomeque (2014), debería reunir las siguientes características (p. 24):

- Considerar a las personas profesionales y usuarias capacitadas para desarrollar un diagnóstico e identificar las situaciones de común acuerdo entre ambas.
- Evitar dependencias y cronicidades en las relaciones de ayuda, aumentando el poder y la influencia de la persona usuaria en el proceso de toma de decisiones.

- Generar vínculos con la persona para facilitarle desarrollar capacidades y transformarla en una participante social activa.
- Integrar el conjunto de las capacidades de la persona existentes, utilizando indicadores cualitativos y cuantitativos.

En España son escasas las referencias bibliográficas acerca de la opinión o experiencia que tienen las personas que utilizan los Servicios Sociales sobre el diagnóstico. Tampoco se han localizado experiencias publicadas de participación de las personas usuarias en el diagnóstico. Los trabajos de Giménez-Bertomeu, Doménech-López, Lillo-Beneyto y Lorenzo-García (2012), Giménez y Doménech (2012) y Doménech y Giménez (2012, 2015) se acercan de modo general a la visión, las expectativas y los deseos que tienen las personas usuarias de los Servicios Sociales sobre éstos, pero sin centrarse en el diagnóstico en particular, sino en los servicios y la actividad de sus profesionales en general.

En el ámbito internacional, la producción bibliográfica en torno a la participación en el diagnóstico de las personas que utilizan los servicios tampoco es muy abundante, pero sí existen algunos trabajos publicados, fundamentalmente en el ámbito anglosajón, con el Reino Unido a la cabeza. Entre ellos, destacamos los trabajos de Crisp, Anderson, Orme y Lister. (2005) y de Whittington (2007) sobre el diagnóstico/valoración en Trabajo Social realizados para el *Social Care Institute for Excellence*. En ellos se documentan de forma expresa aportaciones sobre el diagnóstico realizadas por las personas usuarias de los servicios y sus cuidadoras/es y por sus organizaciones, así como un análisis de las principales modalidades de participación en el diagnóstico desarrolladas en diferentes experiencias británicas. Aunque los trabajos mencionados están referidos al Trabajo Social, su contribución es de utilidad para las diferentes profesiones de la intervención social que nos ocupan.

En primer lugar, los trabajos mencionados destacan que la participación de las personas usuarias constituye un desafío para la práctica contemporánea del Trabajo Social. La tendencia a considerar la participación en todo el proceso de intervención está vinculada también a la aparición de modelos de práctica basados en soluciones y basados en fortalezas (Parton y O'Byrne, 2000). Estos modelos cuestionan enfoques que centran la evaluación de problemas y debilidades y buscan aprovechar los conocimientos, habilidades y éxitos pasados de la persona usuaria del servicio. Asimismo, ha contribuido el conocimiento creciente sobre los factores que ayudan a hacer que funcione la implicación de las personas usuarias (Beresford y Branfield, 2006), entre los cuales resalta como factor central que el conocimiento de los usuarios sea tomado en serio por profesionales y responsables políticos.

En lo que concierne a la opinión y perspectivas de las personas usuarias y sus cuidadoras/es sobre la experiencia en el diagnóstico, constatan que existen escasos textos que proporcionen un *feedback* directo. Las pocas fuentes existentes indican que las personas usuarias esperan de las/os trabajadoras/es sociales cuando realizan el diagnóstico que:

- Realicen diagnósticos creativos.
- Revisen todas las opciones antes de decidir sobre un plan.
- Consideren opciones alternativas cuando los servicios necesarios no están disponibles.
- Involucren a otros en todo el proceso.
- Sean honestos acerca de las opciones y las limitaciones.
- Evalúen el riesgo y apoyen la asunción de riesgos apropiada.
- Presionen (*lobby*) en nombre de otros.
- Cuestionen a la propia organización en nombre de otros.
- Cuestionen la injusticia y la falta de acceso a los servicios.
- Proporcionen una defensa (*advocacy*) independiente.
- Ayuden a otros a representarse a sí mismos.

Asimismo, realizan una serie de recomendaciones para un buen diagnóstico, desde la perspectiva de las personas usuarias y sus cuidadoras/es:

- El/la profesional aclara los objetivos, naturaleza y significado del proceso de diagnóstico.
- El/la profesional utiliza un lenguaje sencillo y evita la jerga profesional.
- El derecho a un diagnóstico completo. Debería haber acceso total y fácil al diagnóstico para todos.
- Las/los profesionales deben estar bien preparados; deben conocer la cultura o características generales del grupo/comunidad/individuo antes del diagnóstico.
- Las/los profesionales deben ser honestos (y precisos) en sus diagnósticos.
- Las/los profesionales deben hablar de forma independiente con las personas usuarias y sus cuidadoras/es.
- Las/los profesionales deben realizar los registros para el diagnóstico conjuntamente con las personas usuarias y sus cuidadoras/es.
- Las/los profesionales deben llegar a acuerdos para que intérpretes entrenados y defensores independientes formen parte del proceso de diagnóstico.
- Los trabajadores sociales no deben tener expectativas bajas de las personas con las que trabajan.
- Las/los profesionales deben contar con el tiempo suficiente para construir una relación de confianza y seguridad con las personas usuarias

y para comprender la cultura y características de los grupos a los que pertenecen.

- El diagnóstico es holístico cuando incluye información de las personas tanto cuando éstas tienen problemas como cuando no los tienen.

La literatura señala que, aun reconociendo la importancia de las opiniones de las personas usuarias de los servicios y de sus personas cuidadoras, existen algunas limitaciones a su participación: por un lado, la obligación de muchos profesionales, en especial los del sector público, de realizar juicios profesionales sobre el cuidado y el control; por otro lado, en algunos diagnósticos no se puede sostener un enfoque colaborativo si hay sospechas de daño o maltrato o riesgo de ello para la persona usuaria, su cuidador/a o terceras personas. Tales presiones pueden restringir el alcance de la participación de las personas usuarias del servicio.

Por último, en lo que se refiere al análisis de experiencias de participación en el diagnóstico, Whittington (2007: 47-52) identifica cinco modelos diferentes de diagnóstico en función de la intensidad y alcance de la participación de las personas usuarias en cada uno de ellos.

La figura 2 los sintetiza gráficamente y la tabla 2 los describe más detalladamente.

**Figura 1. Matriz de modelos de diagnóstico según el grado de participación de las personas usuarias**



Fuente: Whittington (2007: 45).

**Tabla 3. Cinco modelos de diagnóstico, según el grado de participación de las personas usuarias**

| Modelo de valoración diagnóstica                              | Descripción  | Quién define el proceso  | Quién define los criterios                                     | Quién realiza el diagnóstico                   | Comentario  |
|---|--|--|--|--|---|
| 1<br><i>Totalmente orientado por profesional/organización</i> | Diagnóstico en el que organización/profesionales controlan el proceso, los criterios y el desarrollo de la actividad.  | Organización<br>Profesionales                                  | Organización<br>Profesionales                                  | Profesionales                                  | Mínima implicación de persona usuaria/cuidadora.<br>Normalmente defendido por el/la profesional sólo en casos de riesgo para la persona usuaria, su cuidador/a o el público.  |
| 2<br><i>Parcialmente orientado por el usuario</i>             | Autoevaluación por parte de la persona usuaria/cuidadora aplicando procesos y criterios que han sido definidos por organizaciones y profesionales.   | Organización<br>Profesionales                                  | Organización<br>Profesionales                                  | Usuario/cuidador                               | Delega la realización del diagnóstico, pero la organización/profesional mantiene el control de otros aspectos.  |
| 3<br><i>Parcialmente dirigido por el usuario</i>              | Personas usuarias y cuidadoras han definido el proceso y los criterios mediante representación y consulta previas, pero los profesionales llevan a cabo el diagnóstico.                                      | Persona usuaria/<br>cuidadora                                  | Persona usuaria/<br>cuidadora                                  | Profesionales                                  | Es el modelo inverso al modelo 2.   |
| 4<br><i>Delegado<br/>Totalmente dirigido por el usuario</i>   | Personas usuarias y cuidadoras han definido el proceso y los criterios mediante representación y consulta previas y una persona usuarias o cuidadora ahora se responsabiliza de realizar el autodiagnóstico. | Persona usuaria/<br>cuidadora                                  | Persona usuaria/<br>cuidadora                                  | Persona usuaria/<br>cuidadora                  | Es el modelo inverso al «profesionalmente controlado» (1) y podría denominarse «controlado por usuario/cuidador» excepto que cuando hay servicios públicos implicados la «delegación» permite a la entidad pública cumplir sus obligaciones de atención, equidad y responsabilidad. |
| 5<br><i>Colaborativo<br/>Compartido</i>                       | Ocupa un punto medio entre las cuatro polaridades, combinando definición y realización del diagnóstico por profesionales y personas usuarias/cuidadoras.   | Organización<br>Profesionales<br>Persona usuaria/<br>cuidadora | Organización<br>Profesionales<br>Persona usuaria/<br>cuidadora | Profesionales<br>Persona usuaria/<br>cuidadora | Los otros cuatro modelos caracterizan los polos extremos de las dos dimensiones. Este modelo representa una participación simétrica de la persona usuaria/cuidadora y de la organización/profesional. Es un modelo de diagnóstico de «intercambio simétrico».                       |

Fuente: Adaptado de Whittington (2007: 51-52).

## 3.2. La planificación de la intervención individual y familiar<sup>2</sup>

### 3.2.1. Concepto

Desde la *Educación Social*, Pérez Serrano (2016a) plantea que la planificación sucede a la fase de diagnóstico. Esta autora la entiende los proyectos en que se materializa la planificación como un «instrumentos de ayuda en la acción social y como un medio para la organización del grupo y la cohesión del mismo» (Pérez Serrano, 2016a: 274), circunscribiéndola a las acciones programadas con sujetos colectivos y no tanto con personas y familias. No obstante, también señala que la planificación «consiste en buscar, anticipar, prever, predecir e intentar vislumbrar lo que va a desarrollarse en el futuro» (Pérez Serrano, 2016a: 275).

Forés y Novella (2013: 69-70) señalan que planificar consiste en «definir qué es lo que pretendemos y decidir cómo lo haremos para intentar conseguirlo (...). Esta guía de acción es imprescindible por diversas razones: ayuda a concretar las ideas, establece relación entre el qué y el cómo, facilita comunicar lo que se pretende hacer, etcétera. La planificación (la guía de acción) puede ser más o menos detallada, más o menos extensa, pero es necesaria». Según estas mismas autoras, se elabora a partir de la evaluación inicial o diagnóstica (análisis de necesidades, de potencialidades y de contexto).

Por su parte, para Feliz et al. (2009: 84), «en educación, proyecto es una acción diseñada con alto grado de autonomía por los agentes que la van a poner en práctica, con intención de lograr un fin concreto, con capacidad para saber si ese fin se ha logrado, y con posibilidad de elegir e implementar los medios necesarios para llevarlo a efecto».

La planificación para Vilar (1996: 34) consiste «en definir el plan de acción que llevaremos a cabo para alcanzar unos objetivos del proyecto prefijados a partir del diagnóstico con la traducción de una idea inicial en forma de plan de trabajo». Este mismo autor denomina «proyecto» al nivel más concreto de la planificación, es decir, «la unidad de trabajo más operativa dentro del proceso de planificación» (Vilar, 1996: 20). Consiste en «un conjunto de actividades interrelacionadas y coordinadas entre sí para alcanzar unos objetivos (...) orientado a la producción de determinados bienes o para prestar servicios específicos en una realidad concreta» (Vilar, 1996: 20).

Desde la *Psicología de la Intervención Social* se han propuesto diferentes definiciones de planificación. Uno de las más clarificadoras y comprensivas es la que entiende la planificación como «un proceso lógico de articulación de metas, objetivos e hipótesis de cambio, así como de previsión y ordenamiento

---

2. Este apartado ha sido elaborado con aportaciones de Josep M. Mesquida González, Belén Parra Ramajo y Adela Boixadós Porquet (Unitat de Formació i Recerca en Treball Social, Universitat de Barcelona).

de recursos que desembocan en operaciones secuencialmente temporalizadas que permitirán conseguir los objetivos según unas prioridades propuestas, incluyendo, igualmente, mecanismos automoduladores de su desarrollo» (López-Cabanas, 1993: 406).

En *Trabajo Social*, la planificación es la etapa que sigue al diagnóstico y la que precede a la intervención o el seguimiento del caso. Esta fase es denominada de formas diferentes en los niveles de intervención individual y familiar: plan de trabajo, plan de intervención, plan de atención personalizada, programa individual de atención (Ovejas y Berasaluze, 2019: 13). De Robertis (1988) utiliza el término «proyecto de intervención», mientras que Aylwin y Solar (2002) y Cardona (2012) utilizan el término «acuerdo de trabajo».

Kisnerman (1984: 37) define la planificación como el proceso «que integra y combina racionalmente acciones y recursos en un tiempo y espacio dado, para conseguir los objetivos decididos, así como los medios de control y evaluación».

Aguilar (2013: 340), señala que la planificación en el nivel micro (proyecto), consiste en «la ordenación de un conjunto de actividades que, combinando recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, se realizan con el propósito de conseguir un determinado fin u objetivo». Así, para Aguilar (2013: 341), los aspectos sustantivos de esta planificación son los siguientes:

- Un conjunto de actividades y acciones que se deben emprender.
- Que no son espontáneas, sino ordenadas y articuladas.
- Que combinan la utilización de diferentes tipos de recursos, y que se orientan a la consecución de un objetivo o resultado previamente fijado,
- Que se realizan en un tiempo y espacio determinados.
- Que se justifican por la existencia de una situación-problema que se quiere modificar

De este modo, la planificación establece las bases para la intervención y «una reflexión ya iniciada en el diagnóstico, acerca de qué es posible hacer, por qué se va a hacer, cuándo se va a hacer, quién lo va a hacer, en qué espacio de tiempo, qué criterios de evaluación vamos a utilizar, etc.» (Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, 2009: 71). Hacer un plan de trabajo significa definir las prioridades, los objetivos a alcanzar, los y las profesionales necesarias para la intervención, la temporalidad de las actuaciones y los indicadores, evidencias o criterios escogidos para valorar la evolución del caso.

Su formulación depende del contexto de intervención que se define en los primeros momentos de la relación e incluye el tipo de acuerdo establecido entre el o la profesional y las personas receptoras, las finalidades de la institución en la que se enmarca la intervención y las condiciones con las que se realiza la prestación del servicio (Cardona, 2012).

Esta planificación debe tener en cuenta las particularidades de cada caso y se necesita de un esfuerzo de las y los profesionales para hacer confluir demandas y recursos en la forma que permita generar los cambios que nos acerquen a los objetivos previamente definidos, con el consenso de la persona usuaria y de su entorno.

El prerequisite fundamental de cualquier plan de intervención es el respeto a los principios éticos y, por lo tanto, debe estar orientado a respetar la autonomía y empoderar a la persona durante todo este proceso. Esto implica que la planificación deba ser un proceso participativo como veremos más adelante.

### 3.2.2. Finalidad y objetivos

Según Vilar (1996: 34), los objetivos de la planificación en *Educación Social* son:

- Dar orden y racionalidad a la intervención con la descripción de las diferentes áreas que es necesario contemplar en la realización del proyecto.
- Describir el plan de acción, es decir, definir la secuencia de actuaciones para cada una de las áreas de trabajo.

Desde la perspectiva de la *Psicología de la Intervención Social*, el fin último de la planificación es la acción (López-Cabanas y Chacón, 1997). En este sentido, precisan estos autores, tiene por objetivo facilitar la toma de decisiones entre las diferentes opciones de acción existentes para alcanzar diferentes objetivos interrelacionados.

Desde el *Trabajo Social*, Colomer (1979: 29) señala que la planificación pretende «obtener un resultado determinado mediante una intervención deliberada en el proceso social». En lo que se refiere al nivel más concreto de la planificación, al que denomina «plan de trabajo», señala que tiene por finalidad (Colomer, 1979: 30):

- Conseguir una acción deliberada en el proceso social.
- Prever los obstáculos para la intervención
- Determinar los medios idóneos para su realización.

Por su parte, Aguilar (2013: 340), a propósito de la planificación de la intervención mediante proyectos, plantea que su propósito es «alcanzar un resultado (efecto concreto que se logra con su realización) y un producto (elemento material o de servicio que se genera para producir el efecto)».

### 3.2.3. Contenido y componentes

Desde la *Educación Social*, Pérez Serrano (2016a: 259-260) señala que «la formulación precisa y concreta del proyecto exige conjugar armónicamente



todos los pasos (...) que lleven a la consecución del mismo, tanto la fase de diagnóstico de necesidades, identificación de objetivos, especificación de actividades, tiempo de ejecución, como los recursos que se disponen para llevar a cabo el proyecto». Su propuesta de planificación, más referida al nivel grupal que al individual o familiar, identifica los elementos de un proyecto social (Pérez Serrano, 2016a: 274-292):

- Objetivos generales y específicos.
- Metodología.
- Temporalización.
- Agentes implicados y responsabilidades.
- Recursos (humanos, materiales y financieros).
- Control y seguimiento.

En otro de sus trabajos, Pérez Serrano (2016b) detalla los elementos que componen el proyecto en respuesta a una serie de preguntas clave sobre el proceso a planificar:

**Tabla 4. Elementos para el diseño de un proyecto según Pérez Serrano (2016b)**

| Elementos                                     | Responden a |
|---|-------------|
| 1 Naturaleza                                  | Qué         |
| 2 Fundamentación                              | Por qué     |
| 3 Objetivos                                   | Para qué    |
| 4 Metas                                       | Cuánto      |
| 5 Actividades, tareas, metodologías y medidas | Cómo        |
| 6 Espacio, ubicación o localización física    | Dónde       |
| 7 Temporalización                             | Cuándo      |
| 8 Destinatarios                               | Quiénes     |
| 9 Recursos                                    | Con qué     |
| 10 Recursos humanos                           | Quiénes     |

Fuente: Pérez Serrano (2016b: 42 y ss.).

Por su parte, Lucio-Villegas (2005: 203-204) recoge las aportaciones de Quintana (1984) en relación con las fases de lo que el segundo denomina «método integrativo» de la educación social, entre las que la cuarta y la quinta corresponden a la planificación de la intervención:

- Reconocimiento del problema.
- Demanda de ayuda por parte de una comunidad, de un grupo o de un individuo. No existe intervención sin la participación de los interesados.
- Primer diagnóstico de la situación.

- Definir los objetivos de la intervención.
- Negociar un contrato entre los intervinientes, aquellos que toman parte en el asunto, sean profesionales o personas usuarias.
- Desarrollar la intervención
- Movilizar los recursos.
- Evaluar.
- Conclusión de la intervención por acuerdo mutuo entre todas las partes.

Para Forés y Novella (2013: 73) los componentes mínimos de la planificación de la intervención desde la Educación Social son los siguientes:

- Intenciones u objetivos de la planificación.
- Estrategias de intervención educativa para su logro.
- Las actividades o acciones a desarrollar.
- El tiempo específico para estas acciones.
- El espacio concreto donde realizarlas.
- Las personas determinadas para llevarlas a término.

Por su parte, Feliz et al. (2009: 179) realizan una propuesta de componentes de la planificación en el nivel individual y familiar (proyecto micro), tomada de García Herrero y Ramírez Navarro (2002):

- Objetivos.
- Contenidos de la intervención.
- Estrategias de intervención.
- Tareas y actividades.
- Recursos.
- Secuencia de actividades.
- Recursos humanos.
- Evaluación.

Vilar (1996: 33-34) señala que el proyecto, el nivel micro de la planificación, tiene los siguientes componentes, aunque está haciendo referencia a la planificación de una intervención grupal o colectiva:

- Nombre o título.
- Plan o programa al que pertenece, si es el caso.
- Descripción (temática y finalidad).
- Destinatario (grupo o colectivo diana).
- Fundamentación (definición del problema y pertinencia del proyecto).
- Búsqueda bibliográfica y análisis de experiencias.
- Objetivos generales.
- Objetivos terminales.
- Indicadores de evaluación.

- Estrategias para la acción (metodología y fases temporalizadas en un plan de trabajo).
- Presupuesto y fuentes de financiación.

Vilar (1996) señala que el proyecto se concreta en lo que denomina «programas de acción», que configuran el marco donde se producirá la intervención. Éstos tienen los siguientes componentes (Vilar, 1996: 33-34):

- Descripción (en qué consiste y cómo se organiza).
- Pertinencia (de qué manera responde a los objetivos del proyecto del que forma parte).
- Objetivos.
- Metodología.
- Recursos necesarios.
- Unidades de programación que lo forman, si es el caso.
- Programas con los que está conectado y relación con el proyecto.
- Objetivos terminales.
- Criterios de evaluación.

Pérez-Campanero (2010) hace referencia al «plan de intervención» como elemento de la planificación que sigue al análisis de necesidades y elección de alternativas. Los elementos que lo componen son los siguientes (Pérez-Campanero, 2010: 19):

- Población destinaria de la intervención.
- Objetivos.
- Contenido de la intervención.
- Estrategias de acción.
- Recursos necesarios.
- Unidades de programación que lo forman, si es el caso.
- Temporalización.
- Evaluación.

El Ajuntament de Barcelona (2010a) señala que el proceso socioeducativo que compete a la Educación Social tiene una fase intermedia a la que denomina «fase de desarrollo», consistente, primero, en establecer, conjuntamente con la persona objeto de intervención, un plan de trabajo y los objetivos socioeducativos; segundo, en su implementación y evaluación. Por lo que respecta al plan de trabajo, éste incluye los siguientes elementos (Ajuntament de Barcelona, 2010a: 19):

- Hipótesis de trabajo.
- Objetivos.
- Indicadores.

- Temporalidad.
- Estrategias y actividades.
- Recursos necesarios.

Desde la *Psicología*, el nivel más concreto de la planificación es considerado «el plan de trabajo operativo o proyecto» (López-Cabanas y Chacón, 1997: 96). Para López-Cabanas (1993: 413-414) sus componentes son los siguientes:

- Conjunto de actividades ordenadas por fases y etapas, cada una de ellas temporalizada.
- Lugar de desarrollo de las actividades.
- Personas involucradas: funciones, tareas y competencias.
- Costes directos e indirectos.
- Tecnología utilizada para realizar cada actividad.
- Beneficios de cada actividad: tipo y número.
- Recursos humanos, materiales y financieros que se emplearán.

En esta línea de ideas, este plan de trabajo operativo o proyecto debe responder a nueve preguntas, que rinden cuenta de sus componentes clave (López-Cabanas y Chacón, 1997):

**Tabla 5. Preguntas a las que ha de responder un plan de trabajo operativo o proyecto según López-Cabanas y Chacón (1997)**

| Elementos |                      |
|-----------|----------------------|
| 1         | ¿Qué?                |
| 2         | ¿Por qué?            |
| 3         | ¿Para qué?           |
| 4         | ¿Cómo?               |
| 5         | ¿Para quién?         |
| 6         | ¿Cuándo y qué orden? |
| 7         | ¿Dónde?              |
| 8         | ¿Con qué?            |
| 9         | ¿Quién (lo)?         |

Se va a hacer

Fuente: López-Cabanas y Chacón (1997: 97).

Otros autores denominan al nivel más concreto de la intervención psicosocial «programa de intervención» (Rodríguez Marín et al., 2007: 53 y ss.), al que atribuyen los siguientes componentes:

**Tabla 6. Elementos de un programa de intervención según Rodríguez Marín et al. (2007)**

| Qué  | Cómo                                  |
|--|---------------------------------------|
| Objetivos  | Procedimiento                         |
| Contenidos (tratamiento): qué, a quién, con quién, con qué, para qué | Fases                                 |
| Estrategias de ejecución   | Calendario                            |
| Tareas y responsabilidades   | Formación necesaria                   |
| Criterios e indicadores de resultados                                | Acceso a la población                 |
| Costos   | Mantenimiento                         |
| Recursos humanos y materiales  | Fuentes de financiación y de recursos |

Fuente: adaptado de Rodríguez Marín et al. (2007: 60).

El Ayuntamiento de Vitoria, en relación con la planificación de la intervención individual/familiar, prescribe al personal de la Psicología que ejerce en los Servicios Sociales la función de diseño de planes de intervención en el ámbito de sus competencias, cuyas tareas rinden cuentas del contenido de dicho plan de intervención (Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública, 2017: 19):

- Objetivos de intervención.
- Acciones, incluyendo medidas de urgencia, si necesarias.
- Recursos disponibles.
- Temporalización.
- Agentes implicados en la intervención.

Las funciones atribuidas a este perfil profesional también incluyen la evaluación de la intervención consistente en «realizar (la) valoración de la intervención con personas usuarias, profesionales y agentes implicados» (Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública, 2017: 19).

Desde la perspectiva del *Trabajo Social*, las actuaciones fundamentales en la elaboración de un plan de intervención derivan del diagnóstico establecido y de la valoración del contexto. Asimismo, en cualquier proceso de atención la priorización es necesaria. Hay que priorizar siempre a partir de las necesidades básicas y de los elementos de riesgo de la situación, velando por la seguridad y la integridad de las personas, en primer lugar, para posteriormente establecer las actuaciones que se consideren más eficaces para generar los cambios necesarios en la dirección que permita recuperar la autonomía. En cualquier caso, hay que obtener siempre un acuerdo entre la persona y el o la profesional (Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, 2009).

Colomer (1979) realiza la que probablemente es la propuesta metodológica más influyente en el Trabajo Social español, en la que se formula un

«método básico» en Trabajo Social, aplicable a sus diferentes niveles de intervención. En él, por un lado, sitúa la planificación en un proceso metodológico de intervención más amplio (estudio, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Por otro lado, propone un contenido de dicha planificación que es directamente transferible al trabajo con personas y familias. En su propuesta, denomina «plan de trabajo» al nivel más concreto de la planificación ligado al trabajo de campo. Es la etapa intermedia del método. Sus elementos básicos son los siguientes (Colomer, 1979: 31-33):

- Determinación de los núcleos de intervención o problemas.
- Temporalización de la intervención en los núcleos de intervención
- Fijación de objetivos (corto, medio y largo plazo).
- Determinación de los niveles de actuación.
- Determinación de las actividades, instrumentos y técnicas a utilizar.
- Determinación de los recursos necesarios.
- Responsabilidades y funciones de cada profesional.
- Identificación de los medios de control y evaluación de la acción.

Kisnerman (1984) describe un proceso que implica los siguientes pasos: definición del problema, fundamentación de la intervención profesional, decidir la alternativa de acción, precisar los objetivos, elaboración de un diseño para verificar las hipótesis, verificación de éstas, evaluación de resultados, establecimiento de conclusiones y realimentación. La planificación, tal y como la entendemos actualmente, está presente desde el segundo hasta el cuarto paso (Kisnerman, 1984: 25):

- Definición del problema.
- Fundamentación de la intervención profesional.
- Decisiones sobre la alternativa de acción.
- Precisión de los objetivos.
- Elaboración de un diseño para verificar las hipótesis.
- Verificación de las hipótesis.
- Evaluación de resultados.
- Establecimiento de conclusiones.
- Realimentación.

Aylwin y Solar (2002) denominan «acuerdo de trabajo» al nivel más concreto de la planificación de la intervención. Según estas autoras, los componentes del acuerdo deben ser, al menos, los siguientes (Aylwin y Solar, 2002: 176-177):

- Objetivos, recogiendo los deseos de la familia y el tipo de cambio esperado.
- Áreas en las que se actuará.

- Modalidades de intervención.
- Personas implicadas y responsabilidades asumidas.
- Temporalización de la intervención.
- Evaluación de los logros.

Por su parte, Aguilar (2013) señala que los elementos básicos de un proyecto de intervención deben dar respuesta a diez preguntas:

**Tabla 7. Elementos de un proyecto de intervención según Aguilar (2013)**

| Elementos                                   | Responden a |
|---|-------------|
| 1 Naturaleza del proyecto                   | Qué         |
| 2 Fundamentación                            | Por qué     |
| 3 Objetivos                                 | Para qué    |
| 4 Metas                                     | Cuánto      |
| 5 Localización física / cobertura espacial  | Dónde       |
| 6 Actividades y tareas / Métodos y técnicas | Cómo        |
| 7 Calendarización                           | Cuándo      |
| 8 Destinatarios o beneficiarios             | A quiénes   |
| 9 Recursos humanos                          | Quiénes     |
| 8 Recursos materiales y financieros         | Con qué     |

Fuente: Aguilar (2013: 343).

Una propuesta reciente de esquema de la planificación de la intervención la proponen Ovejas y Berasaluze (2019: 16):

**Tabla 8. Elementos para el diseño de un plan de intervención según Ovejas y Berasaluze (2019)**

| Elementos del Plan de intervención     | Responden a                   |
|--|-------------------------------|
| 1 Áreas de intervención (diagnóstico)  | Sobre qué                     |
| 2 Objetivos por áreas de intervención  | Para qué                      |
| 3 Metodología (actividades y técnicas) | Qué y cómo                    |
| 4 Recursos                             | Con qué                       |
| 5 Responsabilidades y compromisos      | Quiénes                       |
| 6 Duración                             | Cuándo                        |
| 7 Seguimiento                          | Cómo se hará el seguimiento   |
| 8 Evaluación                           | Qué indicadores de evaluación |

Fuente: Ovejas y Berasaluze (2019: 16).

Para De Robertis (1988) un elemento primordial para la elaboración de un proyecto de intervención consiste en la determinación del nivel de intervención, que implica identificar con quién se trabaja (persona, familia, grupo,

comunidad o institución). Otro aspecto fundamental del plan de intervención es proponer objetivos definidos y suficientemente concretos con elementos definitorios de su logro. Determinadas situaciones requerirán establecer objetivos para las diferentes personas que confluyen en el entorno objeto de actuación. La consecución de un objetivo se conseguirá mediante una serie de acciones programadas en el tiempo. Estas acciones pueden ser propuestas de actividades, utilización de recursos y/o intervenciones de otras/os profesionales. La articulación de todas estas actividades orientadas a alcanzar los objetivos fijados constituye el núcleo del plan de intervención y requieren experiencia, creatividad y consistencia por parte de los equipos de trabajadores sociales. La temporalidad de las acciones es un elemento importante y a menudo descuidado. Por temporalidad entendemos tanto el establecimiento de secuencias de acciones como el tiempo que acordemos para la realización de unas acciones determinadas dirigidas a obtener los cambios deseados. Esto implica monitorizar las acciones y los resultados que logran, a fin de adaptar la intervención y hacerla más eficaz, introduciendo, en su caso, los cambios necesarios. En la escala temporal, tanto los objetivos como las acciones las podemos definir en el corto plazo, el medio plazo y el largo plazo para cada una de las personas objeto de intervención (De Robertis, 1988).

Un plan de intervención debe incluir siempre mecanismos de evaluación. Esta evaluación debe fundamentarse en indicadores previamente establecidos que evalúen, por un lado, el grado de cumplimiento del plan (Fernández y Ponce, 2012) y, por otro, su eficacia en el logro de los cambios deseados. Es evidente que un plan de intervención que se cumple y no logra cambios debe revisar la intervención desde el primer diagnóstico y los objetivos fijados, y hasta cada una de las acciones propuestas.

Establecer un plan de intervención y que éste sea eficaz es una tarea compleja que requiere a menudo del trabajo en equipo o en red. Las dificultades derivan, en primer lugar, de la misma complejidad de las situaciones que hay que abordar, que son casi siempre multifactoriales y en las que los elementos individuales se insertan en un contexto estructural difícilmente modificable. Por otra parte, la precariedad y las limitaciones de los recursos existentes para las muchas situaciones que deben abordar las personas profesionales de los Servicios Sociales, no contribuye a que éstas puedan construir proyectos de intervención con todas las herramientas posibles. Por último, no podemos descuidar el elemento individual o el contexto familiar que, con una inherente resistencia a los cambios, dificultan en algunas ocasiones la consecución de los objetivos. Todo ello configura un escenario donde la planificación de la intervención tiene unas restricciones que, a menudo, obligan a revisar a la baja las expectativas que se hubiera puesto en una intervención. A pesar de estas dificultades evidentes, elaborar un plan de intervención ajustado y coherente constituye una obligación para una buena praxis profesional y es la



garantía mínima de que las personas acompañadas seguirán un itinerario que se fundamenta en la reflexión y el conocimiento y que busca unos objetivos que van en la dirección de proteger los derechos de las personas, mejorar su calidad de vida y velar por su bienestar.

#### **3.2.4. La participación de las personas usuarias en la planificación de la intervención**

Para la *Educación Social*, la planificación «habrá de surgir como fruto del diálogo y participación, teniendo en cuenta la convergencia de intereses de los implicados» en la misma (Pérez Serrano, 2016a: 256). Así, según esta autora, «la participación voluntaria de los sujetos en su desarrollo ofrece suficientes garantías de que se generarán cambios que repercutirán de inmediato en el campo educativo» (p. 203).

Desde la *Psicología de la Intervención Social* se postula que, en relación con el rol de las personas con las que se trabaja, es «deseable (la) participación activa y comprometida en todas las fases del proceso de intervención» (Blanco y Varela, 2007: 29). Desde esta perspectiva, las personas usuarias intervienen en la toma de decisiones acerca de la intervención en tres momentos: en el momento de plantearla (diagnóstico y valoración de necesidades), en la elección de prioridades sociales y actuaciones concretas (planificación) y en la facilitación de recursos y medios para realizar su valoración (evaluación) (Blanco y Varela, 2007: 34).

Desde la perspectiva del *Trabajo Social*, posiblemente, es en la fase de planificación cuando la participación de las personas usuarias es más relevante, hasta el punto de que se puede decir que no se puede planificar sin contar con las aportaciones, tácitas o explícitas, de las personas involucradas en la situación que se quiere mejorar. Se trata de favorecer la autodeterminación de las personas usuarias de forma que se pongan en marcha sus capacidades personales (Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, 2009; Ovejas y Berasaluze, 2019).

En muchas ocasiones, la planificación es un proceso completamente conducido por las personas profesionales que son también las que han determinado los problemas con los que se debe trabajar, pero la importancia que durante los últimos años ha ido ganando la participación de las personas usuarias ha hecho que se incorporen procedimientos específicos para favorecerla (Sala, 2018). En esta línea, Perlman (1965) ya depositó la responsabilidad del establecimiento de objetivos y la determinación de los recursos necesarios en la persona beneficiaria de la intervención, sugiriendo que «el sujeto que experimenta uno o más problemas se entregue a su elaboración y resolución, utilizando unos medios que le puedan ser útiles en su futuro» (p. 82).

Una buena comunicación es un factor facilitador de la participación de las personas usuarias (Escobar y Gascón, 1996), por lo que utilizar recursos que faciliten el intercambio entre profesional y familias puede incrementar las posibilidades de participación de estas últimas, sobre todo, cuando por razones culturales o personales hay dificultades de comprensión o expresión (Cardona, 2012). En esta línea, puede ser interesante el uso de recursos didácticos con este objetivo (imágenes, gráficos, mapas conceptuales, etc.).

La existencia de una valoración previa sobre la situación objeto de intervención, la expresión de una demanda explícita por parte de la persona usuaria y la construcción de un acuerdo de trabajo son los requisitos que permiten conseguir una intervención de éxito. En la elaboración de este pacto, que se realiza a través de una conversación no burocrática, es cuando se hace posible identificar qué aspectos son valorados positivamente por la persona o familia y, por tanto, hay que mantener, y cuáles otros es necesario modificar porque son evaluados como negativos (Cardona, 2012). Una vez identificados los unos y los otros se hace posible empezar a establecer un plan de trabajo realmente participado.

También se puede mejorar la participación de los usuarios siguiendo una serie de pautas que tienen que ver con la forma en que se establecen los objetivos (De Jong y Miller, 1995) y también con el cómo son priorizados (Cardona, 2012). La tabla que se muestra a continuación recoge estas aportaciones:

**Tabla 9. Cómo mejorar la participación de las personas usuarias en el establecimiento y la priorización de objetivos**

| En el modo de formular los objetivos  | En el modo de priorizar los objetivos  |
|---|--|
| 1. Pertenecen a la persona o familia y están expresados en su lenguaje.   | 1. Se solicita que seleccionen el tema que más les preocupa.   |
| 2. Son de corto alcance.  | 2. Según su punto de vista, ¿qué necesidades o problemas pueden generar consecuencias negativas si no se abordan de forma prioritaria? |
| 3. Son específicos y concretos y se expresan como comportamientos o conductas.  | 3. ¿Qué tema o aspecto puede cambiar con mayor facilidad teniendo presentes los recursos disponibles y las limitaciones existentes?    |
| 4. Expresan la presencia de algo, en lugar de la ausencia de algo.  | 4. ¿Qué tema o problema ha de ser objeto de intervención en primer lugar para que posteriormente se resuelvan otros?                   |
| 5. Expresan pasos sucesivos hacia el objetivo final.  |  |
| 6. Son realistas en el contexto de la vida de la persona o familia.   |  |
| 7. Son percibidos como un trabajo duro, lo que es a la vez realista y útil para proteger la dignidad de la persona o familia. |  |

Fuente: elaboración propia a partir de De Jong y Miller (1995: 730-731) y Cardona (2012: 116)

Si los objetivos son establecidos y priorizados de forma conjunta por la o el profesional y las personas usuarias, hay que garantizar que las acciones a desarrollar, los plazos referidos a la realización de las mismas y los criterios de evaluación sean cuestiones igualmente determinadas por todas las partes.

En este sentido, Palomeque (2014) introduce la idea de «codiseño» respecto a la planificación de la intervención, pues «si no hay diseño conjunto, no hay éxito» (p.25). De este modo, en un proceso coproducido, el diseño de la intervención se realiza de manera conjunta, asignando tareas y responsabilidades recíprocas a las diferentes personas actoras.

### 3.3. Bibliografía

- AGUILAR, M.J. (2013). *Trabajo Social. Concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo y Consejo General del Trabajo Social.
- ANDER-EGG, E. y AGUILAR IDÁÑEZ, M.J. (1995). *Diagnóstico social. Conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen.
- AYLWIN ACUÑA, N. y SOLAR, M.O. (2002). *Trabajo social familiar*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile. Recuperado de <https://www.fhyce.edu.py/wp-content/uploads/2020/08/Trabajo-Social-Familiar-N.-Aylwin.pdf>
- AYLWIN DE BARROS, N., JIMÉNEZ DE BARROS, M. y QUEZADA DE GREPPI, M. (1976). *Un enfoque operativo de la metodología de trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Ajuntament de Barcelona (2010a). *L'acció socioeducativa en el marc dels Serveis Socials Bàsics de l'Ajuntament de Barcelona*. Recuperado de <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-socials-accio-socioeducativa-serveis-socials-basics.pdf>
- Ajuntament de Barcelona (2010b). *L'atenció psicosocial en els Serveis Socials Bàsics*. Recuperado de <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-socials-atencio-psicosocial-serveis-socials-basics.pdf>
- Ajuntament de València (2019). *La atención psicológica en los Centros Municipales de Servicios sociales*. Recuperado de <https://www.valencia.es/es/cas/bienestar-social-integracion/programas>
- ARIÑO ALTUNA, M. (2017). Contra el diagnóstico. A propósito de las enseñanzas de Paul Feyerabend. *Revista de Treball Social*, (211), 66-76. Recuperado de <https://www.revistarts.com/article/contra-el-diagnostic-proposit-dels-ensenyaments-de-paul-feyerabend>
- BARKER, R. (2003). *Social workers dictionary*. Washington, DC: National Association of Social Workers Press.
- BECKETT, C. (2010). *Assessment and Intervention in Social Work: Preparing for Practice*. London: Sage.
- BERESFORD, P. y BRANFIELD, F. (2006). *Making user involvement work: supporting service user networking and knowledge*. London: Joseph Rowntree Foundation. Recuperado de <https://www.jrf.org.uk/report/making-user-involvement-work-supporting-service-user-networking-and-knowledge>

- BLANCO, A. y VARELA, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco Abarca y J. Rodríguez Marín (coords.), *Intervención psicosocial* (pp.3-44). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- BRONFENBRENNER, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- CABRERIZO DIAGO, J. (2020). Procedimientos, técnicas e instrumentos para la evaluación en la intervención socioeducativa. En A.M. Martín Cuadrado y M.J. Rubio Roldán (coords.), *La intervención socioeducativa: diseño, desarrollo y evaluación* (pp.169-197). Madrid: UNED.
- CARDONA, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos* (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/108691>
- COLOMER, M. (1979). Esquema del método de trabajo social. *Revista de Treball Social*, (75), 18-38.
- COULSHED, V. y ORME, J. (1998). *Social Work Practice. An introduction*. Houndmills: BASW.
- COULSHED, V. y ORME, J. (2006). *Social work practice* (4<sup>th</sup> edition). Houndmills: Palgrave MacMillan.
- CRISP, B.R., ANDERSON, M.T., ORME, J. y LISTER, P.G. (2005). *Knowledge review 08: Learning and teaching in social work education: textbooks and frameworks on assessment*. London: Social Care Institute for Excellence. Recuperado de <https://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr08.pdf>
- CURY, S.P., ARIAS ASTRAY, A. (2016). Hacia una definición actual del concepto de «diagnóstico social». Breve revisión bibliográfica de su evolución. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (23), 9-24. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2016.23.01>
- DE JONG, P. & MILLER, S.D. (1995). How to Interview for Client Strengths. *Social Work*, 40(6), 729-736. <https://doi.org/10.1093/sw/40.6.729>
- DE ROBERTIS, C. (1988). *Metodología de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: El Ateneo.
- DE ROBERTIS, C. (2003). *Fundamentos del Trabajo Social*. Nau Libres: Valencia.
- Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social (2009). *Diagnóstico social e intervención. Herramienta informática para el Trabajo Social*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de [https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/diagnostico\\_1\\_soc/es\\_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/libro/diagnostico_1_soc/es_diagnost/adjuntos/Diagnostico.pdf)
- Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública (2017). *Marco de intervención de los y las psicólogas de los servicios sociales del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz*. Vitoria-Gasteiz. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Recuperado de <https://www.vitoria-gasteiz.org/we001/was/we001Action.do?idioma=es&accionWe001=adjunto&nombre=80041.pdf>

- DÍAZ HERRÁIZ, E. y FERNÁNDEZ DE CASTRO, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2): 431-443. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_CUTS.2013.v26.n2.39550](http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550)
- DOMÉNECH LÓPEZ, Y. y GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2012). Percepciones sobre la calidad de los Servicios Sociales de las personas jóvenes usuarias: utilidades para el diseño de estándares de calidad. *Revista de Estudios de Juventud*, 97, 123-146. Recuperado de [http://www.injuve.es/sites/default/files/2012/45/publicaciones/revista%2097\\_8.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/2012/45/publicaciones/revista%2097_8.pdf)
- DOMÉNECH LÓPEZ, Y. y GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2015). Jóvenes usuarios excluidos o en riesgo de exclusión: buenas y malas prácticas percibidas en los servicios sociales. Transferencias a la planificación, organización y práctica de los servicios. En S. Segado Sánchez-Cabezudo (coord.), *Juventud, emancipación y trabajo social* (pp. 195-231). Cizur Menor (Navarra): Thomson Reuters Aranzadi.
- ESCOBAR RUBIO, M.S. y GASCÓN NAVARRO, N. (1996). Metodología del trabajo social con inmigrantes y refugiados. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (4), 135-145. <https://doi.org/10.14198/ALTERN1996.4.10>
- ESTÉVEZ, E., JIMÉNEZ, T. y MUSITU, G. (2011). Empowerment y desarrollo comunitario. En I. Fernández, F.J. Morales y F. Molero (Coords.) (2011), *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/ualicante/titulos/108806>
- EVETTS, J. (2011). Sociological Analysis of Professionalism: Past, Present and Future. *Comparative Sociology*, 10(1), 1-37. <https://doi.org/10.1163/156913310X522633>
- FANTOVA AZCOAGA, F. (2018a). Construyendo la intervención social. *Papeles del psicólogo*, 39(2), 81-88. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2863>
- FANTOVA AZCOAGA, F. (2018b). La definición y colaboración de las profesiones de la intervención social. *Revista de Treball Social*, (214), 89-101. Recuperado de <https://www.revistarts.com/es/node/509>
- FANTOVA AZCOAGA, F. (2019). Los nuevos servicios sociales y las profesiones de la intervención social. *RES: Revista de Educación Social*, (29), 11-27. Recuperado de <https://eduso.net/res/revista/29/el-tema/los-nuevos-servicios-sociales-y-las-profesiones-de-la-intervencion-social>
- FELIZ, T., SEPÚLVEDA, F. y GONZALO, R. (2009). *Didáctica general para educadores sociales*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/ualicante/titulos/50167>
- FERNÁNDEZ, T. y PONCE DE LEÓN, L. (2012). *Trabajo Social individualizado: Metodología de Intervención*. Madrid: Ediciones Académicas UNED.
- FORÉS, A. y NOVELLA, A. M. (2013). *7 retos para la educación social: reinventarse como profesional de lo social, nuevos desafíos para la empleabilidad*. Barcelona: Gedisa. <https://elibro.net/es/lc/ualicante/titulos/61163>
- FREIDSON, E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. London: Polity Press.

- GARCÍA HERRERO, G. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social. «Ecos de Mary Richmond». *Servicios Sociales y Política Social*, 83, 9-38. Recuperado de <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/instrumentos-de-valoracion-y-programacion>
- GARCÍA HERRERO, G. A. y RAMÍREZ NAVARRO, J. M. (2002). *Diseño y evaluación de proyectos sociales*. Zaragoza: Certeza.
- GARCÍA-LONGORIA SERRANO, M.P. y ESTEBAN PALOMARES, R.M. (2016). *Análisis y diagnóstico en Trabajo Social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. y DOMÉNECH LÓPEZ, Y. (2012). Expertos por la experiencia y expertos por la profesión. Visiones sobre la práctica profesional en los Servicios Sociales de Atención Primaria. *Cuadernos de Trabajo Social*, 25(2), 439-449. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/39628>
- GIMÉNEZ-BERTOMEU, V.M., DOMÉNECH-LÓPEZ, Y., LILLO-BENEYTO, A. y LORENZO-GARCÍA, J. (2012). La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias. *Portuaria: Revista de Trabajo Social*, XII, 61-71. DOI: 10.5218/PRTS.2012.0007. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/5936>
- GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M., MESQUIDA, J.M., PARRA, B. i BOIXADÓS, A. (2019). *El diagnòstic social en els serveis socials bàsics. Fonaments teòrics, normatius i professionals d'una tasca clau*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/100748>
- HOMBRADOS MENDIETA, M.I. (2013). *Manual de psicología comunitaria*. Madrid: Síntesis.
- ITUARTE TELLAECHÉ, A. (2017). Reflexiones sobre la condición y el alcance del diagnóstico en trabajo social individualizado y familiar. *Revista de Treball Social*, (211), 88-102. Recuperado de <https://www.revistarts.com/es/node/562>
- JORDAN, C. y FRANKLIN, C. (eds.) (2011). *Clinical assessment for social workers: quantitative and qualitative methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Chicago: Lyceum Books.
- KISNERMAN, N. (1982). *Servicio Social Pueblo* (2.<sup>a</sup> ed.). Buenos Aires: Humanitas.
- KISNERMAN, N. (1984). *El método: intervención transformadora*. Buenos Aires: Humanitas.
- KONOPKA, G. (1968). *Trabajo Social de Grupo*. Madrid: Euramérica.
- LÓPEZ-CABANAS, M. (1993). Planificación de los servicios sociales. En C. Navalón y M. Medina (eds.), *Psicología y Trabajo Social* (pp.405-416). Barcelona: PPU.
- LÓPEZ-CABANAS, M. y CHACÓN, F. (1997). *Intervención psicosocial y servicios sociales: un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.

- LUCIO-VILLEGAS RAMOS, E.L. (2005). Una reflexión siempre provocadora: ¿los métodos de intervención son los mismos que los de investigación en la práctica? Mínguez Álvarez, C. (coord.), *La educación social. Discurso, practica y profesión* (pp.197-240). Madrid: Dykinson. <https://elibro.net/es/lc/ualicante/titulos/60930>
- MARTIN, R. (2010). *Social Work Assessment*. Exeter: Learning Matters.
- MARTÍN CUADRADO, A.M. y GARCÍA VARGAS, S.M. (2020). El profesional en la intervención socioeducativa. Construcción de su identidad desde la práctica. A.M. Martín Cuadrado y M.J. Rubio Roldán (coords.), *La intervención socioeducativa: diseño, desarrollo y evaluación* (pp.12-52). Madrid: UNED.
- MILNER, J. y O'BYRNE, P. (2009). *Assessment in Social Work*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- NORTHEN, H. (1987). Assessment in Direct Practice. En National Association of Social Workers, *Encyclopedia of social work* (pp. 171-183). Silver Spring, Md.: National Association of Social Workers (NASW).
- OVEJAS, C. y BERASALUZE, A. (2019). Supuestos prácticos en Trabajo social: diseño para su resolución. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, (68), 5-24. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.68.01>
- PALOMEQUE, N. (2014). El enfoque de capacidades para el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, (73), 7-26. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2014.0013>
- PARKER, J. y BRADLEY, G. (2011). *Social work practice: assessment, planning, intervention and review* (3rd ed.). Exeter: Learning Matters.
- PARTON, N. y O'BYRNE, P. (2000). *Constructive social work*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave.
- PÉREZ-CAMPANERO, M.P. (2010). *Cómo detectar las necesidades de Intervención Socioeducativa* (3.ª edición). Madrid: Narcea. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/ualicante/titulos/45985>
- PÉREZ SERRANO, G. (2016a). *Pedagogía social-educación social: construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea Ediciones. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/ualicante/45957?page=6>
- PÉREZ SERRANO, G. (2016b). *Diseño de proyectos sociales : aplicaciones prácticas para su planificación, gestión y evaluación*. Madrid: Narcea.
- PERLMAN, H.H. (1965). *El trabajo social individualizado*. Madrid: Rialp.
- POSTLE, K. (2014). Empowerment, Assessment, Care Management and the Skilled Worker. *Practice*, 26(5), 327-331. <https://doi.org/10.1080/09503153.2014.963293>
- QUINTANA, J. M. (1984). *Pedagogía Social*. Madrid: Dykinson.
- RICHMOND, M.E. (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI / Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales

- RODRÍGUEZ MARÍN, J., CAÑADAS, M.I., GARCÍA DEL CASTILLO, J.A. y MIRA, J.J. (2007). El diseño de un programa de intervención. En A. Blanco Abarca y J. Rodríguez Marín (coords.), *Intervención psicosocial* (pp.47-73). Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- ROSS, M.G. (1955). *Community organization: Theory and principles*. New York: Harper.
- ROSSELL, T. y RODRÍGUEZ, P. (2017). *La entrevista en el Trabajo social*. Barcelona: Herder.
- SÁEZ CARRERAS, J. y GARCÍA MOLINA, J. (2006). *Pedagogía social : pensar la educación social como profesión*. Madrid: Alianza.
- SALA, D. (2018). La evaluación como estrategia para reflexionar sobre la intervención. Su aprendizaje en las prácticas de formación. En M.S. Cavalleri, S. Pantanali, S. y S. Pérez Torrecilla (coords.), *Procesos de intervención en Trabajo Social. Aportes a la formación y ejercicio profesional desde una perspectiva crítica* (pp. 177-187). La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/1004>
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (2002). *Psicología social aplicada: teoría, método y práctica*. Madrid: Pearson Educación. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/ualicante/titulos/45287>
- SIPORIN, M. (1975). *Introduction to Social Work Practice*. New York: Macmillan.
- SMALE, G. y TUSON, G. (1993). *Empowerment, Assessment, Care Management and the Skilled Worker*. London: H.M. Stationery Office.
- SMALE, G., TUSON, G. y STATHAM, D. (2003). *Problemas sociales y trabajo social*. Madrid: Morata y Fundación Paideia Galiza.
- SOBRADO FERNÁNDEZ, L. M. (2002). *Diagnóstico en educación: teorías, modelos y procesos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- VILAR MARTÍN, J. (1996). De la planificación a la programación. Instrumentos metodológicos para el diseño de las intervenciones socioeducativas. *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, (3), 11-49. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11162/29406>
- WATSON, D. y WEST, J. (2006). *Social Work Process and Practice. Approaches, Knowledge and Skills*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- WHITTINGTON, C. (2007). *Assessment in social work: a guide for learning and teaching* (SCIE Guide 18). London: Social Care Institute for Excellence. Recuperado de <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide18/files/guide18.pdf>
- WOOLLEY, M.E. (2013). Assessment of Children. In M.J. Holosko, C.N. Dulmus & K.M. Sowers (eds.), *Social Work Practice with Individuals and Families: Evidence-Informed Assessments and Interventions* (pp.1-39). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.



**SEGUNDA PARTE.  
LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



## 4. Diseño metodológico (I): los grupos de discusión de personal profesional y directivo

Víctor M. Giménez-Bertomeu

*Universidad de Alicante*

### 4.1. Enfoque y objetivos

Para la investigación empírica se optó por un enfoque cualitativo, por ser la orientación metodológica que mejor se ajustaba al objetivo de la investigación, es decir, a la indagación sobre la construcción mental existente sobre el diagnóstico y sobre la planificación de la intervención necesarios en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), así como sobre los procedimientos para su elaboración con la participación de las personas usuarias. Los resultados de esta indagación se esperaba que sirvieran de base para formular propuestas de mejora de los sistemas de atención a las personas usuarias de los Servicios Sociales.

Los objetivos específicos previstos fueron los siguientes:

- Conocer las características que debería tener el diagnóstico individual y familiar necesario en los SSAP, en términos de concepto, finalidad, contenido, características, técnicas para su elaboración y tipologías, desde la perspectiva del personal directivo y profesional.
- Conocer las características que debería tener la planificación de la intervención individual y familiar necesario en los SSAP, en términos de concepto, finalidad, contenido, características, técnicas para su elaboración y tipologías, desde la perspectiva del personal directivo y profesional.
- Conocer las características de la participación de las personas usuarias en el diagnóstico y en la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP, en términos de necesidad de participación, estrategias de participación, garantías y límites a la participación, desde la perspectiva del personal directivo y profesional.

- Identificar propuestas de mejora del diagnóstico y de la planificación de la intervención individual y familiar, así como de la participación de las personas usuarias de los SSAP en ellos.

## 4.2. Participantes

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico estratégico de trabajadoras y trabajadores cualificados de los Servicios Sociales municipales del Ayuntamiento de Alicante que realizaban funciones de intervención directa (en adelante, personal profesional) o de intervención indirecta (en adelante, personal directivo):

- Personal profesional. Se convocó a 59 profesionales, fijos o interinos, de diferentes perfiles profesionales: trabajadoras/es sociales, educadoras/es y psicólogas/os. Finalmente, asistieron 48 profesionales (81,4% de participación real).
- Personal directivo. Se convocó a 13 personas que ejercían sus funciones como coordinadoras/es de equipos, como jefas/es de programa o como personal técnico de apoyo a los programas. A estos grupos asistieron 11 de las 13 personas convocadas (84,6% de participación real).

### 4.2.1. Características sociodemográficas

Las personas participantes fueron fundamentalmente mujeres (82% o más del total), con una edad media de 49,4 años (DT=7,1) y una mediana de 49 años (Rango=31-64). No obstante, el personal directivo tenía una edad superior en 5 años a la edad media del personal profesional y una mediana también superior en 3 años.

**Tabla 10. Características sociodemográficas de las personas participantes**

|                 | Personal directivo |            | Personal profesional |            | Total |            |
|-----------------|--------------------|------------|----------------------|------------|-------|------------|
|                 | f                  | %          | f                    | %          | f     | %          |
| <i>Género</i>   |                    |            |                      |            |       |            |
| Hombre          | 2                  | 18,2       | 5                    | 10,6       | 7     | 12,1       |
| Mujer           | 9                  | 81,8       | 41                   | 87,2       | 50    | 86,2       |
| NC              | -                  |            | 1                    | 2,1        | 1     | 1,7        |
| Total           | 11                 | 100,0      | 47                   | 100,0      | 58    | 100,0      |
| <i>Edad</i>     |                    |            |                      |            |       |            |
| Media (DT)      |                    | 53,6 (7,5) |                      | 48,4 (6,7) |       | 49,4 (7,1) |
| Mediana (Rango) |                    | 52 (21)    |                      | 49 (31)    |       | 49 (33)    |

Fuente: elaboración propia.

#### 4.2.2. Características laborales

Las características laborales del personal directivo fueron las siguientes:

- En su mayoría era titulado en Trabajo Social (73%), frente a una representación menor de personas tituladas en Psicología (18%) o Educación Social (9%).
- Más de la mitad desarrollaba actualmente funciones de Jefatura de Programa (55%), seguidos de quienes ejercían funciones de coordinación de equipos (27%) o de apoyo a Programas (18%).
- Respecto a su experiencia laboral:
  - Ejerciendo las funciones actuales llevaba una media de 7 años (DT=6,7) y una mediana de 3 (Rango=0-17).
  - En los SSAP, una media de 6 años (DT=6,5) y una mediana de 3 (Rango=0-17).
  - En el Ayuntamiento de Alicante, 6 años (DT=6,5) y una mediana de 3 (Rango=0-17).

Por lo que respecta al personal profesional, sus características laborales fueron las siguientes:

- En su mayoría era titulado en Trabajo Social (85%), frente a una menor representación de personas tituladas en Psicología (9%) o Educación Social (4%).
- Tres de cada cuatro desarrollaban actualmente funciones propias del Trabajo Social (75%), el resto como Psicólogo/a o Educador/a (13%, respectivamente).
- Más de tres cuartas partes estaba destinado en una de las tres Unidades funcionales de los Equipos Sociales de Zona existentes en el momento de la recogida de datos (79%), mientras que el resto lo estaba en la Unidad de Intervención Comunitaria, en el Equipo Específico de Intervención con Infancia y Adolescencia (EEIIA) o tenía atribuida otra función (21%).
- Respecto a su experiencia laboral:
  - Ejerciendo las funciones actuales llevaba una media de 20 años (DT=9,3), con una mediana de 19 años (Rango=3-39).
  - En los SSAP, una media de 17 (DT=9,6), con una mediana de 15 años (Rango=1-36).
  - En el Ayuntamiento de Alicante, 16 años (DT=9,9), con una mediana de 13 años (Rango=1-36).

En conjunto, las características laborales comunes del total de participantes fueron las siguientes:

- En su mayoría era titulado en Trabajo Social (83%), frente a una representación menor de personas tituladas en Psicología (10%) o Educación Social (5%).
- Respecto a su experiencia laboral:
  - Ejerciendo las funciones actuales llevaba una media de 17 años (DT=10,3), con una mediana de 18 años (Rango=0-39).
  - En los SSAP, una media de 15 (DT=10,0), con una mediana de 13 años (Rango=0-36).
  - En el Ayuntamiento de Alicante, una media de 14 años (DT=10,1), con una mediana de 12 años (Rango=0-36).

**Tabla 11. Características laborales de las personas participantes**

|  | Personal directivo |       | Personal profesional |       | Total |       |
|--|--------------------|-------|----------------------|-------|-------|-------|
|  | f                  | %     | f                    | %     | f     | %     |
| <i>Titulación</i>  |                    |       |                      |       |       |       |
| Educación Social   | 1                  | 9,1   | 2                    | 4,3   | 3     | 5,2   |
| Psicología   | 2                  | 18,2  | 4                    | 8,5   | 6     | 10,3  |
| Trabajo Social   | 8                  | 72,7  | 40                   | 85,1  | 48    | 82,8  |
| NC   | -                  | -     | 1                    | 2,1   | 1     | 1,7   |
| Total  | 11                 | 100,0 | 47                   | 100,0 | 58    | 100,0 |
| <i>Funciones actuales</i>  |                    |       |                      |       |       |       |
| Coordinador/a  | 3                  | 27,3  | -                    | -     | -     | -     |
| Jefe/a de Programa   | 6                  | 54,5  | -                    | -     | -     | -     |
| Técnico/a Apoyo a Programa                                       | 2                  | 18,2  | -                    | -     | -     | -     |
| Total  | 11                 | 100,0 | -                    | -     | -     | -     |
| <i>Funciones actuales</i>  |                    |       |                      |       |       |       |
| Educador/a   | -                  | -     | 6                    | 12,8  | -     | -     |
| Psicólogo/a  | -                  | -     | 6                    | 12,8  | -     | -     |
| Trabajador/a Social  | -                  | -     | 35                   | 74,5  | -     | -     |
| Total  | -                  | -     | 47                   | 100,0 | -     | -     |
| <i>Unidad de trabajo</i>   |                    |       |                      |       |       |       |
| U. de Inclusión  | -                  | -     | 12                   | 25,5  | -     | -     |
| U. de Mayores, Dependencia y Diversidad Funcional                | -                  | -     | 13                   | 27,7  | -     | -     |
| U. de Familia y Menor  | -                  | -     | 12                   | 25,5  | -     | -     |
| U. de Intervención Comunitaria                                   | -                  | -     | 7                    | 14,9  | -     | -     |
| Equipo Especifico de Interv. con Infancia y Adolescencia (EEIIA) | -                  | -     | 2                    | 4,3   | -     | -     |
| Otra   | -                  | -     | 1                    | 2,1   | -     | -     |
| Total  | -                  | -     | 47                   | 100,0 | -     | -     |

|   | Personal directivo |           | Personal profesional |            | Total |             |
|---|--------------------|-----------|----------------------|------------|-------|-------------|
|   | f                  | %         | f                    | %          | f     | %           |
| <i>Experiencia profesional en funciones actuales</i>    |                    |           |                      |            |       |             |
| Media (DT)  |                    | 6,5 (6,7) |                      | 19,8 (9,3) |       | 17,3 (10,3) |
| Mediana (Rango)   |                    | 3 (17)    |                      | 19 (36)    |       | 18 (39)     |
| <i>Experiencia profesional en los SSAP</i>              |                    |           |                      |            |       |             |
| Media (DT)  |                    | 6,3 (6,5) |                      | 17,2 (9,6) |       | 15,2 (10,0) |
| Mediana (Rango)   |                    | 3 (17)    |                      | 15 (35)    |       | 13 (36)     |
| <i>Experiencia profesional en la institución actual</i> |                    |           |                      |            |       |             |
| Media (DT)  |                    | 6,3 (6,5) |                      | 16,4 (9,9) |       | 14,4 (10,1) |
| Mediana (Rango)   |                    | 3 (17)    |                      | 13 (35)    |       | 12 (36)     |

Fuente: elaboración propia.

### 4.3. Método e instrumento

De acuerdo con los objetivos de la investigación, los temas de interés sobre los que producir información se articularon en torno a 3 ejes temáticos:

- El diagnóstico en los SSAP.
- La planificación de la intervención en los SSAP.
- La participación de las personas usuarias en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los SSAP.

La técnica de producción de información utilizada fue el grupo de discusión (Callejo, 2001; Vallés, 2007; Gutiérrez Brito, 2008). Los motivos de elección de esta técnica fueron los siguientes:

- En primer lugar, se quería contar con la mayor participación posible de personal directivo y profesional de los SSAP. Se pretendía contar con su opinión cualificada, realizada desde la experiencia particular vivida por cada persona al desarrollar su actividad laboral en estos servicios, pues se asume, desde el método cualitativo, que la realidad está socialmente construida (Marlow, 2001).
- En segundo lugar, en esta aproximación lo relevante era recoger la diversidad y riqueza de aportaciones y posturas de las personas participantes. Desde este punto de vista, el grupo de discusión funciona como un espejo de la realidad en el que las personas participantes, exponiendo sus ideas y debatiendo entre ellas, reflejan sus propias vivencias, pensamientos,

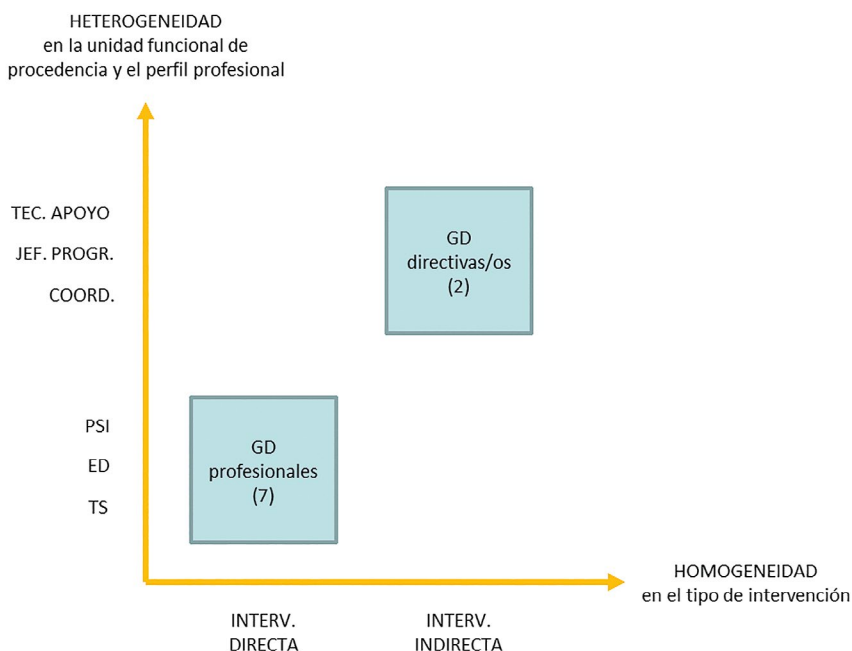
posiciones, etc. sobre una situación o problema de estudio concreto (Rubio y Varas, 1999).

- En tercer lugar, se quería generar una situación de comunicación interpersonal, más o menos controlada, en la que las personas participantes produjeran un discurso que pudiera ser analizado e interpretado, como estrategia para captar las representaciones ideológicas, los valores, las construcciones imaginarias y afectivas de la realidad, etc. dominantes entre la población respecto al objeto de la investigación (Ortí, 1996).

Para la formación de los grupos de discusión se combinaron dos criterios:

- Máxima homogeneidad en el tipo de intervención profesional desarrollada. Como resultado, se conformaron dos tipos de grupos: por un lado, grupos de personal directivo, con funciones de intervención indirecta en los SSAP (planificación y coordinación de equipos o programas); por otro lado, grupos de profesionales, con funciones de intervención directa (atención directa a personas, familias, grupos o comunidades).
- Máxima heterogeneidad respecto a la unidad funcional de procedencia y, en el caso de profesionales, al perfil profesional. De acuerdo con este criterio, cada grupo de personal directivo fue conformado por coordinadoras/es de equipos y por personal que ocupara puestos de jefatura o de

**Figura 2. Criterios de formación de los grupos de discusión**



Fuente: elaboración propia.



apoyo a programas. Por su parte, cada grupo de personal profesional, se formó con presencia de todos los perfiles profesionales existentes en los equipos de los SSAP (trabajadoras/es sociales, educadoras/es, psicólogas/os) y de todas las unidades funcionales de los Servicios Sociales (Unidad de Inclusión; Unidad de Mayores, Dependencia y Diversidad Funcional; Unidad de Familia y Menor; Unidad de Intervención Comunitaria; Equipo Específico de Intervención con Infancia y Adolescencia).

En resumen, aplicados estos criterios, se organizaron:

- Dos grupos de personal directivo, de entre seis y siete participantes.
- Siete grupos de profesionales, de entre ocho y nueve participantes.

#### 4.4. Procedimiento

En primer lugar, se realizó una actividad formativa con todas las personas participantes, en la que se explicó el proyecto de investigación.

En esta actividad se entregó a todas las personas participantes un documento de consentimiento informado para la participación en los grupos de discusión. En él se proporcionó información sobre: el proyecto y la participación requerida; los aspectos relativos a la confidencialidad, al anonimato y al uso y custodia de la información recogida; los beneficios y perjuicios derivados de la participación; y el carácter voluntario de dicha participación.

La convocatoria a las personas participantes a cada grupo de discusión fue realizada por la Jefatura del Servicio de Acción Social del Ayuntamiento de Alicante. Los nueve grupos de discusión se llevaron a cabo entre el 31 de mayo y el 13 de junio de 2019. La duración media de los grupos fue de dos horas.

Antes del inicio de cada grupo, se recogió de las personas participantes su consentimiento expreso escrito, como requisito imprescindible para participar en los grupos en los términos descritos en el documento en el mencionado documento. A la finalización de cada grupo, las personas participantes también cumplimentaron un breve formulario anónimo de recogida de datos sociodemográficos y profesionales, para identificar su perfil.

Todas las sesiones fueron grabadas digitalmente y transcritas literalmente, para su análisis posterior.

#### 4.5. Análisis

El análisis de la información producida en los grupos de discusión se realizó entre julio de 2019 y febrero de 2020, a partir de las transcripciones literales de las sesiones grupales. Para ello se utilizó el software de análisis de datos cualitativos *Atlas.ti* versión 7.

Para el análisis, dos personas investigadoras del equipo, de manera independiente, siguieron lógicas analíticas diferentes, pero complementarias:

- Una de las personas codificó la información siguiendo una lógica inductiva, generando las categorías analíticas mediante una estrategia de codificación abierta. A partir del contacto con los datos, se identificaron la estructura y los significados subyacentes a los mismos, de acuerdo con el enfoque de la *Teoría fundamentada* (Glaser y Strauss, 1999; Glaser, 2001, 2003, 2005; Strauss y Corbin, 2008).
- Otra de las personas codificó la información mediante el análisis temático (Conde, 2010), siguiendo, en una primera fase, una lógica deductiva, realizando una primera codificación cerrada del contenido de los discursos grupales, a partir de los temas y subtemas recogidos en la tabla siguiente. El resultado de esta primera fase de clasificación temática fue completado, en una segunda fase, con una codificación abierta de lógica inductiva, que categorizó y clasificó las unidades de información incluidas en los subtemas mencionados.

Una tercera persona investigadora, diferente de las dos anteriores, integró en un análisis único los resultados de los dos análisis mencionados.

**Tabla 12. Esquema de clasificación temática del contenido de los discursos grupales**

| Temas  | Subtemas  |
|--|---|
| LA ORGANIZACIÓN DE SSAP:<br>CONTEXTO DEL DIAGNÓSTICO Y DE LA<br>PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN | Planificación, estrategia y liderazgo   |
|  | Recursos  |
|  | Procesos  |
|  | Resultados  |
| EL DIAGNÓSTICO EN LOS SSAP   | Concepto  |
|  | Finalidad y objetivos   |
|  | Contenido   |
|  | Características   |
|  | Técnicas y fuentes de datos   |
|  | Tipologías  |
|  | Participación de las personas usuarias en esta fase de la intervención  |
|  | Responsabilidades de las organizaciones (para garantizar un buen proceso y resultado en esta fase de la intervención)   |
|  | Responsabilidades de las/os profesionales (para garantizar un buen proceso y resultado en esta fase de la intervención) |
|  | Otros   |

| Temas   | Subtemas  |
|---|---|
| LA PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN LOS SSAP | Concepto  |
|   | Finalidad y objetivos   |
|   | Contenido   |
|   | Características   |
|   | Técnicas y fuentes de datos   |
|   | Tipologías  |
|   | Participación de las personas usuarias en esta fase de la intervención  |
|   | Responsabilidades de las organizaciones (para garantizar un buen proceso y resultado en esta fase de la intervención)   |
|   | Responsabilidades de las/os profesionales (para garantizar un buen proceso y resultado en esta fase de la intervención) |
|   | Otros   |

Fuente: elaboración propia.

El análisis de la información de los grupos de discusión se ilustró con fragmentos literales del discurso, codificados utilizando dos códigos alfanuméricos separados por un guion:

- Un primer código alfanumérico para identificar el tipo de grupo de procedencia (GDCR para los grupos de personal directivo, GDP para los grupos de personal profesional), seguido de un ordinal para especificar el número de grupo de discusión de cada tipo de que se trataba.
- Un segundo código alfanumérico para identificar el perfil profesional de las personas hablantes (ES para Educación Social, PSI para Psicología y TS para Trabajo Social), seguido de un ordinal para especificar el número de profesional de dicho perfil en el grupo, cuando había más de una/o.

Para garantizar el anonimato de las personas hablantes, el equipo de investigación alteró el número de orden de los grupos de discusión para que no coincidiera con el orden temporal en que éstos tuvieron lugar.

## 4.6. Bibliografía

- CALLEJO, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- CONDE GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO, F. (2010). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- GLASER, B. (2001). *The Grounded Theory Perspective I: Conceptualization Contrasted with Description*. Mill Valley: Sociology Press.

- GLASER, B. (2003). *The Grounded Theory Perspective II: Description's Remodeling of Grounded Theory*. Mill Valley: Sociology Press.
- GLASER, B. (2005). *The Grounded Theory Perspective III: Theoretical coding*. Mill Valley: Sociology Press.
- GLASER, B. y STRAUSS, A. (1999). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter.
- GUTIÉRREZ BRITO, J. (2008). *Dinámica del grupo de discusión*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MARLOW, Ch. (2001). *Research Methods for Generalist Social Work* (3rd edition). Belmont (CA): Wadsworth/Thomson Learning.
- ORTÍ, A. (1996). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 189-221). Madrid: Alianza.
- RUBIO, M.J. y VARAS, J. (1999). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: CCS.
- STRAUSS, A. y CORBIN, J. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles: Sage.
- VALLÉS MARTÍNEZ, M.S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

## 5. Diseño metodológico (II): las entrevistas en profundidad con personas usuarias

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
Elena M. Cortés-Florín  
*Universidad de Alicante*

### 5.1. Enfoque y objetivos

Para la investigación empírica de la perspectiva y de la experiencia de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) también se ha seguido una estrategia metodológica de enfoque cualitativo (Cook y Reichardt, 1986) y de propósito descriptivo y exploratorio (Valles, 1999), al ser el enfoque metodológico que más se ajustaba a los objetivos de la investigación. Se trata, pues, de una investigación cualitativa con el objetivo de conocer las perspectivas y experiencias de participación de las personas que utilizan los SSAP en los procesos de intervención social, en particular, en las fases de diagnóstico y planificación de la intervención. Los resultados obtenidos debían servir de fundamento para la propuesta de mejoras de la participación de las personas usuarias en los procesos de atención de los Servicios Sociales.

Los objetivos específicos previstos fueron los siguientes:

- 1) Conocer el significado y las principales características de la participación en los procesos de diagnóstico y de planificación de la intervención individual y familiar que las personas usuarias de los SSAP reconocen a partir de sus experiencias en los procesos de intervención social de estos servicios.
- 2) Conocer la percepción que tienen las personas usuarias de los SSAP sobre el tipo de responsabilidades y el peso de las decisiones que deberían tener las personas que participan en los procesos de intervención social para que se facilite su participación en ellos.

- 3) Conocer la percepción que tienen las personas usuarias de los SSAP sobre el tipo de roles y actuaciones que deberían tener las personas que participan en los procesos de intervención social para que se facilite y/o garantice su participación en la toma de decisiones.
- 4) Identificar propuestas y estrategias por parte de las personas usuarias que faciliten y/o garanticen su participación en los procesos de intervención social de estos servicios.

## 5.2. Participantes

Para la selección de las y los participantes se empleó la técnica del muestreo no probabilístico de carácter intencional (Ruiz, 2012; Alaminos y Castejón, 2006). El tamaño final de la muestra dependió de la disponibilidad de las personas entrevistadas y de las limitaciones de la institución, finalizándose la selección de participantes al alcanzar el nivel de saturación teórica de los datos (Carrero, Soriano y Trinidad, 2006).

De acuerdo con el principio de accesibilidad utilizado para la configuración de la muestra, los criterios generales de selección que debieron cumplir todas las personas participantes fueron los siguientes:

- Mayoría de edad. Tener una edad igual o superior a 18 años.
- Ser persona usuaria de los SSAP. Siguiendo a Giménez-Bertomeu, Doménech-López, Lillo-Beneyto y Lorenzo-García (2012), se entendió por tal la persona que hubiera utilizado alguna de las prestaciones básicas y complementarias de los SSAP reguladas y financiadas por el Plan Concertado de Servicios Sociales (Información y orientación; Apoyo a la Unidad Convivencial y Ayuda a Domicilio; Alojamiento alternativo; Prevención e Inserción; Prestaciones Económicas; Fomento de la Solidaridad y Cooperación Social), con la denominación que pudieran adoptar en el Ayuntamiento de Alicante, bien siendo la beneficiaria final de estas prestaciones o bien la persona interlocutora de ésta (familiar, cuidador/a, etc.).
- Tiempo suficiente de relación con los SSAP. Se entendió por «tiempo de relación suficiente» un tiempo mínimo de 1 año de relación regular o alrededor de 10-12 contactos no puntuales (entrevistas, visitas a domicilio, etc., excluidos los telefónicos) con profesionales de los SSAP, excluido el personal de administración y servicios, en el que se hubiera realizado, al menos, un diagnóstico y un plan de intervención.

Para cumplir con los principios de máxima heterogeneidad y representación posible, los criterios específicos de selección de la muestra fueron escogidos en función de los datos disponibles en la última Memoria del Plan Concertado de 2018-19 de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales

en Corporaciones Locales (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2019) y en el Sistema Estatal de Información sobre Servicios Sociales [SEISS] (2015). Con ello se pretendía que la muestra representara en el mayor grado posible el perfil de género y sector de población de las personas que son usuarias de los SSAP:

- 1) Género. Para estimar esta proporción se tuvieron en cuenta los datos proporcionados en la última Memoria del Plan Concertado 2018-19 (MSCBS, 2019) y en el Sistema Estatal de Información sobre Servicios Sociales (SEISS, 2015) con respecto a la proporción estimada de mujeres usuarias de Servicios Sociales del 60% frente al 40% de hombres en la Comunidad Valenciana. Se pretendía que cada sector de población estuviera representado, al menos, por una persona de cada género, a excepción del sector mujer, el cual pertenece a tres subgrupos distintos en función de su problemática específica: 1) víctimas de violencia de género, 2) con problemas o conflictos familiares y/o convivenciales, 3) carentes de medio familiar adecuado.
- 2) Sector de población. Se tuvo en cuenta el sector de población de pertenencia de las personas a entrevistar con la intención de que fuera equiparable a las distintas agrupaciones de población que son atendidas anualmente en los SSAP. Los datos fueron obtenidos de la última Memoria del Plan Concertado 2018-19 (MSCBS, 2019). Estos datos se encuentran organizados en la siguiente tabla en función del grupo poblacional y la problemática específica en la que se agrupan estos sectores de población.

**Tabla 13. Personas usuarias de Servicios Sociales en las Corporaciones locales según sector de población (2018)**

| Sector de población                           | n         | %     |
|---|-----------|-------|
| Familia                                       | 3.113.733 | 34,26 |
| Infancia                                      | 746.337   | 8,21  |
| Juventud                                      | 245.559   | 2,70  |
| Mujer   | 487.098   | 5,36  |
| Personas mayores                              | 2.334.494 | 25,68 |
| Personas con discapacidad                     | 680.349   | 7,49  |
| Enfermos psiquiátricos no institucionalizados | 62.430    | 0,69  |
| Enfermos terminales                           | 15.359    | 0,17  |
| Toxicómanos (Alcohólicos y drogadictos)       | 40.962    | 0,45  |

| Sector de población  | n                | %             |
|--|------------------|---------------|
| Minorías étnicas   | 131.217          | 1,44          |
| Inmigrantes  | 488.036          | 5,37          |
| Emigrantes   | 63.045           | 0,69          |
| Refugiados y asilados  | 9.089            | 0,10          |
| Marginados sin hogar y transeúntes                                       | 56.945           | 0,63          |
| Reclusos y exreclusos  | 14.857           | 0,16          |
| Colectivos en situación de necesidad provocada por riesgos catastróficos | 12.737           | 0,14          |
| Otros grupos en situación de necesidad                                   | 587.037          | 6,46          |
| <i>Total</i>   | <i>9.089.284</i> | <i>100,00</i> |

Fuente: Memoria del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en las Corporaciones locales 2018-19 (MSCBS, 2019).

Para facilitar la selección de la muestra, se reagruparon estos colectivos en nuevas categorías en función de su grado de vinculación con su grupo de población:

- a) Familias o personas con dificultades de inserción socioeconómica.
- b) Familias con menores en riesgo.
- c) Personas dependientes y/o con discapacidades y/o con enfermedades mentales (personas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedad mental, drogodependientes y/o sus cuidadores).
- d) Familias o personas extranjeras, inmigrantes o emigrantes.
- e) Minorías étnicas.
- f) Jóvenes (jóvenes víctimas de malos tratos, jóvenes con problemas o conflictos familiares y/o convivenciales, jóvenes carentes de medio familiar adecuado, jóvenes en situación de abandono).
- g) Mujeres (mujeres víctimas de violencia de género, mujeres con problemas o conflictos familiares y/o convivenciales, mujeres carentes de medio familiar adecuado).

De esta forma, el tamaño de la muestra inicial se estableció en 15 personas, de las cuales 6 fueron hombres y 9 mujeres, y atendiendo a los datos del MSCBS (2019) y el SEISS (2015), se organizaron como se detalla en la tabla siguiente:



**Tabla 14. Criterios de selección de participantes**

| Sector de población   | Género           |                  | Total |
|---|------------------|------------------|-------|
|   | Hombres<br>(40%) | Mujeres<br>(60%) |       |
| 1. Familias o personas con dificultades de inserción socioeconómica                                       | 1                | 1                | 2     |
| 2. Familias con menores en riesgo/infancia  | 1                | 1                | 2     |
| 3. Personas dependientes y/o con discapacidades y/o con enfermedad mental y/o terminal                    | 1                | 1                | 2     |
| 4. Familias o personas extranjeras, inmigrantes, refugiadas, asiladas o pertenecientes a minorías étnicas | 1                | 1                | 2     |
| 5. Personas mayores   | 1                | 1                | 2     |
| 6. Jóvenes  | 1                | 1                | 2     |
| 7. Mujeres  | 0                | 3                | 3     |
| <i>Total</i>  | 6                | 9                | 15    |

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, al objeto de garantizar la calidad de los datos recogidos, el número final de participantes fue de 16, dada la escasa información obtenida de una de las personas participantes. Así, se incluyó una persona adicional que pertenecía al perfil de género «hombre» y al sector de población «familias o personas con dificultades de inserción socioeconómica». Por tanto, la composición final de la muestra en función del género fue de 7 hombres y 9 mujeres.

### 5.2.1. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de las personas participantes se sintetizan en la siguiente tabla:

**Tabla 15. Características sociodemográficas de las personas participantes**

|  | n  | %     |
|--|----|-------|
| <i>Género</i>  |    |       |
| Mujer  | 9  | 56,2  |
| Hombre   | 7  | 43,8  |
| Total  | 16 | 100,0 |
| <i>Edad</i>  |    |       |
| Menos de 25 años                                     | 2  | 12,5  |
| De 25 a 50 años                                      | 8  | 50,0  |
| Más de 50 años                                       | 6  | 37,5  |
| Total  | 16 | 100,0 |
| <i>Tiempo de contacto con los SSAP</i>               |    |       |
| De 1 a 2 años  | 4  | 25,0  |
| De 3 a 4 años  | 5  | 31,3  |
| De 5 a 6 años  | 2  | 12,5  |
| Más de 6 años  | 5  | 31,3  |
| Total  | 16 | 100,0 |
| <i>Tipo de prestación y/o equipamiento utilizado</i> |    |       |
| Información y orientación                            | 16 | 27,1  |
| Prevención e inserción                               | 13 | 22,0  |
| Prestaciones Económicas                              | 12 | 20,3  |
| Apoyo a la Unidad Convivencial y Ayuda a Domicilio   | 8  | 13,6  |
| Fomento de la solidaridad y cooperación social       | 8  | 13,6  |
| Alojamiento alternativo                              | 2  | 3,4   |
| Total  | 59 | 100,0 |

Fuente: elaboración propia.

La edad media de las personas participantes fue de 46,8 años (DT=18,0) y la mediana de 46 (Rango=20-83).

### 5.3. Método e instrumento

La recogida de datos se realizó a través de la técnica cualitativa de la entrevista en profundidad (EP) (Valles, 1999; 2014) por ser la técnica que mejor se ajustaba a la finalidad de conocer las experiencias de las personas que representan los sectores y ámbitos estudiados (Taylor y Bogdan, 1992).

Los motivos de elección de esta técnica fueron los siguientes:

- En primer lugar, era necesario seguir una metodología cualitativa que no fuera intrusiva y que fuera, además, un referente de investigación en estudios cualitativos de las ciencias sociales, debido a su importancia y

presencia con respecto al objeto y contexto de este estudio, y con respecto a las relaciones interpersonales que pudieran establecerse entre la persona investigadora y las personas participantes (Taylor y Bogdan, 1992). A estos efectos, la EP se considera la técnica más popular para estudios que buscan objetivos cualitativos, ya que es un instrumento que permite el descubrimiento de las ideas y su comprensión (Corbetta, 2007).

- En segundo lugar, se buscaba que la teoría emergiera de los hechos, por lo tanto, de la información proporcionada directamente por las personas entrevistadas (datos primarios), con el fin de que el equipo investigador pudiera recopilar los datos, examinarlos, analizarlos e interpretarlos. Para lograr esto era necesario que se obtuvieran los datos de forma individual y oral (Olaz, 2008)<sup>3</sup>, holística y no directiva (Ruiz, 2012), al objeto de que la persona entrevistadora mantuviera una actitud flexible, recíproca y empática durante cada sesión de entrevista.
- En tercer lugar, se buscaba cumplir con los objetivos del estudio (Corbetta, 2007). En particular, con el objetivo de «conocer las percepciones y experiencias de las personas usuarias de los SSAP sobre su participación en los procesos de intervención social de estos servicios».

Para el desarrollo de las entrevistas se elaboró un guion previo en el que se registraron y organizaron los distintos bloques temáticos a seguir en las entrevistas. Para la recogida de datos se utilizó una grabadora de audio. El registro de cada entrevista se organizó en «fichas de entrevistas» que recogían los datos de cada entrevista (lugar, hora, tipo de prestación, perfil del/la participante, y observaciones) y su código alfanumérico.

La duración de cada entrevista fue de entre 45 y 60 minutos aproximadamente. La disposición espacial de las personas participantes se estableció respetando las condiciones sociosanitarias recomendadas por las autoridades gubernamentales con motivo de la situación de pandemia por COVID-19 (distanciamiento social, utilización de material hidro-higiénico y uso de mascarilla). Las dos personas participantes se sentaron de frente la una de la otra, dejando un espacio de 2 metros entre cada persona, evitando cualquier tipo de barrera entre ellas que pudiera obstaculizar el desarrollo de la entrevista.

## 5.4. Procedimiento

Las entrevistas se llevaron a cabo de forma presencial entre los meses de mayo y julio de 2021 en los Centros Sociales de los Servicios Sociales municipales de la ciudad de Alicante donde operan los equipos municipales de atención primaria.

---

3. Atendiendo a la clasificación sobre los tipos de entrevistas de Mayntz, Holm y Hübner (1975).

Para su desarrollo se siguieron los siguientes pasos y procedimientos:

- 1) En noviembre de 2020 se definieron los criterios de selección de participantes de la muestra, a partir de un proceso de revisión de datos procedente de fuentes oficiales.
- 2) En diciembre de 2020 se elaboró el guion de la entrevista y se organizaron los diferentes bloques temáticos y subtemas a tratar en cada una de las sesiones.
- 3) Entre enero y mayo de 2021, con el apoyo de la Jefatura de la Concejalía de Acción Social del Ayuntamiento de Alicante, el equipo de investigación contactó con las y los profesionales de los SSAP para que seleccionaran a las personas usuarias participantes siguiendo los criterios requeridos en la muestra.
- 4) En mayo de 2021 se inició la selección de participantes y la calendarización de las entrevistas. Para ello, se realizaron visitas a los centros sociales, previo contacto con las y los profesionales de referencia, para organizar horarios, ultimar detalles y acordar la organización de las entrevistas, así como preparar la sala y las medidas de seguridad e higiene requeridas.
- 5) Las entrevistas se realizaron entre los meses de mayo y julio de 2021, de acuerdo con este calendario:
  - Centro Social 3 (3 entrevistas). Fecha: 28 de mayo de 2021.
  - Centro Social 2 (3 entrevistas). Fecha: 03 de junio de 2021.
  - Centro social 1 (3 entrevistas). Fechas: 09 y 10 de junio de 2021.
  - Centro social 4 (1 entrevista). Fecha: 14 de junio de 2021.
  - Centro social 7 (3 entrevistas). Fecha: 17 de junio de 2021.
  - Centro social 2 (1 entrevista). Fecha: 21 de junio de 2021.
  - Centro social 4 (2 entrevistas). Fecha: 14 de julio de 2021.
- 6) El procedimiento de transcripción de las entrevistas se inició en paralelo a la realización de éstas y finalizó en agosto de 2021.

## 5.5. Análisis

El análisis de la información producida en las entrevistas en profundidad se llevó a cabo entre junio y octubre de 2021. Para ello se utilizó el software de análisis de datos cualitativos *Atlas.ti* versión 7.5.18.

Para el tratamiento de los datos se siguieron los siguientes pasos:

- 1) Transcripción de los discursos de las entrevistas y codificación de las personas participantes. Se codificaron los fragmentos de las entrevistas a través de una serie de códigos alfanuméricos con el fin de anonimizar la identidad de las personas participantes. Por tanto, se estableció un

registro de participantes por cada entrevista en una «Ficha de recogida de datos» que recogía el número de entrevista, el código, el nombre del centro social, el sector de población y el tipo de prestación recibida. Para su codificación se estableció un registro de participación, organizado por el tipo de técnica (EP) y el número de entrevista (01, 02, 03...). Por ejemplo, la entrevista 05 se codificó de la siguiente manera «(EP05)». Para garantizar el anonimato de las personas participantes, el equipo de investigación alteró el número de orden de las entrevistas para que no coincidiera con el orden temporal en que éstas tuvieron lugar.

- 2) Análisis de los discursos: fase de categorización y codificación. Estas fases se organizaron de dos formas: en la primera fase, se categorizaron los fragmentos literales de las entrevistas a partir de un proceso de codificación deductiva, establecida por los bloques temáticos previamente asignados. Tras este primer análisis deductivo, se codificaron los resultados a partir del descubrimiento de categorías inductivas, de acuerdo con el enfoque de la Teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1999), clasificando estas nuevas categorías mediante una estrategia de codificación abierta y axial del contenido de los discursos.

Por su parte, el procedimiento de análisis de datos se realizó atendiendo a los niveles textual, conceptual y organizacional (Muñoz, 2005):

- La primera y segunda fase (nivel textual y conceptual) consistió en la producción de los datos de las entrevistas a través de la transcripción literal de los discursos anteriormente mencionada. Para ello, también se construyeron citas, códigos y categorías apriorísticas, de forma que se pudieran entrelazar elementos y conceptos clave.
- La tercera fase (nivel organizacional). Se prepararon los materiales y se organizaron los datos para ser representados literalmente. La presentación de los resultados se produjo mediante la descripción de los relatos, utilizando referencias literales con el fin de no alterar la información recogida. Es decir, se expusieron fragmentos de entrevista para razonar, apoyar y explicar los resultados obtenidos (Corbetta, 2007).

En la siguiente tabla se representa el esquema de codificación temático del contenido de los discursos:

**Tabla 16. Esquema de clasificación temática del contenido de los discursos de las entrevistas**

| Temas                   | Subtemas          |
|-------------------------|-------------------|
| EL DIAGNÓSTICO          | Concepto          |
|                         | Importancia       |
|                         | Objetivos         |
|                         | Responsabilidades |
|                         | Roles y actitudes |
|                         | Propuestas        |
| EL PLAN DE INTERVENCIÓN | Concepto          |
|                         | Importancia       |
|                         | Objetivos         |
|                         | Responsabilidades |
|                         | Roles y actitudes |
|                         | Propuestas        |

Fuente: elaboración propia.

## 5.6. Bibliografía

- ALAMINOS, A. y CASTEJÓN, J.L. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Alicante: Universidad de Alicante.
- CARRERO, V., SORIANO, R. M. y TRINIDAD, A. (2006). *Teoría Fundamentada «Grounded Theory»*. La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- COOK, T.D. y REICHARDT, CH.S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- CORBETTA, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- GIMÉNEZ-BERTOMEU, V.M., DOMÉNECH-LÓPEZ, Y., LILLO-BENEYTO, A. y LORENZO-GARCÍA, J. (2012). La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias. *Portuaria: Revista de Trabajo Social*, (XII), 61-71. DOI: 10.5218/PRTS.2012.0007. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/5936>
- GLASER, B. & STRAUSS, A. (1999). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
- MAYNTZ, R., HOLM, K. y HÜBNER, P. (1975). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *El Sistema Público de Servicios Sociales. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales 2018-2019*. Recuperado

de <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/MemoriasPlanConcertado.htm>

- MUÑOZ, J. (2005). *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*. Barcelona: Universidad de Barcelona. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.4393.2646>
- OLAZ, Á. (2008). *La entrevista en profundidad: justificación metodológica y guía de actuación práctica*. Oviedo: Septem.
- RUIZ OLABUÉNAGA, J.I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sistema Estatal de Información sobre Servicios Sociales [SEISS] (2015). *Sistema Estatal de Información sobre Servicios Sociales*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/seiss/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/seiss/index.htm)
- TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- VALLES MARTÍNEZ, M.S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- VALLES MARTÍNEZ, M.S (2014). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.





**TERCERA PARTE.  
RESULTADOS SOBRE LA PERSPECTIVA  
DEL PERSONAL PROFESIONAL Y  
DIRECTIVO**



A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis del contenido de los grupos de discusión. Como se señaló en el apartado dedicado a la metodología de la investigación, la estrategia de análisis se basó en la triangulación de personas investigadoras y de lógicas analíticas, integrando los resultados obtenidos en un único análisis.

Los resultados se muestran organizados en torno a tres ejes temáticos:

- En primer lugar, se recoge el análisis del contexto en el que se desarrollan el diagnóstico y la planificación de la intervención. Aunque no era una línea temática prevista, en todos los grupos aparecieron referencias a dicho contexto, en particular a la situación de la organización de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) y de sus profesionales. Se presentan estos resultados por resultar de interés para poner en contexto el resto de hallazgos, pero no serán objeto de discusión posterior por no encontrarse entre los objetivos de este trabajo. Se ha optado por incluirlo porque permite poner en contexto y comprender en él las aportaciones realizadas por las personas participantes en los otros dos ejes.
- En segundo lugar, se presenta el análisis de las aportaciones realizadas en los grupos de discusión en torno al diagnóstico.
- En tercer lugar, se muestran los resultados obtenidos en relación a la planificación de la intervención necesaria en los SSAP.

El eje temático previsto en el diseño metodológico de la investigación relativo a la participación de las personas usuarias, finalmente se ha incluido de manera transversal de los ejes temáticos anteriores, al objeto de recoger las peculiaridades de dicha participación en relación con cada uno de los ejes, desde la perspectiva de las personas participantes.

Por último, al finalizar la presentación de los resultados relativos a cada uno de estos ejes, se concluye con una tabla que sintetiza sus principales contenidos.



## 6. El contexto

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
Elena M. Cortés-Florín  
Alejandro Acebal Fernández  
*Universidad de Alicante*

### 6.1. Aspectos preliminares

#### 6.1.1. Los cambios: riesgo y oportunidad

Las personas participantes señalan que se han producido cambios externos e internos que afectan a la organización desde la que se prestan los SSAP:

- Los *cambios externos* hacen referencia fundamentalmente a cambios en la sociedad y a cambios en el perfil y la cantidad de personas usuarias, a los que la organización no ha terminado de adaptarse.

Yo he visto un cambio en los Servicios Sociales, tanto en cómo las personas se dirigen a los Servicios Sociales, como en la capacidad de atención que tenemos los Servicios Sociales, y en qué cosas nos estamos fijando ahora. (...) La intervención comunitaria hace unos años era muy relevante, o el trabajo grupal, o la cercanía de la persona... Y también el volumen de atención que teníamos no era tan desmesurado, creo yo. No era tan desmesurado como ahora. GDCR1-TS3

(...) Es tu organización la que a lo mejor se ha quedado un poco obsoleta y hay que ya, meter cambios, importantes en la sociedad que cambia cada día más rápidamente... (...) Porque estamos muy obsoletos, estamos en la época medieval. Entonces, yo creo que tiene que modernizarse, la organización... GDP3-ES

- Los *cambios internos* se refieren principalmente a los cambios en el liderazgo político y técnico de los SSAP, numerosos en un corto período de tiempo, que afectan negativamente a la organización porque la sitúan en una situación de liderazgo inestable.

Es verdad que ha habido muchos cambios en la concejalía, que está inestable, que, que hay muchas cosas que no han ayudado nada... los cambios políticos... todo eso, está hecho mucho daño. GDP6-TS4

Hemos tenido 4 concejales, ¿no? GDP6-TS5

Los cambios de los jefes de Área. Es que llevamos una rachita, de 4 o 5 años, que no ha ayudado...que esto se ha ido quemando, quemando, quemando. GDP6-TS4

Aunque estos cambios son percibidos como un riesgo para la organización y para el trabajo que se realiza en ella, también se señala que dichos cambios ofrecen una oportunidad para transformar lo que no funciona adecuadamente, a la que son sensibles sus miembros.

Yo creo que conciencia la gente tiene, ganas tiene, eh... necesidad de cambios se tiene, cualquier cosa que suena aire fresco se va a hacer, entonces, dame las herramientas... Yo creo que sí, yo creo que está todo el mundo un poco por esa labor. GDP6-TS1

### 6.1.2. El malestar

Las personas participantes, en especial el personal profesional, manifiestan que existe un malestar generalizado en la organización.

Ya, ya lo sé, pero, pero... intentas evaluar de qué viene este desánimo, esas ganas de jubilarse... «me quedan tres, me quedan siete, me quedan ocho...», que es lo que estás oyendo todo el rato. GDP6-TS4

Este malestar está relacionado con varios aspectos, entre los que destacan la calidad de la relación y la comunicación con la organización y sus líderes, el volumen de trabajo y el contenido del trabajo.

#### 6.1.2.1. Alienación respecto a la organización: «ellos» y «nosotras»

GDP5-TS4: Yo en este momento profesional, necesito, que me comprenda la organización, que comprenda qué es lo que estoy haciendo, porque, tengo la sensación de que ellos no, no saben lo que yo hago, que ellos están en una zona de confort donde hay construida una valla...

Por un lado, se expresan dificultades en la comunicación vertical entre el núcleo operativo de la organización y su ápice estratégico. El personal profesional fundamentalmente siente que sus conocimientos y experiencia no son tenidos en cuenta y que no forma parte de la toma de decisiones en la organización. En esta misma línea, este personal plantea que, si participaran o fueran tenidos en cuenta, las decisiones adoptadas estarían más respaldadas y contarían con mayor apoyo en el núcleo operativo.

(...) creo que se hacen las cosas demasiado de arriba para abajo, y además creo que es tirarse piedras, ponerse piedras en su mochila... Porque muchas veces eh... si hablaran con nosotros también se sentirían, y, acordáramos cosas comunes, estarían más respaldados a la hora ellos de tomar decisiones. Porque ahora es como que se toman decisiones de arriba, sin contar con nosotros. Una

no favorece, la otra no favorece. Y, y ... es una persona que toma las decisiones, muchas veces... si pudiéramos, hablar... y conjuntar ahí... esos puntos de vista... pues posiblemente tendrían más fuerza las decisiones, serían más apoyadas por todos. Nosotros podríamos aprender... su posición...GDP3-TS3

#### 6.1.2.2. El volumen de trabajo: pocas personas, mucho por hacer

Por otro lado, en el discurso de las personas participantes rápidamente afloran las dificultades derivadas del desequilibrio entre los recursos humanos existentes en la organización y el volumen de trabajo a realizar. La mayoría de las veces, este desequilibrio se expresa haciendo referencia a la falta de tiempo suficiente para hacer el trabajo, y más, para hacer el trabajo como desde el punto de vista profesional debería ser hecho.

La realidad que tenemos es que ahora mismo... el mayor volumen de personas que acuden a los Servicios Sociales vienen solicitando prestaciones de derecho. ¡Y hay que darles... hay que hacer esa gestión! Porque la renta les corresponde... o por lo menos hay que valorar si les corresponde, la valoración de dependencia les corresponde... y eso... Quiero decir, que no llegamos... GDCR2-TS2

Es decir, es... «atiendo, porque tengo que atender porque estoy metido en una dinámica de la que no sé salir. No porque no tenga capacidad, ni tenga formación, ni tenga... ni sean buenos profesionales, sino porque están metidos en una dinámica de la que no sé sabe salir. Entonces, quizá también es ese malestar que sufrimos del volumen de trabajo, o de lo que sea... GDCR2-PSI

El volumen es impresionante, nuestras listas de espera son... de dos años... estamos valorando a una persona desde... hace dos años. Entonces es cuestión de tiempo... de personal... y de tener, en vez de... lo que decía el otro día una compañera, que no solamente tramitemos, tramitemos, sino que podamos intervenir... porque realmente... una intervención... no la hacemos. GDP2-TS1

#### 6.1.2.3. El contenido del trabajo: el debilitamiento del trabajo genuinamente profesional

Junto a la alienación respecto a la organización y a la sobrecarga de trabajo, también se hace mención destacada al contenido del trabajo como un elemento que genera insatisfacción y malestar profesional. En particular, se alude a la sobrecarga de tareas administrativas y burocratizadas, que no se considera que requieran una intervención profesional, en detrimento de las tareas de contenido genuinamente profesional.

El volumen es impresionante, nuestras listas de espera son... de dos años... estamos valorando a una persona desde... hace dos años. Entonces es cuestión de tiempo... de personal... y de tener, en vez de... lo que decía el otro día una compañera, que no solamente tramitemos, tramitemos, sino que podamos intervenir... porque realmente... una intervención... no la hacemos. GDP2-TS1

Hay una parte de Trabajo Social que si fuéramos otro colectivo, si fuéramos otros profesionales, estaríamos en el juzgado denunciando. Te digo. Porque mucho de nuestro trabajo, de trabajadores sociales, que no se puede hacer por el trabajador social porque estamos hasta aquí de... de ayudas, de todo lo que trámites administrativos, burocracia, despacho y demás. GDP1-PSI

#### 6.1.2.4. ¡Y, sin embargo...! Actitud propositiva y permeabilidad al cambio

Pese a este malestar, el personal profesional expresa la necesidad de realizar cambios en la organización de SSAP y en el trabajo que ésta lleva a cabo. Además, la actitud general de las personas participantes en los grupos de discusión ha sido siempre proactiva y propositiva, para introducir mejoras en la situación presente.

Yo creo que conciencia la gente tiene, ganas tiene, eh... necesidad de cambios se tiene, cualquier cosa que suena aire fresco se va a hacer, entonces, dame las herramientas... Yo creo que sí, yo creo que está todo el mundo un poco por esa labor. GDP6-TS1

(...) vale, dices: «pero vamos a ver, si esto fuera un poquito más fácil...». Yo me podría enriquecer de todos los conocimientos de los que llevan más tiempo... del otro, del no sé qué... GDP6-TS4

(...) «os juntamos para que os quejéis, ¿para qué os voy a juntar?, ¿para qué os quejéis solo?» Pues oye, a lo mejor me quejo la primera y la segunda, déjame que hace dos años que no me quejo... pero la tercera igual empezamos a avanzar...y podemos avanzar. GDP6-TS4

GDCR2-TS2: Los trabajadores se van a motivar. Porque en realidad yo creo que sí, se quiere trabajar mejor.

## 6.2. El contexto: la organización

Falta una voluntad de querer poner una normativa que nos permita, trabajar de otra manera... que no es tan imposible. No hay normativas que te lo estén... eh... prohibiendo. Es tu organización la que a lo mejor se ha quedado un poco obsoleta y hay que ya, meter cambios, importantes en la sociedad que cambia cada día más rápidamente... (...) GDP3-ES

### 6.2.1. Modelo y principios orientadores

#### 6.2.1.1. Diagnóstico de la organización: punto de partida necesario

Para acometer los cambios que se perciben necesarios, las personas participantes señalan la conveniencia de realizar un diagnóstico de la situación actual de la organización. Así, se considera positiva la realización de un diagnóstico de la situación actual de la organización, expresado mediante términos como «auditoría», «diagnóstico institucional», «diagnóstico organizacional», el cual analice los procesos, recursos y estructura, habida cuenta de la serie



de aspectos relevantes que en opinión de las personas participantes deben analizarse con precisión para avanzar en un modelo de SSAP de calidad.

GDP1-TS4: Creo que hay que hacer una gestión, hay que hacer una auditoría de los centros sociales. De cómo se están gestionando las unidades, los casos, tal... Creo que todos deberíamos estar abiertos a que nos hagan una auditoría. ¡De verdad que sí! Porque ahora estamos coincidiendo todos que no es una cuestión de personal, porque personal, ahora, ¡tenemos a cascoporro! Yo abro una puerta y me veo, «¿tú quién eres?», «no, pues soy el auxiliar, el trabajador social...». (RIE). No, es una gestión de personal. Vamos a ver lo que estamos haciendo cada uno, lo que tenemos que hacer, hasta dónde llegar...

GDP1-PSI: Una gestión del servicio.

GDP1-ES: Empezando por la jefatura.

\*\*\*

GDP3-ES: Porque estamos muy obsoletos, estamos en la época medieval. Entonces, yo creo que tiene que modernizarse, la organización... y a lo mejor, le puede ayudar... tener... un... sistema de control de calidad con una empresa ajena, que lo hace muy bien... y que hacen estos, sistemas de escuchar a los equipos... Es una inversión económica, pero yo creo que es una inversión económica, muy... rentable. Porque hay empresas muy, muy... preparadas. Yo participé cuando estuve en la privada, eh... en... un estudio de estos que duró dos años, y fue... muy positivo. Que ellos van observando, cómo trabajas... van observando, cómo se desarrolla todo. Y luego hay unas reuniones donde se puntualiza, y se revuelve, y se hace un feed-back y se hacen propuestas, para mejorar... esas dinámicas... Yo... Una propuesta que... que haría a la organización... ehm... inversión económica de... de contratar una empresa de gestión de calidad.

\*\*\*

GDP5-TS2: No voy a decir que, primero habría que hacer un diagnóstico de la institución; dónde estamos trabajando, y...

GDP5-TS4: Una auditoría.

GDP5-TS2: No, no, así de coletilla.

GDP5-EF: No, yo he participado en un grupo de supervisión, de formación que ha hecho el Ayuntamiento, y ahí, se ha visto, ¿no?, dónde nos colocamos, cómo estamos... era bastante interesante.

GDP5-TS4: Pero eso ¿en que ha quedado, Vero?

GDP5-EF: Porque no lo sé... No lo sé...

GDP5-TS4: Porque a mí me parece interesante aquello que empezasteis...

#### 6.2.1.2. Modelo de calidad: basado en cualidades

Como hemos señalado antes, la actual situación de la organización no permite atender adecuadamente a las personas usuarias y genera malestar en el personal profesional. Desde el punto de vista de las personas participantes,

se requiere un cambio de modelo hacia uno de calidad basado en criterios cualitativos, no en cantidad de expedientes resueltos. El actual modelo basado en criterios cuantitativos, o la propia indefinición del modelo, impide acometer el trabajo desde la certidumbre de cumplir adecuadamente los objetivos organizacionales y de cubrir las necesidades reales de las personas usuarias, en un contexto en el que el servicio y la demanda están en continua transformación (tipos de demanda, naturaleza de recursos y desarrollo de nuevos derechos). No obstante, las personas participantes manifiestan la dificultad que existe para conciliar criterios de calidad y cantidad. Por otro lado, los cambios en la organización deben darse de manera conjunta, en relación a las estructuras, la cultura organizacional, las metodologías, los procedimientos y los recursos. El personal profesional puede contribuir a este cambio, aunque su aportación será mayor en la medida en que la organización apueste y lidere con determinación tales transformaciones, con su participación.

Porque salen, porque yo tengo visto, y lo hemos probado y lo hemos vivido todos, que cuando dices: «vamos con este», y te coordinas con todos (VOZ DE FONDO: Eso es) ... eso sale (AFIRMAN). Ahora... eso requiere el esfuerzo tuyo, del de otro, del de otro... del, del otro... Y eso en el día a día, cuando tienes detrás que te están diciendo: «¿cuántas valoraciones has hecho?, ¿cuántas rentas han salido?, ¿cuántas no sé qué, no sé qué...?, ¿cuántas no sé qué no sé cuánto?», no sale. GDP6-TS4

\*\*\*

Ahí yo también veo una cosa. Además, el cambio de modelo debería llevar implícito un cambio cultural. De la cultura de la organización. Un cambio cultural también implica, yo creo que... una revisión de qué estamos haciendo y cómo lo estamos haciendo. Y el cómo a mí me importa mucho. Yo creo que la metodología debe de cambiar. Yo creo que la atención quedamos a veces se nos queda muy... muy corta... GDCR2-ES

Superficial... GDCR2-TS2

Muy superficial, exacto. Por culpa de no plantearnos esto. Es decir, vamos a ver... Aparte de que hay poco personal... De acuerdo. Pero deberíamos de hacer una tendencia a hacer... a introducir nuevas metodologías de trabajo. GDCR2-ES

\*\*\*

Yo creo que conciencia la gente tiene, ganas tiene, eh... necesidad de cambios se tiene, cualquier cosa que suena aire fresco se va a hacer, entonces, dame las herramientas... Yo creo que sí, yo creo que está todo el mundo un poco por esa labor. GDP6-TS1

### 6.2.1.3. Perspectiva: prevención

Se considera adecuado que el cambio de modelo tenga más presente la perspectiva preventiva. El trabajo comunitario y la reestructuración de los equipos/unidades (más pequeños, mejor coordinados y multidisciplinares) se

identifican como aspectos que ayudan a impulsar la perspectiva preventiva, mientras que la falta de recursos a los que derivar, como uno que lo limita (recursos en su más amplio sentido: humanos, metodológicos, materiales, económicos, etc.).

(...) Y ahí, un pequeño equipo que... Que esté... un día o dos a la semana, con presencia... que va... por la calle, que habla con la gente, que ve la gente mayor que hay... que, une... jóvenes con mayores. Ahí se hace un trabajo, preventivo, importante. De cara a lo mejor, a diez años después, que los hijos que ahora tienen fracaso escolar estén ya vendiendo droga... o estén sin empleo porque los mayores ya se han muerto y no tienen la pensión, etc., etc. Es, ver, hacia el futuro. Desde la prevención y ese tipo de trabajo es muy interesante. GDP3-ES

\*\*\*

Sí... descentralizarlo como ir a la zona rural, por decirlo de algún modo. Atención... Un día a la semana, conocer a la realidad... sin necesidad de que, vengan a pedir una ayuda. Porque entonces es cuando se une el trabajo comunitario, con el trabajo de intervención familiar e individual. Y... sería un trabajo más de prevención. Yo eso lo he echado mucho de menos en el tiempo que estoy de educadora...que sería muy interesante tener un mini equipo en los barrios. GDP3-ES

\*\*\*

Eso es prevención y eso es acompañamiento, prevención y acompañamiento. GDP6-TS4

... descentralizarlo como ir a la zona rural, por decirlo de algún modo. Atención... Un día a la semana, conocer a la realidad... sin necesidad de que, vengan a pedir una ayuda. Porque entonces es cuando se une el trabajo comunitario, con el trabajo de intervención familiar e individual. Y... sería un trabajo más de prevención. Yo eso lo he echado mucho de menos en el tiempo que estoy de educadora...que sería muy interesante tener un mini equipo en los barrios. GDP3-ES

A mí me gustaría, en lugar de hacer, el lugar de hacer ayudas de emergencia, me gustaría trabajar con algún compañero o compañera en grupos, en grupos de... personas para, ayudarles a esa prevención. GDP6-TS2

#### 6.2.1.4. Participación profesional: necesaria

Las personas participantes consideran esencial generar protocolos y canales de comunicación entre profesionales y dirección y que el personal profesional participe y sea tenido en cuenta en la toma de decisiones, de cara a mejorar el servicio. Su ausencia lleva a no cumplir directrices, bajo una actitud de falta compromiso con la organización.

GDP3-TS3: (...) creo que se hacen las cosas demasiado, de arriba para abajo, y además creo que es tirarse piedras, ponerse piedras en su mochila... Porque muchas veces eh... si hablaran con nosotros también se sentirían, y, acordáramos

cosas comunes, estarían más respaldados a la hora ellos de tomar decisiones. Porque ahora es como que se toman decisiones de arriba, sin contar con nosotros. Una no favorece, la otra nos favorece. Y, y ... es una persona que toma las decisiones, muchas veces... si pudiéramos, hablar... y conjuntar ahí... esos puntos de vista... pues posiblemente tendrían más fuerza las decisiones, serían más apoyadas por todos. Nosotros podríamos aprender... su posición...

GDP3-PSI: Exactamente...

#### 6.2.1.5. Liderazgo: estabilidad y profesionalización

Los diferentes cambios en la concejalía y en la jefatura son considerados perjudiciales y afectan al ánimo del personal. Además, se insta a que los puestos de dirección y coordinación se ocupen por personas con experiencia anterior en puestos de intervención directa, a fin de comprender y conocer mejor los procedimientos y las necesidades del servicio, así como empatizar con la labor y el día a día del personal profesional de los SSAP.

GDP6-TS4: Ya, ya lo sé, pero, pero... intentas evaluar de qué viene este desánimo, esas ganas de jubilarse... «me quedan tres, me quedan siete, me quedan ocho...», que es lo que estás oyendo todo el rato... vale, dices: «pero vamos a ver, si esto fuera un poquito más fácil...». Yo me podría enriquecer de todos los conocimientos de los que llevan más tiempo...del otro, del no sé qué... ¿Este desánimo? Es verdad que ha habido muchos cambios en la concejalía, que está inestable, que, que hay muchas cosas que no han ayudado nada... los cambios políticos... todo eso, está hecho mucho daño.

GDP6-TS5: Hemos tenido 4 concejales, ¿no?

GDP6-TS4: Los cambios de los jefes de Área. Es que llevamos una rachita, de 4 o 5 años, que no ha ayudado...que esto se ha ido quemando, quemando, quemando.

\*\*\*

GDP5-TS4: Hay un modelo económico que llevan... algunas empresas, en las que, cuando tú te planteas entrar a trabajar en esa empresa, tú no entras, aun teniendo el perfil que están pidiendo, para ser el gerente o el encargado de planta o lo que sea...lo que te plantean es que tienes que pasar por todo, ¿para qué? Para comprender, las dificultades y, y, que existen desde la parte de abajo. (...) entonces, eso haría pues que, «limar asperezas» porque realmente te sentirías, comprendido, y eso es muy importante para poder... llevar a cabo... todo lo que estamos planteando. Yo en este momento profesional, necesito, que me comprenda la organización, que comprenda qué es lo que estoy haciendo, porque, tengo la sensación de que ellos no, no saben lo que yo hago, que ellos están en una zona de confort donde hay construida una valla...

#### 6.2.1.6. Competencias de los SSAP: delimitación y difusión

Se explicita la necesidad de esclarecer y difundir cuáles son las funciones y ámbito competencial de los Servicios Sociales, y más específicamente de

los SSAP y de los/as trabajadores/as sociales. Esta labora se ha de realizar a diferentes niveles: interno y externo; político, institucional y ciudadano. Una mayor coordinación y comunicación entre los diferentes sistemas de bienestar (sanitario, educativo, Servicios Sociales, judicial, etc.) se identifica como uno de los elementos que favorecerían este esclarecimiento de las funciones de los SSAP. La indefinición actual, sin embargo, genera conflicto entre el personal profesional y falsas expectativas de las personas usuarias.

O sea tenemos todos muy claro que la competencia de vivienda no es nuestra, sin embargo, te levantan el teléfono, la jefatura... o la o la conc-... Se trata ya a la concejala directamente y te dice a este lo tienes que ver... porque lo han desahuciado, y tú le devuelves... «si es que yo no tengo competencia de vivienda...» Y hace un mes que sabe que lo habían desahuciado... Y no... «lo tienes que ver porque lo digo yo». Entonces... Esa falta de criterios, ese «aló presidente...»  
«GDP2-TS2

\*\*\*

Sí... pero si hay recursos normalizados, en la sociedad y en la administración pública que se encargan de estos temas. Lo que no puede ser es que se nos atribuyan, todas las responsabilidades de las diferentes áreas de bienestar. Yo creo que la inclusión social, sí la atención a la dependencia y familia y menores, y esos son los tres campos en los que nosotros tenemos que trabajar, que tocamos otras áreas de bienestar... Evidentemente, pero creo que también muchas veces, esto ayudaría... también a-a que las expectativas de la gente que viene a vernos, pues fuesen reales. GDP2-TS3

## 6.2.2. La organización: estructura y criterios organizativos

### 6.2.2.1. Directrices: doble vínculo, cambios frecuentes y confusión

El personal profesional participante advierte de una ausencia general de directrices desde la jefatura, que sean claras, inequívocas, estables y no contradictorias. Como se ha visto en apartados anteriores, señala que este aspecto tiene repercusiones importantes en otros fenómenos, como en la descoordinación interna o en la confusión existente sobre las funciones profesionales. Son aspectos de singular importancia, de acuerdo a lo manifestado por las personas participantes, a tenor de la cadena de efectos que genera la ausencia de directrices claras desde la jefatura. Entre ellos, también supone un detonante para la auto-organización y la indisciplina de profesionales, equipos y centros.

GDP1-ES: Pero bueno, esa es mi mirada. Pero básicamente... en el lenguaje doble vincular... «te pido una cosa pero quiero otra...». Eso es la Concejalía de Acción Social. Una esquizofrenia. Lo tengo súper diagnosticado...

(RIEN)

GDP1-ES: Pero... vamos, es doble vincular. «¿Por qué te pones la camiseta amarilla?». Cuando te pones la roja, «¿por qué te pones la roja y no la amarilla?». Quiero decir, nunca estás haciendo nada bien.

\*\*\*

GDP6-TS4: Y facilitar los protocolos, no podemos estar recibiendo protocolos continuos y permanentes de cambios semanales de instrucciones y cosas variadas. Que no, que no, que es que no retenemos, que no, que no... nos da un plan de intervención común...

\*\*\*

GDCR1-TS1: (...) ¿Es una institución que nos facilita el trabajo? ¿Es una institución que nos está poniendo zancadillas cada dos por tres porque ahora me dice blanco y mañana negro, y no sé a qué atenerme, y todo eso genera confusión? Entonces, yo creo que ese diagnóstico, no desde la prevención de riesgos laborales, no estoy hablando de ese tipo de diagnóstico, sino por ejemplo... Yo veo que muchas veces hay mucha confusión de las funciones. A mí me gustaría tener muy claro que mi papel es «éste». Yo voy hacer todo lo posible para que esta tarea mía, hacerla bien. Pero si ahora me dicen que es «ésta», y luego me dicen que es «ésta», y luego me dicen que no, que además «aquella de allí»... Y luego, la que está en otro puesto dice lo que tengo que hacer yo sobre mi tarea... ¡Es un caos! Y yo creo que esa distribución de papeles, de roles, de funciones, no es clara, ¡no es clara!

#### 6.2.2.2. Organización informal y auto-organización: alternativa y estrategia de supervivencia

Las personas participantes informan de la organización informal del personal profesional. En ocasiones, la auto-organización se produce en cada centro con el respaldo de la dirección/coordiación. En cualquier caso, emergen como alternativa que resulta efectiva ante la falta de directrices claras y la descoordinación interna percibidas, aunque no se desestima la indisciplina de determinados profesionales como motivo de la auto-organización. La auto-organización, en cualquiera de las modalidades (más informal, entre profesionales; más formal, en cada centro) se produce para dar respuesta a las necesidades del servicio (atención más adecuada a las personas usuarias) y mitigar la sensación de malestar que esta mala atención y que la descoordinación interna genera en el personal profesional. Con todo, las personas participantes se interrogan sobre los efectos positivos de la auto-organización, o de la autonomía para el conjunto de centros o unidades, enlazando esta cuestión con la necesidad de encontrar límites a la estandarización de criterios y procedimientos. También se advierte positiva la auto-organización al haberse evidenciado en alguna ocasión que no sólo se conseguía dar respuesta a una necesidad no cubierta por la organización, sino que además la propia jefatura ha dado cobertura a un determinado nuevo procedimiento surgido de esta auto-organización.

GDCR2-TS4: Exacto. Entonces ha habido un vacío legal... Un vacío de falta de criterios escritos, de pautas, de normas... de circulares obligatorias... Los equipos se han ido especializando a su libre criterio. Es decir... aquí somos los de menores, incluso los de menores... se han estado reuniendo fuera, sin la jefatura del programa de menores... Es decir, se dan coyunturas que yo ahora que he llegado a la coordinación, me sorprenden muchísimo. Es decir, la unidad de menores se estado reuniendo no sé si durante un año, o no sé cuánto tiempo... Un año reuniéndose fuera de la jefa del programa de menores. Ahí se ha estado gestionando no sé qué, se estado gestionando cosas y haciendo cosas y pidiendo cosas... con el visto bueno de la jefatura, pero sin el programa.

\*\*\*

GDP3-ES: Claro es que cada centro se organiza de una manera. (Murmullos) Al margen del diagnóstico, la organización es tan distinta en cada centro... que cada centro, sobrevivimos como buena mente podemos, según la dirección que tenemos y según el personal que formamos. El equipo. Claro a lo mejor hay que establecer unos mínimos...

\*\*\*

GDCR1-TS1: Y luego, hay elementos que para mí son vitales en una organización que pueda funcionar bien. Y es, por ejemplo, el tema de la confianza. Si están bien delimitadas las funciones, yo creo que yo tengo que tener confianza en que mi jefe inmediato superior... Que puedo tomar decisiones respecto a «esto». Mi jefe inmediato superior las va a tomar respecto a «esto». Y seguro que tiene muchos más elementos de información que yo... Entonces, yo puedo tener una visión, equis, pero bueno, voy a respetar sus decisiones. A lo mejor no me gustan, a lo mejor si me gustan. A lo mejor, si yo tuviera su información pensaría lo mismo que él. Pero que cada uno estemos en nuestro lugar, en nuestro papel. En menores ya sabéis todo el lío que hay. Yo que sé... En menores hay un equipo que se reúne aquí una vez al mes, ¿no? Todos los técnicos de menores... No sé si lo sabes, que se reúnen aquí (DIRIGIÉNDOSE A ALGUIEN) una vez al mes. Le pidieron permiso al jefe de servicio y les dijeron que nada de coordinadores, ni de jefes de programa ni de nada, sino ellos solos.

MODGDCR1: Ah, pidieron expresamente que no estuvieran...

GDCR1-TS1: Nadie, nadie. Ellos solos. Entonces ellos van haciendo las cosas que a veces se cruzan con las que yo hago, a veces hacen unas propuestas que van detrás de lo que ya se ha hecho... Hay una desestructuración... Están adquiriendo un poder, que yo no sé... Quiero decir, a mí me parecía... Porque el objetivo de esas reuniones, y a lo que Javier dio permiso, y me parece positivo, es el estudio de casos. Es decir, «¿cómo trabajar la violencia filioparental?». ¡Pues me parece bien! Que se reúnan, que lo hablen y que lo digan. Pero si se empiezan a meter en cuestiones de procedimiento que me corresponden a mí...

GDCR1-PSI: Claro, pero vamos a ver... Por ejemplo (INCOMPENSIBLE) una decisión, que afecta a mi centro... en ese caso, que afecta a tu programa, yo, le propondría a Javier cosas. Yo le diría «Javier, yo tengo que estar ahí». Quiero decir, que a lo mejor también te toca a ti como coordinadora decir «Javier, yo en esas reuniones tengo que estar». Creo. ¡Porque yo lo haría! Yo diría «oye,

estáis haciendo una reunión con la gente de mi centro sin mí, yo creo que tengo que estar, y si no, no cuentes conmigo». Porque yo entiendo... Sabes, ¿no? Que también forma parte de decir...

GDCR1-TS3: Perdonad que os interrumpa, pero queda poco tiempo y yo sí que creo que hay... que hay cosas muy importantes...

GDCR1-PSI: (INTERRUMPE) Pero sí que tiene que ver... La verdad que lo que ha dicho ella tiene que ver con cómo estamos organizados, un poco a «salto de mata».

\*\*\*

GDCR2-TS4: Ahora mismo... ahora mismo esa especialización y la situación de los equipos, es la que los propios equipos han buscado ante la falta de estructura organizativa definida. Es decir, los propios equipos nos hemos organizado dentro de los equipos para sobrevivir. Y hemos hecho de todo, encaje de bolillos, «ahora tú aquí, yo allí... ahora yo me cambio de unidad, ahora te pones, ahora te quitas...», dentro de los propios centros.

GDCR2-PSI: Y «aquí hacemos esto y allí hacemos lo otro».

GDCR2-TS4: Exacto. Entonces ha habido un vacío legal... Un vacío de falta de criterios escritos, de pautas, de normas... de circulares obligatorias... Los equipos se han ido especializando a su libre criterio. Es decir... aquí somos los de menores, incluso los de menores... se han estado reuniendo fuera, sin la jefatura del programa de menores... Es decir, se dan coyunturas que yo ahora que he llegado a la coordinación, me sorprenden muchísimo. Es decir, la unidad de menores se estado reuniendo no sé si durante un año, o no sé cuánto tiempo... Un año reuniéndose fuera de la jefa del programa de menores. Ahí se ha estado gestionando no sé qué, se estado gestionando cosas y haciendo cosas y pidiendo cosas... con el visto bueno de la jefatura, pero sin el programa.

GDCR2-PSI: Yo y tengo que echar una lanza en favor del programa. Ya te digo que estoy en otro lugar... Entonces veo las cosas desde otra manera...

GDCR2-TS2: Pero ya termino. Quiere decir... Que esto es un mero ejemplo que no tiene nada que ver con los que estamos aquí, o si por la parte que nos repercute, pero que es un mero ejemplo... Perdona, GDCR2-PSI... Respecto a que hemos sido los propios equipos, dentro de cada centro social, los que hemos ido tomando... Es decir, hay equipos en los que hay cuatro de menores, y hay equipos en los que hay dos. Hay equipos en los que hay tres de inclusión, y de dependencia y uno. Quiero decir... Entonces, no hay un directriz respecto obligatoriedad de la formación, a la obligatoriedad de hacer un diagnóstico, a la obligatoriedad de cuantos por unidad... Iba a decir de renta per cápita... De ratio de población. Ahí estamos.

\*\*\*

GDP7-TS4: Como la figura de coordinación, pues igual está en otra parte más política de centros de mayores, de asociaciones... La parte técnica se queda más... Pues que funcionamos como funcionamos... pero nos vendría bien ese... Pues lo que están haciendo en menores, se reúnen, hablan, comparten



situaciones y experiencias y nos enriquecemos mutuamente y nos damos un soporte también, contención...

Sí.

GDP7-TS2: Pero lo de menores ha surgido de ellos.

GDP7-TS4: Claro, pues aquí también tenemos que hacer lo mismo, GDP7-TS2.

GDP7-TS2: Ha surgido de una necesidad que tenían ellos que no le venía...

GDP7-TS4: No se recogía...

GDP7-TS2: Claro, no se recogía, ni le daban respuesta. Entonces ellos mismos dijeron «bueno, pues nos organizamos e esta manera».

(HABLAN A LA VEZ)

GDP7-TS3: Pero con la autorización de la jefatura.

GDP7-TS2: Hombre, claro, lo ha autorizado.

\*\*\*

GDCR2-PSI: Y esto va en relación con la lanza que ha tirado antes GDCR2-TS4. Es verdad que las compañeras y los compañeros se están reuniendo, aquí, precisamente en playa una vez al mes, porque tienen la necesidad de poner en común cosas y demás. Es verdad que están mal, y dentro de ese malestar están intentando hacer cosas para estar mejor.

#### 6.2.2.3. Organización interna: mayor

Otra de las cuestiones sobre las que hay un manifiesto acuerdo es la actual desorganización que se percibe que existe en los Servicios Sociales. Las personas participantes consideran necesario mejorar la organización interna en lo que respecta a estructuras, funciones, procedimientos, directrices y procesos de toma de decisiones, hasta el punto de afirmar que tal mejora reduciría notablemente las necesidades de incorporar más personal a las plantillas. Entre los cambios a destacar se encuentra la reestructuración de los equipos en tamaño (para que sean más pequeños) y composición (multidisciplinares), donde el acompañamiento familiar y el trabajo comunitario estén presentes, lo que permitiría un trabajo desde la prevención y con perspectiva integral. La actual falta de organización y de directrices genera, a juicio de las personas participantes, la necesidad de que profesionales y centros se auto-organicen, o se muestren, en cierto modo, «indisciplinados».

GDP1-PSI: Te lo digo para que lo sepas. O sea... Pero porque hay una desorganización. En cuanto a lo del personal, que dices «llevo oyendo lo de más personal, más personal...». Es que se me ha quedado antes y lo quiero decir...

(SIN IDENTIFICAR): Yo lo de más personal, no lo...

GDP1-PSI: Yo ahora mismo, lo digo desde hace muchos años, o sea, no es tan necesario que haya más personal, que lo es. Pero si con el personal que tienes, haces una buena distribución, una buena gestión...

GDP1-TS4: Una gestión de los recursos que tenemos. Una buena gestión de recursos humanos.

GDP1-PSI: Exacto, exacto. Luego ya buscas. Pero... y eso te permite avanzar. En cosas tan básicas...

\*\*\*

GDP1-TS4: Y también, un poco, al hilo de lo anterior, y del personal y de tal... Creo que hay que hacer una gestión, hay que hacer una auditoría de los centros sociales. De cómo se están gestionando las unidades, los casos, tal... Creo que todos deberíamos estar abiertos a que nos hagan una auditoría. ¡De verdad que sí! Porque ahora estamos coincidiendo todos que no es una cuestión de personal, porque personal, ahora, ¡tenemos a cascoporro! Yo abro una puerta y me veo, «¿tú quién eres?», «no, pues soy el auxiliar, el trabajador social...». (RIE). No, es una gestión de personal. Vamos a ver lo que estamos haciendo cada uno, lo que tenemos que hacer, hasta dónde llegar...

\*\*\*

GDP3-TS5: Yo creo que lo que tú dices... sería como crear mini equipos dentro del equipo... Un poquito, mini equipo dentro del equipo porque si no cómo te coordinas tú con todos los profesionales.

GDP3-TS3: Por zonas.

GDP3-TS5: Exactamente, mini zonas... Sí, sí... estamos hablando de lo mismo

GDP3-TS3: No, no... O sea, en vez de... en vez de haber 5 equipos, haber 15 equipos.

(ASIENTEN)

GDP3-TS3: Y en vez de haber directores, me gusta más la figura del... del coordinador. Que es algo rotatorio...

GDP3-TS5: Dentro de...

GDP3-ES: Yo por ejemplo en el tema de comunitaria que llevamos varios barrios, a mí me pasa en la zona del 2, que son 5 barrios... Bueno, yo llevo 3... Y luego hay 2, y 2 más que no llegamos, O sea en total... serían, 6 barrios los que llevaríamos. Lo que... yo siempre he pensado, qué idea sería por ejemplo en los 3 que yo llevo... que aquí hubiera también equipo con trabajador social, es que sería genial actuar en el barrio... Con un mini equipo.

GDP3-TS2: Ay que guay...

GDP3-TS1: Un trabajador social, un psicólogo y un educador...

GDP3-ES: Sí... descentralizarlo como ir a la zona rural, por decirlo de algún modo. Atención... Un día a la semana, conocer a la realidad... sin necesidad de que, vengan a pedir una ayuda. Porque entonces es cuando se une el trabajo

comunitario, con el trabajo de intervención familiar e individual. Y... sería un trabajo más de prevención. Yo eso lo he echado mucho de menos en el tiempo que estoy de educadora...que sería muy interesante tener un mini equipo en los barrios.

\*\*\*

GDCR2-PSI: Y esto va en relación con la lanza que ha tirado antes GDCR2-TS4. Es verdad que las compañeras y los compañeros se están reuniendo, aquí, precisamente en playa una vez al mes, porque tienen la necesidad de poner en común cosas y demás. Es verdad que están mal, y dentro de ese malestar están intentando hacer cosas para estar mejor.

#### 6.2.2.4. Refuerzo de los servicios de primera atención

Para las personas participantes, estos servicios desempeñan un papel clave en el acceso a los SSAP y en el trabajo posterior a realizar en ellos. Estos servicios deben ser los encargados de los diagnósticos iniciales y también de las intervenciones iniciales.

Una unidad de triaje, que diseminara y agilizara la atención más inmediata. Y dijera «esto es urgente, aquí. Esto es allí...» GDCR2-TS4

Exactamente. Un profesional que hace ese primer filtro, una primera entrevista, y luego ya, que sea ella la que decida si tiene que hacer un diagnóstico, o es un mero trámite... Lo que sea desde una figura profesional. A mí me parece importante. GDP1-TS5

GDCR2-ES: Claro. Esta es la base. Es decir... hay profesionales que se han tenido que especializar... Pero ¿por qué no se han dejado algunos profesionales que sigan siendo atención primaria? No es una ordenanza que tiene que decidir... cada caso...

#### 6.2.2.5. Especialización: revisar y/o reducir sus impactos negativos

Se perciben impactos negativos de una especialización excesiva de las unidades funcionales que integran los equipos, que ha provocado su compartimentalización. Se informa que la hiperespecialización dificulta la coordinación entre profesionales, equipos o unidades, compromete la posibilidad de tener una herramienta común y ágil de diagnóstico, limita la acogida y la atención a la persona usuaria desde una perspectiva integral y dificulta la movilidad funcional de profesionales entre equipos/unidades. A juicio de las personas participantes, este fenómeno está estrechamente ligado a la idea que en la actualidad no se trabaja en base a las necesidades de las personas usuarias, sino en base a la disponibilidad de recursos, especialmente los relativos a las prestaciones económicas de derecho. Con todo, se preguntan cuál es el grado óptimo de especialización que debe existir y consideran pertinente valorar la idoneidad de un tipo de organización funcional con efectos positivos en

la estructura, organización y procedimientos, y en la calidad de la atención a las personas usuarias.

GDP5-TS5: (...) pero las dinámicas internas de cada unidad, no tienen nada que ver una con la otra, ni las dinámicas... ni las demandas, ni las respuestas, ni la forma de, de trabajar. Somos compartimentos «estancos» y muy especializados, cada vez más especializados. Cada vez más...

GDP5-TS2: Mayor motivo para trabajar codo con codo.

GDP5-TS5: Precisamente por eso, porque la desconexión es tan grande entre unidades...o buscamos, un punto de conexión y de unión, porque estamos hablando todos de lo mismo, que ese punto de unión es, que el estudio de cada una de esas unidades confluya en un único diagnóstico o esto no va «ni cara al aire». Ya.

\*\*\*

GDP2-TS6: Entonces el que yo entienda que la atención a de ser integral, y... eh, atender todas las áreas de necesidad de la persona... no es rent-... tan rentable para la administración cómo... Si alguien está especializado en este tipo de gestión... que saca como churros, este otro está especializado en esto y este otro está especializado en esto. Porque claro, al tener una intervención más abierta, es verdad que, los tiempos de un profesional para resolver distintas cosas, dado que no lo hacen todos los días, es más lentos. Claro pero para mí es más adecuado. Eso lo que quería decir...

(MURMURAN)

GDP2-ES: Para mí es mucho más ágil... vamos a ver, yo ahora mismo en el tema de mayores, que nos han metido la valoración, eh... si una misma persona tiene que valorar hacer la valoración hacer el informe social, tramitarle el SAD, tramitarle... a mí, particularmente, me descentra más, que si estoy centrada en una única cosa, que no es una única cosa, que ahora mismo estoy valorando, valoramos, hacemos el informe social del entorno y todas las incidencias que surgen de esa valoración... Vale, para mí eso es más... uhm... me centro más... que si aparte de eso, tengo que hacerle lo otro, lo otro y lo otro... y soy más ágil...

(MURMURAN)

MODGDP2: Pero, estás diciendo lo contrario que ella, ¿no?

GDP2-ES: Sí, yo pienso lo contrario que ella...

\*\*\*

GDCR1-PSI: La mirada. Es decir, la mirada está, ahora mismo, como especializada.

GDCR1-TS3: Sí, sí, sí.

GDCR1-PSI: Yo... me han dicho cosas que yo digo «¿pero eso no lo pasas a menores?» Y dice «no se me ha ocurrido». Cosas como «pues sí, no va al colegio y el niño no sé qué y tal...», «y eso, no lo pasas a menores para que lo veamos?».

«No lo había pensado... Desamparos... Ha huido de no sé quién...». Se dedica a intentar la inclusión, y la otra... es que ni la contemplan, es como...

GDCR1-TS3: Claro. Pero eso tiene que ver con nuestra súper especialización.

GDCR1-PSI: Con nuestra súper especialización.

GDCR1-TS3: Y hemos perdido la mirada general de las cosas.

GDCR1-PSI: Y además en cuanto le dicen... en cuanto le dicen... «tengo un abuelo...», «eso no me toca, eso, pida cita por otro lado». Cuando digo, para ser trabajadores sociales, digamos que es transversal, tienes que orientar en todo, aunque luego se derive. «No, no, eso a mí no me toca, eso no es mío, eso fuera». O sea, nos hemos, digamos...

MODGDCR1: Híper especializados...

GDCR1-PSI: híper especializados. No somos la atención primaria, somos como pequeños departamentillos.

#### 6.2.2.6. Coordinación interna: mayor

La cuestión sobre la coordinación interna está muy presente en los discursos de las personas participantes y existe unanimidad en considerar necesario impulsarla entre profesionales, jefatura, equipos, unidades y centros. Disponer de un diagnóstico común a todas las unidades se identifica como favorecedor de la coordinación interna. La idea sobre la coordinación interna presenta gran densidad en la relación con otras ideas que han manifestado las personas informantes. De este modo, se señala que una mayor coordinación interna entre profesionales y equipos permite o favorece el uso eficaz y eficiente de recursos de la organización (y haciendo menos necesaria la incorporación de más personal), permite compartir ideas y criterios de trabajo, permite que la persona usuaria reciba mensajes no contradictorios y resolver adecuadamente los casos, y rebaja la sensación de carga del profesional. Por el contrario, se manifiesta que la ausencia de coordinación interna genera una organización paralela informal del personal profesional, a fin de dar respuesta a las necesidades del servicio y de mitigar la sensación de malestar que la descoordinación genera. Por otro lado, entre los fenómenos que impiden una mayor coordinación interna se encuentran la «hiperespecialización», la ausencia de directrices claras desde Jefatura y el «papeleo y la burocracia».

(...) Y tenemos que tener algo imbricado porque somos atención primaria. Entonces no podemos ser islotes. No podemos estar aislados y cada uno con su realidad y su historia. Que además cada vez se ven menos, hay reuniones independientes, hay... ¡Es que no saben! Lo que está haciendo una unidad no lo sabe la otra. Entonces, desde ahí creo que hemos entrado en una historia caótica que no sabemos ni cuál es nuestra profesión ni cuáles son nuestras funciones ni para qué estamos. Y cada uno se salva como puede. GDCR2-TS2

\*\*\*

Sí... claro, es que... Y bueno, en función de lo que decía GDP5-TS4, lo que veo es que nos hemos convertido en departamentos y unidades tan especializadas, que a veces hemos pedido también esa mirada global o transversal del caso, entonces tú a lo mejor te pones a intervenir y te centras en tu unidad, en lo que es tu trabajo y demás, pero dentro de una familia, de una unidad, pues pueden haber personas mayores, menores en riesgo, quiero decir, hemos perdido esa parte transversal. Ni no conozco bien que hace la unidad tal, y quiero decir, se ha pedido ese trabajo más transversal o de globalidad de los casos, es como que cada uno está en su unidad y nos hemos convertido en unidades tan especializadas, que a veces no conocemos ni lo que hace el compañero de al lado, o si tengo que hacer alguna actuación relacionada con otra unidad, no sé ni hacerla, ¿no? Como que hemos perdido en ocasiones esa globalidad de... de los casos. GDP5-TS2

#### 6.2.2.7. Coordinación externa: mayor

Es extendida la idea sobre la necesidad de una mayor coordinación externa con otros sistemas que intervienen en el bienestar y protección social (sanitario, educativo, judicial, policial, etc.). Al igual que la coordinación interna, la externa también presenta una gran centralidad en los discursos y se entrelaza con otras ideas a través de sus causas y consecuencias. Por un lado, posibilita optimizar los recursos de cada sistema y ayudaría a aclarar cuáles son las competencias de cada uno de ellos, mientras que, por otro lado, haría más eficaz la intervención, favoreciendo una buena atención a las personas usuarias, y limitaría, por tanto, el malestar que genera a los/as profesionales la descoordinación. Por último, la inestabilidad en las plantillas puede suponer una dificultad para alcanzar mayor coordinación entre sistemas, al quebrarse las atenciones, las comunicaciones o las intervenciones que está llevando a cabo el personal profesional que ocupa puestos temporales.

GDP4-TS2: (...) Y luego está, lo que es la... la... el trabajo en red, o sea es que...

GDP4-PSI: Es que, ahí invertimos un tiempo de investigación... impresionante.

GDP4-TS2: Pues eso, que acción social debería contactar directamente con el sistema sanitario con el sistema en red. Cómo se puede trabajar desde la red, o directamente con los colegios... eh, estos y los otros, o no sé de qué manera para allanarnos un poco el camino para ponernos en contacto. Y que nos conocieran de una manera un poco mejor que no la simple, eh... quita niños.

GDP4-TS1: Si depende de la volun... o y depende también de la buena voluntad del, del profesional, pues de eso, tanto nuestro como del otro lao. Quiero decirte, de salud...

GDP4-PSI: Pero es que a día de hoy cuando se han hecho cosas con los colegios o con algo, ¿por qué ha sido? Porque hemos sido nosotros... los que nos hemos auto organizado en nuestro territorio... y hemos dicho venga tú vete a tal cole, tú vete a tal cole. Y, y, pero nosotros. Pero no hay un estadio más arriba que haya hecho esa organización que a ti te facilite ese trabajo, porque para tú hacer eso

tienes que dejar de hacer otras cosas. Que no están contempladas en las 3 o 4 citas que tienes que ver al día... ¿no?

(ASIENTEN)

GDP4-PSI: Y que es muy importante porque es lo que te facilita luego el trabajo, el tener acceso y comunicación. Pero se ha hecho, entre nosotros, entre un grupo de este centro, otro grupo de este centro que se ha ido al otro. Porque hemos querido por decirlo de alguna manera.

GDP4-TS4: Sí, sí, sí. Y lo hacemos porque queremos.

GDP4-PSI: Y lo hacemos porque queremos.

GDP4-TS4: ... que si no lo haces nadie te dice hazlo o deja de hacerlo. Luego por ejemplo con la policía que también hubo una temporada que hubo muchos encuentros, mucha formación... Que eso es verdad que agilizaba, porque la policía a veces... jolín es que... eh, eh, te trae ya a los chiquillos. Y dices «es que yo... Aquí no los traigas que yo no puedo hacer nada, que si acaso eres tú el que puedes llevarlos a recepción, ¿no?» Y es falta de conocimiento, es que... alguien tendrá que, ¿no? Que, que hablar con la policía y un poco explicarles, vosotros llegáis hasta aquí, nosotros... Sí, yo sí tengo un poco la sensación de, de que... no sé cómo, ¿eh? Porque esto ya te digo que es muy... no quisiera yo estar en la piel de la organización porque no debe ser nada fácil porque somos mucho, porque Servicios Sociales es muy complejo. Pero sí que tengo la sensación cómo que necesitaríamos que alguien desbrozara un poco el terreno. Sí que tengo un poco esa sensación.

### 6.2.3. Procedimientos e instrumentos

#### 6.2.3.1. Tareas administrativas: excesivas y burocratizadas

Las personas informantes reportan unánimemente que existe demasiado trabajo administrativo a realizar por el personal profesional que, adicionalmente, tienen el encargo de diagnosticar y planificar la intervención (especialmente los/as trabajadores/as sociales). El «papeleo» y la «burocracia» les impide dedicar tiempo a otras labores que son propias de su profesión, como es realizar un diagnóstico adecuado, y esto tiene un claro efecto perjudicial en el servicio que se está dando a las personas usuarias, en el ánimo del personal profesional y en su disposición al incumplimiento de protocolos o directrices (indisciplina). Por todo ello, se demandan procedimientos sencillos y ágiles, especialmente en relación con el diagnóstico y el plan de intervención.

GDP3-ES: (...) yo creo que es un, es un... una espiral, o... una pescadilla que se muerde la cola, el trabajo tan burocrático, hace que no quieras ver más. No me cuentes más porque es que no voy a llegar a poder atenderte, no voy a poder sentarme a hacer un diagnóstico y una planificación contigo como se merece la pena, porque tengo, un capazo aquí de trabajo administrativo... Y en vez de trabajar a más técnicos, que es una pena el salario nuestro, de contratar tanto técnico para hacer trabajo administrativo... Pues merece la pena que se emplee a más personal administrativo para que tú puedas hacer trabajo técnico, creo yo.

\*\*\*

GDP6-TS4: Correcto, para el SED, no sé qué, para la dependencia, para no sé cuánto... todo eso, el tiempo que yo estoy invirtiendo en cortar, pegar, abrir esta aplicación, cerrar esta aplicación, volver a abrir esta otra, copiarlo aquí, sacarlo en la (NO SE ENTIENDE) de papel, no sé qué... eso es tiempo que le estoy quitando al acompañamiento, tiempo que le estoy quitando a la intervención, tiempo que le estoy quitando al Trabajo Social, estoy, como decía Toñi el otro día, de tramitadora social, ¿no decía eso (NOMBRE DE PARTICIPANTE), eh, eh?, estoy tramitando socialmente e intervenido un rato para hacer el diagnóstico, pero ya después me he tirado toda la mañana tramitando socialmente. Porque qué dificultad tenemos... que difícil es que luego, yo también, entiendo su parte de ellas, que ellas luego para listar cuánto SAD tenemos, cuántas Teleasistencia, cuánto no sé qué... necesitan que estén volcados los datos ahí, pero, por Dios, busquemos la forma de hacerlo más fácil, por favor. Que yo haga un informe, en inclusión y me sirva para el bono social, para la mesa de solidaridad, para el bono de agua, para... el informe de vulnerabilidad... uno, el mismo, por favor, y que yo pinche a la pestaña que es y que salga ya todo lo que tenga que llevar esa prestación con ello. (ASIENTEN). Y no me tire tres mañanas para hacer esa cosa.

#### 6.2.3.2. Prestaciones de derecho: ¿competencia propia o impropia?

Las prestaciones de derecho generan una gran cantidad de tareas de naturaleza administrativa que absorben buena parte del tiempo del personal profesional que debería estar dedicado a tareas netamente profesionales distintas de la administración y la gestión (trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, educadoras/es, etc.). Las personas participantes manifiestan que deberían ser tramitadas por profesionales diferentes a los que realizan los diagnósticos y los planes de intervención, por equipos o unidades diferenciadas o, incluso, por departamentos diferentes ajenos a los SSAP o a los Servicios Sociales.

GDP6-PSI: (...) Por lo tanto imagino que eso implicaría también, el poder discriminar que son tareas iguales, por donde GDP6-TS4 apuntaba, que son prestaciones de derecho y, por lo tanto, usted tiene una prestación de derecho y no tengo por qué preguntarle por su \*\*\* (NO SE ENTIENDE), o por su colon o por no sé qué..., y eso tendría una línea de tramitación... y ahí especializarse puede estar bien, e incluso se puede, se puede discutir si ahí, si eso lo tienen que hacer los Servicios Sociales...

\*\*\*

GDCR2-TS2: Clave del futuro. Clave del futuro... Yo sacaría, como dicen ellas, esas ayudas que son de derecho. A lo mejor hay que contratar desde el ayuntamiento, puesto que tienen un acuerdo con la Conselleria o lo que sea... Personal concreto para hacer esas cosas y punto. Pero las unidades de inclusión tienen que ser para trabajar la inclusión. La unidad de dependencia y... cómo se llama... como es tan largo y tan raro... Tenían que dedicarse a eso. Y la unidad de familia y menor tenemos que dedicarnos a lo que nos tenemos que dedicar. Y tenemos que tener algo imbricado porque somos atención primaria. Entonces



no podemos ser islotes. No podemos estar aislados y cada uno con su realidad y su historia. Que además cada vez se ven menos, hay reuniones independientes, hay... ¡Es que no saben! Lo que está haciendo una unidad no lo sabe la otra. Entonces, desde ahí creo que hemos entrado en una historia caótica que no sabemos ni cuál es nuestra profesión ni cuáles son nuestras funciones ni para qué estamos. Y cada uno se salva como puede.

\*\*\*

GDCR2-ES: (...) A lo mejor será reconvertir inclusión en esa unidad que tiene que atender y todo lo que tú dices de prestaciones de derechos y demás, separarlo de los centros.

GDCR2-TS2: Claro.

(SIN IDENTIFICAR): Sí.

#### 6.2.3.3. Gestión de la información: información accesible, actualizada y compartida

Las personas participantes señalan la necesidad de mejorar los sistemas de gestión de la información en diferentes niveles:

- Por un lado, la información de los casos a compartir entre profesionales, que esté en un soporte que facilite el trabajo profesional, que sea fácil acceso y sencillo, y que se ajuste a protocolos comunes de elaboración.
- Por otro lado, la información sobre normativa, recursos existentes y la procedente de la organización (instrucciones, formularios, etc.), que sea de acceso sencillo y que esté actualizada, con protocolos comunes de elaboración, difusión y de acceso a ella.

GDP7-TS4: Un espacio compartido.

GDP7-TS5: Se supone que es un espacio compartido, de información.

GDP7-TS2: No, es una carpeta de intranet.

MODGDP7: Una carpeta...

GDP7-PSI: Una carpeta compartida.

(HABLAN A LA VEZ)

GDP7-TS2: Es una carpeta que tú puedes compartir con tu centro, pero luego tienes vetados...

GDP7-TS3: Por unidades... Yo no puedo acceder a menores...

GDP7-TS2: ...porque si yo quiero irme a otro centro a ver... «¿Qué modelo están utilizando ellos, para esto?». No puedes, es solo la información que a ti te dicen.

MODGDP7: Del equipo

GDP7-PSI: Ella dice que no por equipos, solo por unidades.

GDP7-TS2: Por unidades.

GDP7-TS5: Bueno, el formato es tan complicado, que... (INCOMPRESIBLE) porque yo entré al principio y dije «no entro más porque yo aquí me pierdo. Entonces yo necesito otro... ¿soy tonta? Pero yo necesito cosas más sencillas.

GDP7-TS4: Pero se puede estructurar de alguna una manera algo a nivel global, de información general, o guía de recursos... También para los que llegan nuevos...

GDP7-TS1: No es tan complicado...

GDP7-TS5: Yo estuve en unas jornadas hará 4 años, creo que fue, porque fue cuando las otras elecciones. En el que Valencia y Elche tienen un formato... y Murcia, que yo me quedé alucinada de lo fácil que tenían organizado por recursos todo, estaba... La legislación de... Si quiero una teleasistencia, sé la legislación, sé la solicitud, sé los requisitos y la documentación que le tengo que pedir. Pero así, muy fácil de acceder... No me hagas hacer un recorrido, que tenga que ir a la L y mirar en la carpeta de mayores, en la de no sé qué... y luego al fin del mundo. No, por favor, más sencillito.

GDP7-TS2: Sí, sería tan fácil como poner, por ejemplo, en la intranet, una parte que fuese solo profesionales, por ejemplo, imagínate, «profesionales acción social», que nosotros pudiésemos acceder a toda esa información.

GDP7-TS4: Pero fácil.

GDP7-PSI: Y ordenada...

GDP7-TS2: Pero que estuviese ya ordenada por alguien que se encargue de hacerlo.

GDP7-TS5: ¡Claro!

GDP7-TS2: Va un poco al libre albedrío de cada uno. Si un coordinador o directos de centro le gusta hacer eso, pues le dedica más tiempo y lo tiene más actualizado. Otro puede ser un auténtico desastre y tenerlo todo amontonado y tú te tienes que organizar tus propias carpetas para tener algo creíble.

\*\*\*

GDP6-PSI: yo creo que una gramática común puede haber, en el fondo de esa estructura de que haya, de que estén recogidos temas de salud, temas de vivienda, temas de tal... porque, y que además sea, antes metáis lo de dinámico, quiero decir, que, que la gente no se haga el, la misma foto 8 veces a lo largo de 8 años, con 8 profesionales distintos (ASIENTEN), sino que esa herramienta también... los Word que manejamos que llegan a las 125 páginas eh, y tal..., pues no son útiles, cuando a cada uno nos llega, venga me voy a poner a leer desde la primera vez que llegó. (VOZ DE FONDO: Claro, ¿qué hacemos?) Entonces, no sé hay que encontrar una... hablando de lenguaje común, quiero decir de vocabulario, además una sintaxis común, ¿no? Eso me parece...

\*\*\*

GDP7-TS5: Hay una cosa que a mí agobia mucho, y es la cantidad de información que nos llega, y el tiempo que perdemos todos en estudiar esa cantidad de información. Entonces, es muy importante para mí que alguien filtre lo que

realmente necesitamos y que no lo facilite en un soporte que esté siempre actualizado y que no tengamos que ir buscando donde tengo esto, que vino hace no sé cuántos meses...

GDP7-PSI: La circular número no sé cuántos...

GDP7-TS5: «Y ahora dónde lo busco, te pregunto a ti...».

GDP7-TS4: Sí... «y mándame un correo...».

GDP7-TS5: Y pierdo 2 horas intentado ubicar una información. Entonces, por ahí también estamos perdiendo muchísimo tiempo, o yo por lo menos, no sé si los demás os manejaís mejor, yo pierdo mucho tiempo porque, por lo menos en nuestra unidad sabes que va llegando cada 2 o 3 días una orden nueva, un correo... Un correo. Y ya no sé cómo archivar tanto correo ni tanta información y luego rescatarlo.

GDP7-TS4: Y luego, búscalo...

GDP7-TS5: Entonces, para mí eso es otro punto fuerte. O eso mejora o...

GDP7-PSI: A mí me preocupa, al contrario, bueno... Me preocupa eso, pero también me preocupa la falta de información. O sea, que yo me tenga que enterar por los usuarios de los recursos que hay.

GDP7-TS5: Pero es que al final tanta información es falta de información, porque al final ya te has perdido.

GDP7-PSI: Sí...

MODGDP7: Pero, ¿de los recursos municipales?

GDP7-PSI: Sí.

GDP7-TS5: Y de no municipales.

GDP7-TS4: O comunitarios.

GDP7-PSI: Yo no sé todavía qué hay en el barrio donde yo trabajo, de lo comunitario. Sé que están haciendo una hoguera, sé que hay un cursillo de no sé qué, pero porque oyes así, cosas sueltas.

GDP7-TS4: Sí, tener una guía de recursos estructurada...

GDP7-TS5: Pero todo eso sí que ha ido llegando GDP7-PSI, si es que ese el problema. Sí que te lo han dicho, pero te lo han dicho de tal manera, que tú no te lo has almacenado de manera correcta, porque sí que te llega: «se está haciendo la hoguera inclusiva»... Bueno, vale. Yo es que a veces esos correos ya ni los leo, porque como te llegan tantos... Dices: vale, la hoguera inclusiva... Y sí que te ha llegado, pero no te ha llegado... Que es lo que yo te estoy diciendo, nos llega mucha información de manera incorrecta, entonces necesitamos que se seleccione...

GDP7-PSI: Pues sí, puede que llegue, es verdad puede ser que llegue...

(HABLAN A LA VEZ)

Una guía de recursos... (INCOMPREENSIBLE) Que esté todo ahí...

GDP7-TS5: Sí, porque luego dicen: «No, si eso se os dijo en un correo...».

GDP7-PSI: O ahora... «En el SERVEF...», «no, si es el que he ido yo porque mi vecina me ha dicho que tal, no sé qué...», «¿Ah sí?» Y a lo mejor nos lo han dicho... Es verdad lo que tú dices...

GDP7-TS5: Y seguramente sí... Se dijo, se dijo... O en no sé qué reunión, o se dijo no se qué, pero se dijo así... Entonces, necesitamos un formato que tengamos la información que necesitemos actualizada, y que sepas que lo que estás mirando es lo que hay vigente, porque yo a veces saco la autorización de no sé qué y digo «¿es esta, o habrá otra, después? Es que no sé...».

GDP7-TS4: O habrá otro modelo distinto... Ya.

GDP7-TS5: Entonces, a lo mejor estás haciendo la autorización para un sepelio, muy sencillita, y ya ni es ese correo, ni es...

GDP7-PSI: Y no era esa...

#### 6.2.3.4. Procedimientos: simplificación

Simplificar procedimientos y emplear herramientas ágiles y sencillas permite disponer de más tiempo para labores propias de los perfiles profesionales que se dedican al diagnóstico y a planificar la intervención. La presión asistencial y la carga de tareas administrativas requieren de herramientas y protocolos ágiles y sencillos.

GDP7-TS5: A ver... yo siempre he pensado, que para poder hacer un buen diagnóstico tendríamos que simplificar muchísimo los procedimientos administrativos que son los que nos copan el tiempo

\*\*\*

GDP1-TS1: (BROMEAS). Yo creo que aquí hay un... también, un fallo. Y es que se están haciendo muchos procesos, muy farragosos, muy limitantes en el tiempo, que dificultan totalmente el trabajo y la esencia del Trabajo Social. Porque estamos hablando de la esencia del Trabajo Social: diagnóstico, la planificación con la persona... Eso se está perdiendo. ¿Por qué? Porque se están haciendo esos procesos que había que revisar... Y pongo un ejemplo, la dependencia. ¡La dependencia es una barbaridad!

GDP1-TS3: Simplificar procedimientos.

GDP1-TS1: Eso es una barbaridad, ¿eh? Entonces, como es una barbaridad, resta trabajo a que nos dedicáramos a lo que nos gusta, al tema del diagnóstico y tal. ¿Qué pasa? Yo no sé qué intereses hay, qué hacen los procesos farragosos. La renta valenciana, ni te digo, ¿vale? Ni te digo.

GDP1-TS3: Simplificar.

GDP1-TS1: La dependencia... que lo sé, que lo sé. Que no estoy hablando por... ¡Es horrible! O sea, claro... Si todo eso te va restando, ¿cómo vamos a llegar a la fase, que es la nuestra, la intrínseca, la del Trabajo Social, por la que hemos estudiado esta carrera...? Que yo, en concreto, me siento en crisis con esta carrera

porque no es lo que yo estudié, ni es lo que me gustaba ni es por lo que... tal. Entonces, bueno... Pues eso...

#### 6.2.3.5. Herramientas digitales: mejora

Las herramientas informáticas diseñadas adecuadamente permiten agilizar los procedimientos y liberar de tiempo en gestiones al personal profesional. Las actuales herramientas digitales son insuficientes porque no están estandarizadas, no están compartidas con las y los profesionales adecuadamente o no están enlazadas con otros protocolos de registro (interoperabilidad).

GDP7-TS4: El hándicap «administrativos» es importante. Que estamos en un ayuntamiento como el de Alicante, capital de provincia, que todo el tema burocrático no esté digitalizado como en otras administraciones que te piden que sea todo telemático, y aquí todavía estamos a años luz, porque aquí todavía no se hace esa parte, es un hándicap.

\*\*\*

GDP7-TS4: Un espacio compartido.

GDP7-TS5: Se supone que es un espacio compartido, de información.

GDP7-TS2: No, es una carpeta de intranet.

MODGDP7: Una carpeta...

GDP7-PSI: Una carpeta compartida.

(HABLAN A LA VEZ)

GDP7-TS2: Es una carpeta que tú puedes compartir con tu centro, pero luego tienes vetados...

GDP7-TS3: Por unidades... Yo no puedo acceder a menores...

GDP7-TS2: ...porque si yo quiero irme a otro centro a ver... «¿Qué modelo están utilizando ellos, para esto?». No puedes, es solo la información que a ti te dicen.

MODGDP7: Del equipo

GDP7-PSI: Ella dice que no por equipos, solo por unidades.

GDP7-TS2: Por unidades.

GDP7-TS5: Bueno, el formato es tan complicado, que... (INCOMPRESIBLE) porque yo entré al principio y dije «no entro más porque yo aquí me pierdo. Entonces yo necesito otro... ¿soy tonta? Pero yo necesito cosas más sencillas.

GDP7-TS4: Pero se puede estructurar de alguna una manera algo a nivel global, de información general, o guía de recursos... También para los que llegan nuevos...

GDP7-TS1: No es tan complicado...

GDP7-TS5: Yo estuve en unas jornadas hará 4 años, creo que fue, porque fue cuando las otras elecciones. En el que Valencia y Elche tienen un formato...

y Murcia, que yo me quedé alucinada de lo fácil que tenían organizado por recursos todo, estaba... La legislación de... Si quiero una teleasistencia, sé la legislación, sé la solicitud, sé los requisitos y la documentación que le tengo que pedir. Pero así, muy fácil de acceder... No me hagas hacer un recorrido, que tenga que ir a la L y mirar en la carpeta de mayores, en la de no sé qué... y llego al fin del mundo. No, por favor, más sencillito.

GDP7-TS2: Sí, sería tan fácil como poner, por ejemplo, en la intranet, una parte que fuese solo profesionales, por ejemplo, imagínate, «profesionales acción social», que nosotros pudiésemos acceder a toda esa información.

GDP7-TS4: Pero fácil.

GDP7-PSI: Y ordenada...

GDP7-TS2: Pero que estuviese ya ordenada por alguien que se encargue de hacerlo.

GDP7-TS5: ¡Claro!

GDP7-TS2: Va un poco al libre albedrío de cada uno. Si un coordinador o directos de centro le gusta hacer eso, pues le dedica más tiempo y lo tiene más actualizado. Otro puede ser un auténtico desastre y tenerlo todo amontonado y tú te tienes que organizar tus propias carpetas para tener algo creíble.

\*\*\*

GDCR1-PSI: Pues entonces algo está fallando en las aplicaciones informáticas, porque los técnicos están todo el puto día escribiendo. Poniendo datos, registrando, poniendo datos, registrando...

GDCR1-TS3: Yo no comparto eso, yo tengo que decir una cosa...

GDCR1-PSI: Están todo el día... porque además nuestro sistema informático es un sistema que para mí es muy farragoso y no está optimizado.

GDCR1-TS1: Eso es otra cosa.

GDCR1-PSI: Entonces... ¡yo los veo! Están todo el día codificando y todo el día escribiendo...

GDCR1-TS3: Efectivamente... Y lo hacen.

GDCR1-PSI: Entonces algo hay, algo pasa, que no recoge la información crucial que debe recogerse. A lo mejor es el registro de entrevistas y no hay algo que diga «diagnóstico, intervención...», a lo mejor falta algo de eso. Pero vamos, que yo los veo todo el día. Yo creo que precisamente tiene que ver con eso. Es un sistema muy farragoso que no recoge la información de verdad, que recoge lo que haces al día a día, pero no la síntesis del caso. Eso no lo recoge en ningún sitio.

GDCR1-TS1: Eso es a lo que yo me refiero que tiene que estar. Es decir, yo me jubilo mañana y tú sigues mi caso, o casos que yo he llevado y tú leyendo cuatro cosas te tienes que poder situar...

#### 6.2.3.6. Plazos de tramitación y resolución: agilización

Las personas participantes reportan sobre la existencia de diferentes plazos y ritmos de tramitación y de resolución de las diferentes Administraciones públicas, que están fuera del ámbito de responsabilidad profesional y respecto a los cuales no tienen margen de maniobra. Esta situación genera demora en las respuestas a la ciudadanía y menoscaba la calidad de la atención a las personas usuarias. La mejor coordinación interna y entre sistemas, así como disponer de procedimientos simplificados y ágiles, permiten acortar los plazos de resolución.

GDCR1-TS4: Tenemos un índice de conflictividad en los equipos, ¡enorme! Si te han pedido una Renta hace ocho meses, y no sabes nada, y vas al centro y preguntas, y no saben nada...

Mara: Y no saben nada...

GDCR1-TS4: ¿Qué harías?

GDCR1-TS3: Yo, enfadadísima. Me pasa eso... Me enfadaría.

GDCR1-PSI: Por eso digo, que todo esto no serviría de nada si primero no se trabajan ese tipo de cosas. La cercanía al usuario... O sea, todo eso. Acortar tiempos... Todo eso, es que si no... Te va a llegar ya rebotado...

GDCR1-TS2: La organización tiene que poner límites.

\*\*\*

GDP6-TS5: Imaginaros, yo que llevo en mi zona las incapacitaciones \*\*\* (NO SE ENTIENDE), aparte para, para centrar que ya terminas y dices, «menos mal». A lo mejor, he tardado 6 o 8 meses en centrar un tema porque he tenido que pelear con el juzgado para que me den... para que vayan a verlo. Y, además, me dicen a veces que un señor que no tiene conciencia ni voluntad de enfermedad, que vaya él a la clínica forense, pues pelear... llegar a esas peleas, una vez pelea, que vayan y lo vean, hacer ver que verdaderamente necesita un auto, por lo menos, de internamiento para que tú puedas crear un recurso donde él...

### 6.2.4. Gestión de los recursos humanos

#### 6.2.4.1. Plantilla estable y suficiente, tiempo suficiente

Se plantea la necesidad de contar con plantillas estables y contrataciones con una duración apropiada, que cubran las verdaderas necesidades de los equipos. De lo contrario, las intervenciones pueden verse interrumpidas, así como la coordinación interna y externa. Todo genera una atención inadecuada, superficial o precipitada, sin atender a los ritmos que demanda una necesidad de la persona usuaria.

GDP7-TS5: Y bueno, luego otro tema que a lo mejor no es tan técnico, pero el tema de la estabilidad del personal, por dios...

GDP7-TS4: Sí que es verdad...

GDP7-PSI: Sí, es lo que iba a decir yo...

GDP7-TS5: Es que no puede ser que contraten gente en mayo y se nos vayan en diciembre, y luego vuelvan otras y volvamos a empezar, y es que eso es terrible.

GDP7-TS4: Para el usuario y para nosotros.

GDP7-TS5: Es un desgaste, yo estoy cansada, es agotador...

GDP7-PSI: Es una vergüenza, directamente. Que en diciembre tengas que dejar casos olvidados hasta que llegue otra gente, o sea...

GDP7-TS4: Y otra gente, no la misma... Alguna repite...

GDP7-TS5: Es agotador...

GDP7-PSI: Bueno, aunque sea la misma, porque imagínate, ¡6 meses sin atender a la familia! O sea, en menores es una barbaridad. Es una barbaridad.

Desde la perspectiva de las personas participantes, existe falta de personal para atender la creciente demanda de las personas usuarias, debida, entre otras razones, a la incorporación de la tramitación de nuevas prestaciones de derecho/económicas. No obstante, se señala que una mejor organización y coordinación permitiría contrarrestar notablemente la saturación del servicio.

GDP1-TS1: Porque tú puedes meter... a toda la gente que tú quieras. 400.000. (INCOMPENSABLE) y la metes con contrataciones... Pero ahí, ¿a qué le estamos dando respuesta?

GDP1-TS4: A la cantidad.

GDP1-TS1: Ahí está. Ahí está. A la cantidad.

GDP1-TS4: Pura y dura.

\*\*\*

GDP1-PSI: Te lo digo para que lo sepas. O sea... Pero porque hay una desorganización. En cuanto a lo del personal, que dices «llevo oyendo lo de más personal, más personal...». Es que se me ha quedado antes y lo quiero decir...

(...)

GDP1-PSI: Yo ahora mismo, lo digo desde hace muchos años, o sea, no es tan necesario que haya más personal, que lo es. Pero si con el personal que tienes, haces una buena distribución, una buena gestión...

GDP1-TS4: Una gestión de los recursos que tenemos. Una buena gestión de recursos humanos.

GDP1-PSI: Exacto, exacto. Luego ya buscas. Pero... y eso te permite avanzar. En cosas tan básicas...

Disponer de más tiempo para la atención, para el diagnóstico y para la planificación de la intervención es un aspecto sobre el que existe un amplio consenso. El actual contexto requiere de herramientas y procedimientos ágiles dado



el tiempo limitado del que dispone el personal profesional para una atención adecuada. El disponer de una plantilla estable y suficiente contribuye a aumentar el tiempo disponible para realizar el trabajo. La falta de tiempo provoca el desarrollo de intervenciones profesionales directivas, lleva a una atención de baja calidad y a incumplir los procedimientos establecidos, por la carga de gestión que suponen. Otros aspectos relacionados de importancia, como es el seguimiento de objetivos del plan o la implantación de procesos más participativos requieren disponer de más tiempo para ello.

GDP2-TS1: (...) pero, eh... es cuestión de tener más tiempo... para poder atender mejor, y ese diagnóstico poder continuarlo, si es necesario. Luego nosotras en el tema de valoraciones... estamos haciendo la valoración, y ahí el diagnóstico que hacemos es cuando hacemos el informe social del entorno... Q-que ahí sí que explicamos la situación de la persona... Que sí o sí tenemos que hacerlo... Y luego hacemos nuestra valoración técnica. ¿Vale? Para poder, para que ellos puedan acceder a los recursos que recoge... la dependencia, pero... Uhm... El volumen es impresionante, nuestras listas de espera son... de dos años... estamos valorando a una persona desde... hace dos años. Entonces es cuestión de tiempo... de personal... y de tener, en vez de... lo que decía el otro día una compañera, que no solamente tramitemos, tramitemos, sino que podamos intervenir... porque realmente... una intervención... no la hacemos.

#### 6.2.4.2. Cargas de trabajo: limitar y equilibrar

La saturación del servicio y la acumulación de expedientes que conlleva está muy presente en el discurso de las personas participantes. Tiene incidencia directa en la calidad de la atención a las personas usuarias. Así, limita poder realizar diagnósticos adecuados e intervenciones integrales. Es por ello que sistematizar tareas y disponer de herramientas y protocolos ágiles y sencillos, así como mejorar la coordinación interna se presentan como tareas prioritarias en actual contexto de colapso del servicio. No menos importante, se ha de equilibrar las cargas de trabajo entre profesionales, a tenor de lo que han manifestado.

GDP7-TS3: (...) Lo digo cara a los tiempos, porque las entrevistas nuestras están como muy encorsetadas, porque ahora mismo la necesidad es la atención, la atención... Y «sota, caballo y rey», es decir... y vas con una presión de carga asistencial increíble. Entonces claro, si quieres hacer... dedicarle el tiempo que está acotado y «abres la caja de Pandora» diciéndole «qué momento vital tienes», claro, la persona necesita un tiempo, por lo menos de expresarte, y ahí cuando hablas de emociones, no le puedes decir: «mire, lo siento mucho, le acabo de abrir un tema y ahora mismo se lo tengo que cortar, sé que está en la calle, sé que en estos momentos su situación es tal, pero...». Lo cortas porque ahora mismo la situación es que hay que sacar rentas y tenemos un proceso de adaptación de una nueva demanda que es un... pues eso como un «tsunami», o llamémosle como queramos, la realidad que tenemos.

\*\*\*

GDP7-TS2: ¿Por qué? ¿Por la ratio de casos que llevamos cada profesional? A veces sí, la mayoría de las veces, yo creo que en nuestro caso... o en este ayuntamiento, nos pasa, por lo menos 6 meses al año (RIE).

GDP7-TS4: Sí, exacto.

GDP7-TS4: No sé... Yo creo que mucho va a depender de eso. Si tuvieses muchas menos atenciones, o muchas menos citas o mucho menos... pues en vez de un día para hacer tú lo que consideras que debes hacer, más urgente, te podrías poner 2 o 3 días para hacer ese acompañamiento. ¡No lo sé!

GDP7-TS4: Sí, que la realidad es la que es. En fin, que sí, que hay reivindicar y pedir, pero si esa es nuestra realidad...

GDP7-TS2: Es nuestra realidad, ¡pero no quiere decir que no sea modificable...!

GDP7-TS3: Exacto... Yo creo que hay que hablar.

GDP7-TS2: ¡Es que es una pena!

GDP7-TS4: Sí, si coincidimos todos.

GDP7-TS2: Me parece muy triste que nos tengamos que limitar a estar uno, otro, otro...

GDP7-TS4: A saco...

GDP7-TS2: Mecanizando todo. No, la intervención, cuando la estudiamos en la carrera o cuando lo hemos estudiado después... Y lo que nos gustaría hacer no es eso, pienso yo, porque nos sentimos súper a gusto cuando podemos trabajar un caso bien, ¿no?

(HABLAN A LA VEZ)

(SIN IDENTIFICAR): Claro.

(SIN IDENTIFICAR): Claro.

GDP7-TS2: A mí me produce una satisfacción...

GDP7-TS5: Cuando puedes personalizar el caso, el tema es que aquí no personalizamos, lo casos...

GDP7-TS4: Exacto, exacto. La herramienta no queremos personalizarla, queremos generalizarla.

#### 6.2.4.3. Atribución de funciones profesionales: propias *versus* impropias

A menudo el personal profesional desempeña funciones que no corresponden con su perfil, especialmente los/as trabajadores/as sociales. Como se menciona en otros apartados, el personal profesional afirma dedicar buena parte de su tiempo a gestiones y labores de naturaleza administrativa. Una de las principales causas señaladas es la ausencia de directrices claras, y entre las consecuencias que la realización de este tipo de tareas impropias están el malestar profesional, la indisciplina y la desconfianza hacia el personal directivo (jefes/as y coordinadores/as).

GDP1-PSI: Nosotros, por ejemplo, en menores, está clarísimo. Y se lo pasan por el forro. Es más... es un doble mensaje, es una incoherencia. Yo al jefe le he dicho «es que a lo mejor estoy haciendo algo que no debo de hacer», «efectivamente, estás haciendo más de lo que debes de hacer». Pero claro, luego, sí que hay un segundo nivel, como dices tú. Hay otro equipo, que se supone que es el especializado y demás. Especializado, al que tienes que derivar, y son todas las pegas del mundo. O sea... prefiero hacer 10 diagnósticos por escrito, a hacer la sábana de derivación al EIIA (¿?), por ejemplo. Porque todos son pegas, todos son obstáculos para que podamos derivar. Entonces, al final, te lo comes tú y dices «pues lo hago yo», porque...

\*\*\*

GDP1-PSI: (...) Pero en todos esos procesos, aparte de simplificarlos, es que hay un montón de faena que no corresponde al técnico.

GDP1-TS2: Que no es nuestra, ¡que no es nuestra!

GDP1-PSI: Que es de auxiliar administrativo.

GDP1-ES: Volviendo a los 90...

GDP1-PSI: Ahí está la responsabilidad del profesional.

GDP1-TS2: Claro, entonces estás valorando la otra parte.

GDP1-PSI: O sea, a ti te pueden pedir que bailes una jota, que lo dicho yo antes... O sea, el profesional tiene que empezar a limitar y decir «mira, esto no es mío».

GDP1-TS2: Si, total.

GDP1-PSI: ¡Y no lo hago! Y no pasa nada. Y... sí que pasa, porque al final el jefe te dice «lo haces porque lo digo yo». Eso me ha pasado mí, con los listados de Lola ¿no? Pero por lo menos ir marcándolo y diciendo «esto no me toca». O sea, de toda la labor que estoy haciendo, del tiempo que dedico... Las ocho horas de trabajo, o las siete, «tantas las dedico a auxiliar administrativo. Soy auxiliar administrativo. Me pagáis por una hora tanto dinero...».

#### 6.2.4.4. Composición de los equipos: multidisciplinariedad y perfiles para tareas administrativas

Respecto a la composición de los equipos, por un lado, las personas participantes consideran necesario disponer de equipos multidisciplinares para lograr intervenciones integrales, desde la perspectiva individual, familiar y comunitaria. Además de aportar valor a la intervención y mejorar la calidad del servicio, genera satisfacción en el personal profesional.

GDP6-PSI: En, en mi caso el diagnóstico, desde mi punto de vista, es importante que sea un diagnóstico eh relacional, para mí eso es fundamental, pero intentando pensar en el, en el diagnóstico más general en Servicios Sociales, hay algunas cosas, por ejemplo: eh como modelo, y puedo estar súper equivocado eh, pero es desde dónde yo estoy, eh el tema de la hiper-especialización a mí me parece un problema (ASIENTEN). Y entiendo que los servicios de base, deberían

ser servicios de base, deberían ser transversales, deberían ser de equipo, deberían ser multiprofesionales y tal... ¿no?

\*\*\*

GDP3-T3: Luego, otra cosa, habéis dicho aquí que nada más hay que tratar el nivel individual y familiar. Yo creo que hay que incluir el comunitario, porque somos un continuo. Y sin ellos, perdemos muchísima fuerza. Estamos, demasiado divididos. Y tenemos que recordar, cuando nos hemos presentado todos, que hemos dicho, soy del Equipo Social 1, no, somos del Equipo Social de Zona 1, Equipo Social de Zona 2... somos Equipos sociales, pero, no sé por qué, esa dinámica... Se ha perdido. Entonces, yo la intervención siempre la veo, como un continuo, que va a acabar en la red, que se ha preparado la gente para trabajar en la red. Tengo mucha envidia de cómo trabaja familia, porque son los únicos que han podido hacer... una estructura un poco más... más amplia de intervención, que no tenemos nosotros.

Por otro lado, se considera imprescindible que los equipos incorporen personal suficiente para la realización de tareas administrativas relacionadas con la tramitación y la gestión, lo que permitiría al personal profesional centrarse en la elaboración de diagnósticos y planes de intervención adecuados.

GDP7-TS1: Distribuirlo en otros profesionales como TAS y TIS. Que no todo caiga en el trabajador social.

GDP7-TS5: Sí, evidentemente.

\*\*\*

GDP7-TS1: Yo creo también que está todo centralizado en el trabajador social, que es el pilar de los Servicios Sociales, y me parece que hay más técnicos o personal preparado para... Eso que se habla del equipo interdisciplinar, ¿no? pues para por ejemplo hacer filtros, en vez de que el trabajador social tenga que llamar aquí y hacer esto, mirar lo otro, si va a la UCCA, si no, la coordinación con salud mental, porque no sé qué... Pues a lo mejor un técnico de acción social o quien sea, que haga esos filtros, ¿no?, y que nos dediquemos verdaderamente a lo que es el Trabajo Social, que es hacer ese diagnóstico y ese plan de intervención, pero a veces te pierdes, nos perdemos.

\*\*\*

GDP3-ES: (...) No me cuentes más porque es que no voy a llegar a poder atenderte, no voy a poder sentarme a hacer un diagnóstico y una planificación contigo como se merece la pena, porque tengo, un capazo aquí de trabajo administrativo... Y en vez de trabajar a más técnicos, que es una pena el salario nuestro, de contratar tanto técnico para hacer trabajo administrativo... Pues merece la pena que se emplee a más personal administrativo para que tú puedas hacer trabajo técnico, creo yo.

#### 6.2.4.5. Horarios de trabajo: adaptados a necesidades y reconocidos

Las personas participantes reportan que se han de adecuar los horarios de trabajo a las funciones que desempeña las diferentes figuras profesionales y

a las necesidades y a las demandas de la población con la que se trabaja, y además deberían estar reconocidos mediante complementos específicos en las retribuciones. Esta cuestión está especialmente manifestada al considerar el trabajo comunitario y el acompañamiento a las familias.

GDCR2-TS2: (...) Complementos, también, a los trabajadores. Si queremos que... Que ahora hay cuatro unidades en los equipos. Está también la unidad de comunitaria. Si queremos que se trabaje juntos, ¡pues a lo mejor tiene que haber más flexibilidad horaria! Quiero decir, ¿por qué a un trabajador que trabaja de ocho a tres, le tienes que pedir que vaya a conocer el centro socio educativo, o a conocer a los chavales que ha derivado allí? O a conocer la actividad que se hace en el barrio en carnaval... ¿Por voluntariedad? ¿Porque luego se va a compensar unas horas?

GDCR2-TS3: Claro.

GDCR2-ES: Claro.

GDCR2-TS2: Y a lo mejor resulta que la fiesta es un sábado o un domingo. ¿Me va a compensar a mí unas horas de un sábado o un domingo...? Entre semana, luego, «compensadme...». Pues a lo mejor tiene que haber más gente que tenga flexibilidad horaria.

GDCR2-ES: Deberían tener integrado...

GDCR2-TS2: O un complemento por atención al público. Que no sé si hay otras concejalías en las que no hay. Pero a lo mejor las personas que estén en esa primera línea, con esa presión asistencial tan grande que tenemos, que tengan que hacer además atenciones rápidas y tal... Pues a lo mejor también tienen que cobrar un complemento, ¿no se! Es que... ¡La gratificación económica es la que más clara de todo el mundo! Tiene que haber otros también, ¿eh? Por eso he dicho lo de la devolución y la evaluación, porque me parece que esa es también una manera de devolverle al trabajador lo que ha hecho bien.

GDCR2-ES: Claro.

GDCR2-TS2: Pero la económica lo entiende todo el mundo rápidamente. Y nosotros, en la concejalía, hemos tendido al revés, a perder un montón de complementos económicos. Un montón. Y un montón de personal.

#### 6.2.4.6. Objetivos laborales: flexibles, realistas, compartidos y cualitativos

La imposición de objetivos laborales que están basados en criterios cuantitativos son considerados inadecuados porque no dan muestra de las tareas que realiza el personal profesional ni de la calidad en la atención a las personas usuarias. Se interrogan sobre la posibilidad de tener unos objetivos flexibles, realistas y compartidos por todas las unidades, con umbrales de logro mínimos y máximos. Ello se traduciría en una mayor satisfacción en las y los profesionales como consecuencia de contemplar una atención a usuarios basada en cualidades, y no sólo en cantidad de expedientes, número de entrevistas realizadas, prestaciones tramitadas, etc.

GDP3-TS4: ... ¿Vale? Y tienen que haber unos mínimos. Porque yo creo... que, los mínimos los tenemos que tener. Luego hablaremos ya de los máximos... Pero yo, en la coyuntura que estaba, a mí me sirvió, ver mucho... que me dijera... cuántos tenía que ver cada semana. Porque es que yo, mi agenda estaba... Caótica. Yo me apuntaba todo lo que venía. Las rentas, pues aquí, punto. ¿Un hueco? Puse aquí me lo apunto. Y luego... evidentemente. Tampoco nos pueden... de alguna manera, tasar tanto las intervenciones, porque ver 5 rentas en una mañana te vuelves loco. Yo, me pondré... 3 seguimientos y 2 rentas, y otro día me pongo 3 rentas y 2 seguimientos... Y compenso lo que tenga que hacer a la semana. No nos pueden... Uhm, tasar tanto las intervenciones.

\*\*\*

GDP3-TS1: (...) Pero con estos mínimos, además... porque tengo que decirte tus mínimos, porque la gente se nos olvidan los mínimos, eh... y como se nos olvidan... se nos olvidan los casos. Y ahí es sencillamente... un encuadre, en el cual podréis decir... Bueno pues, yo sé que he hecho una entrevista diagnóstica y me lo he dejado ahí, muerto de risa porque no había situación de riesgo... Y... de momento pues llevo un caso más, pero no lo estoy llevando. Porque me han entrado 7 más. Entonces para eso... hay que tener unos mínimos como tú dices y unos máximos.

GDP3-TS4: Tienen que haber unos mínimos y unos máximos. Y dentro de los mínimos y lo máximos, también hay que discriminar, cuántos puedo llevar en intervención, cuántos puedo llevar en seguimiento... quiero decir, hay que trabajar eso... y dentro de los que podemos llevar, cuántos puedo llevar en intervención, cuántos puedo llevar en seguimiento... Es que ahora... todo... es un batiburrillo. Entonces, es cuestión un poco de ordenar las intervenciones...

#### 6.2.4.7. Evaluación del trabajo: sistemática y con consecuencias basadas en resultados

Las personas participantes demandan protocolos de evaluación y seguimiento de su labor y de los procesos en general. Si bien, como se ha visto en anteriores apartados, instan a que no realicen bajo criterios únicamente cuantitativos y a que se realicen con cierta flexibilidad (intervalo de máximos-mínimos de cumplimiento de objetivos). También a que se realice una devolución de la evaluación y que ésta vaya acompañada de un sistema de incentivos.

GDCR2-TS1: Pero la solución no es que «yo, porque soy más trabajadora, me den luego un premio». La solución es que a ella le den un castigo, en todo caso.

GDCR2-ES: Claro, que a ella no se lo den. Claro.

\*\*\*

GDCR2-ES: Ya, pero bueno, porque si hubiera un sistema que premiara a las personas... claro... Una evaluación seria, y que haga... «la carga de tareas que este tiene son estas, hacer estos diagnósticos, hacer estas intervenciones, estos planes... y estos casos», lo que sea, pues bueno, eso se evalúa. Y aquí no. Y aquí

lo que pasa es que a todo el mundo nos pagan la misma productividad, hagas más o hagas menos. Porque nadie te está evaluando...

GDCR2-TS3: Pues sí.

GDCR2-TS1: Ya, pero yo creo que aquí también está el papel vuestro, que es muy chungo (RÍE). Es el mal, para mi gusto. Y lo digo también con conocimiento de causa. Pero eso os corresponde vosotros, a los coordinadores de los equipos, controlar que haya equilibrio.

GDCR2-ES: No existen herramientas para eso.

\*\*\*

GDCR2-TS2: Luego, una devolución. Una evaluación al final. Ha habido procesos que se han empezado y no sé ha hecho ninguna evaluación. Los trabajadores también se quedan como... no sé...

GDCR2-TS4: No se les devuelve el esfuerzo que han hecho.

GDCR2-TS2: Se sienten utilizados, ¿para qué? Y no saben para qué han colaborado en eso. Una evaluación al final sería. Sido bien, ha ido bien, se ido mal, ha ido mal. Qué parte de responsabilidad ha tenido cada uno... No sé...

#### 6.2.4.8. Promoción de la cooperación y el apoyo mutuo

Se destaca la importancia de la promoción del compañerismo entre profesionales y de la labor motivacional de la organización. La falta de compañerismo puede generar conflictividad en los equipos o entre unidades/centros. Se ha señalado que indefinición de las competencias de los SSAP o los diferentes criterios de trabajo de los diferentes centros pueden generar esas fricciones entre compañeros/as.

GDCR1-TS4: Y después, hay que tratar de estimular más cercanía.

GDCR1-TS1: Sí.

GDCR1-TS4: La decisión... Hay que estimular cercanía. Cercanía con la gente que está en los equipos y con los que toman las decisiones. Hay que estar más cercanos.

GDCR1-TS2: Claro.

GDCR1-TS3: Trabajar más conjuntamente. Y hacer diagnósticos comunes. Porque yo veo una cosa desde donde estoy, pero si no lo veo como lo ve la otra, la otra... ¡Y somos todos partes de lo mismo! O compartimos lo que tenemos todos, y nos acercamos, o va a ser muy difícil.

GDCR1-TS4: Sí, sí.

#### 6.2.4.9. Estrategias de cuidado profesional: supervisión-formación-rotación

Se plantea que, como parte de su política de gestión de los recursos humanos, la organización debe planificar y desarrollar estrategias para cuidar a su

principal activo: el personal profesional. Las principales estrategias de apoyo identificadas por las personas participantes son las siguientes:

- Supervisión de casos y supervisión profesional. La supervisión, de casos y profesional, en equipo o por personal externo es concebida como una estrategia de cuidado profesional que presta apoyo al personal profesional y permite, si fuera necesario, abordar las implicaciones personales en la actividad laboral.

GDP4-TS2: Vale, pero eso pasa también porque no tenemos espacio ni tenemos supervisión.

GDP4-TS4: Efectivamente...

\*\*\*

GDP6-PSI: (...) Que pidamos, además, supervisión (VOZ DE FONDO: supervisión de casos) que creo que, que es muy importante.

\*\*\*

GDP7-TS4: Porque los cursos que hicimos de supervisión de casos, que hemos hecho, recientemente también... te pone en evidencia que tu situación personal, porque somos personas, a veces te bloquee a la hora de hacer tu labor profesional. Entonces, eso casi que debería estar... Tener nosotros el comodín de tener que ir a supervisión porque me he bloqueado aquí, porque esto... Tener un sitio en el que poder disociarnos.

GDP7-TS1: Eso está muy bien...

GDP7-PSI: Como un espacio de... Sería de... cuidar a los profesionales.

GDP7-TS4: Un espacio. Exacto.

GDP7-PSI: Luego, también, tomarte el pulso, quieres decir. El termómetro de...

GDP7-TS4: Una supervisión. Es que eso, técnica ya está también dentro de... y no la tenemos como ayuntamiento, y somos muchos... y tenemos entidad como para poder exigir ese recurso de manera permanente...

- Formación profesional: continua e incentivada. La formación y el reciclaje son otras de las cuestiones que han emergido con impulso durante las sesiones grupales. Ambas se consideran de importancia de cara a establecer unos procedimientos de actuación compartidos y un lenguaje común. Se preguntan sobre los medios disponibles para el reciclaje, así como para la formación del personal profesional novel que se incorpora a la organización.

GDCR1-TS1: (...) Si es que creo que la formación continuada que es algo imprescindible, porque es lo que nos va a dar un lenguaje común y el podemos comunicar, porque hay veces en las que lo que dice un técnico de un centro y lo que dice otro, son lenguajes diferentes. Uno va más en la línea sistémica, el otro va más en la línea no sé qué... ¡No sé encuentran! Entonces, bueno, que cada



uno tenga la formación que quiera, pero determinadas formaciones conjuntas que creo que es necesario y que hace falta.

- Rotación de puestos: necesaria y voluntaria. Para las personas participantes, la rotación voluntaria de profesionales en diferentes funciones o unidades es positiva para el aprendizaje y la motivación laboral. En este sentido, manifiestan que la hiperespecialización limita la movilidad funcional de profesionales. Desde su punto de vista, esta movilidad funcional ha de estar planificada, ha de realizarse de manera voluntaria y teniendo en cuenta unos protocolos para evitar una merma en los equipos consolidados como consecuencia de un cambio en su composición.

GDP5-EF: Formaría parte de la, de la... De la exigencia de la formación, es que forma parte de tu formación, estar en otro puesto, adaptarte a... pues incluso a un nuevo equipo a...es que cambia, la figura de la educadora familiar, que pasa por todos los centros, pues también tiene la posibilidad de ver que, se trabaja diferente en todos los, los sitios, ¿no?. Entonces bueno, yo creo que forma parte de esa formación, no solo los cursos, si no aprender de otro nivel, de otra zona... (VOZ DE FONDO: De otra zona), es enriquecedor y es verdad que nos pasa a todos, los cambios...cuando estás a gusto... ¿no?...

(SIN IDENTIFICAR): Pero no tienen que ser cambios obligados.

GDP5-EF: No, pero es que a veces tú no lo ves, porque estás cómodo, y alguien tiene que venir y decirte «lo siento, exacto, estás muy cómoda, pero te vendría muy bien» y tú no lo ves, pero...a mí me ha pasado, ¿no?, y entonces cuando cambias dices: «jo, qué bien» porque yo solo tenía la visión de (UN BARRIO DE LA CIUDAD) y me parecía que esto era el mundo, y resulta que sales de ahí y esto no es el mundo, ¿no?, hay otras cosas. Entonces, no me apetecía, me enfadé y en fin, pero luego lo agradezco. Igual que ser 2 educadoras familiares, pues dices: «pues no me parece» pero también encuentro muchas ventajas a la centralización, le he encontrado muchas ventajas, entonces bueno, pues eso a veces somos resistentes porque estamos muy cómodos, pero alguien, la, la, los jefes, no la organización porque creo que somos todos, pero los que piensan, pues al final también les toca ese papel de... (VOZ DE FONDO: De tomar decisiones...) pues no es gustoso decirle a la compañera «te vas», si no quiere irse, pero es que si tú, que tienes la visión global, estás viendo que es necesario, pues hay que hacerlo, pero claro, eso también tiene que compensarse con el cuidado, el mimo...no tiene que ser: «pim, tú aquí, tú aquí... porque lo digo yo», no... no...

(SIN IDENTIFICAR): Un plan de trabajo.

GDP5-TS4: Mira, iba a decir lo mismo. A fin de cuentas, también tendrían que hacer con nosotros un diagnóstico y un plan de intervención, verbalizar, objetivamente todo lo que estás diciendo tú: «si vas a estar aquí, vas a, tus funciones van a ser estas..., con tus objetivos, tus actividades...», pero, que sepas que hay un tiempo, se calendariza, tienes que rotar... ya lo tienes claro, dices «vale, pues fenomenal». Y es todo un aprendizaje y una madurez a nivel profesional, eso sí.

\*\*\*

GDCR2-TS2: Claro, y con las valoraciones de riesgo y tal. Pues tener en cuenta todo eso. Pero que se adapte lo más... O sea, que se intente... ser lo más parecido y que no haya... ni agravios, ni que haya tanta especialización... Que cuando alguien decide cambiar de unidad, ¡está como en blanco! Es como que empieza...

\*\*\*

GDP3-TS3: Una, una cosa que quería... haber dicho, haber dicho en el, antes de que dijese la reflexión, es que, tenemos algo, es que consi-... que, tiene que ver también con la responsabilidad, y tiene que ver con nuestras ganas y demás, y creo que... cada cierto tiempo tenemos que variar, variar de, de zona... de ámbito y demás.

(MURMURAN Y ASIENTEN)

GDP3-TS5: Es muy importante la rotación de los profesionales, eh.

GDP3-TS3: La rotación, porque nos sirve para dos cosas, para saber que hemos estado un tiempo mínimo, con lo cual vamos a darlo a tope... a tope allí. Y cuando cambias, empiezas otra vez con el chip nuevo. Entonces eso también, parte de nuestras responsabilidades y, y nuestras ganas. Y la gente tampoco se acostumbra a... A nosotros. Cualquiera nos conoce mejor...

(MURMURAN)

GDP3-TS5: Y de-... y debería estar institucionalizada y regularizada en el ayuntamiento.

MODGDP3: Pero de rotación... ¿Horizontal o vertical? O las dos.

GDP3-TS5: Todas.

GDP3-TS2: De todo, ya puestos...

GDP3-TS3: De todo, de todo... de todo un poco.

GDP3-TS4: Sí porque re...,refresca.

## 6.2.5. Otros recursos

### 6.2.5.1. Recursos materiales: aumento

La falta general de recursos materiales, físicos y económicos se percibe como un impedimento para ofrecer un servicio de calidad, que responda a las necesidades de la población. Este aspecto también incide en el bienestar profesional. Además, se sugiere que la apuesta de la organización por la mejora, incorporando más medios materiales, se traduciría en un mayor compromiso profesional.

GDCR1-TS1: Es que mira, un ejemplo tonto... Bueno, no tonto. Se monta un equipo de acogimientos, y no tengo espacios de atención.

GDCR1-TS2: ¿Y no tienes qué?

GDCR1-TS3: Espacios.

GDCR1-TS1: Han estado sin mesa. Espacios de atención. No tienen ni uno solo... Están las cuatro mesas así, juntas. ¡No cabe nadie allí! ¡No se puede atender al público! En todo el edificio hay un sitio para atender. Y se tendrán que ir a cada centro social a... No ya en la derivación, que toca ir, sino en la atención a esas personas. Por ejemplo, una pérdida de tiempo, una pérdida de energía, una pérdida de eficacia y de rentabilidad del equipo... ¡Un desastre! Entonces, hay a veces...

GDCR1-PSI: Por no hablar de que cuando esté en marcha, se van a ir.

\*\*\*

GDP6-TS4: (...) Lo que dice él, más fácil los protocolos, más fácil la coordinación, más fácil al compañero, más fácil la unidad administrativa... Mira, el hecho sintomático de que haya una impresora en un centro social donde desde la impresora hay que escanear toda la documentación... (SE SOLAPAN VOCES) Hay una cola en la impresora... ¡Cola!, pero, ¿estamos todos locos? Cola, hay cola en la impresora y en los chinos que tenemos en frente, porque no hay carpetas, no hay bolis... Son cosas que dices: «pero, ¿por qué pasa esto?, por qué... ¿cómo puede estar pasándonos esto?». Tú sabes el trabajo de cuatro profesionales en cola, así...para escanear. Oiga, pues no puede ser, ¿tendrá que haber un escáner en cada unidad si hay que escanearlo todo?, ¿tendrá que haber un administrativo? (VOZ DE FONDO: facilitar) Facilitarme las cosas para que pueda hacer...

GDP6-TS1: «¿Cómo te gustaría que te lo dieran a ti?, pues dámelo tú así».

GDP6-TS4: Efectivamente, «no me pongas más trabas, más instrucciones, más protocolos arriba...», házmelo fácil.

#### 6.2.5.2. Recursos de derivación: materiales e inmateriales

Aunque no todos se ubican en el ámbito de control de la organización de SSAP, es extendida la idea de que faltan recursos para realizar derivaciones (institucionales, formativos, etc.), a considerar en la planificación de la intervención. Esta situación está relacionada con «trabajar en base a recursos» y compromete la posibilidad de realizar un diagnóstico y una planificación que atienda a las verdaderas necesidades de las personas usuarias, provocando en ocasiones la resolución precipitada de expedientes. También limita la participación de las personas usuarias y su libre elección.

GDP2-TS5: (...) Por poner un ejemplo claro... no sé... Una familia que se queda en la calle, la madre con el niño, y yo digo «ah mira qué bien, esto necesita una materno». Porque ahí tú ves todos los indicadores (INDESCIFRABLE), Y dices... «recurso ideal...» Y luego te vas al recurso ideal y te dicen... «No hay plaza» (ALGUIEN REPITE LA FRASE). «Ah, ¿qué no hay plaza? Ah pues es igual, hago el informe... y ya me dirás que no hay plaza». Pero no hay, mientras tanto tienes que generar... si buscas un amigo... si buscas una amiga... si hay una vivienda tutelada... si estás... en no sé qué... una ayuda pa pagarle una pensión... Y dices tú «bueno claro, que genera un...» digo, pero todo eso es...

Tapar, tapar, tapar...» Porque lo que necesita esa familia en ese momento... no está. Y no existe... Entonces a lo mejor no es que no tengas tú el diagnóstico, lo tienes claro, pero es como si te duele la cabeza y te dicen «¿no te duele también el pie? Vamos a ir a hacerte algo en el pie... mientras... «

\*\*\*

GDP6-TS2: Pero es que a veces no se puede cubrir eso... a veces no se puede cubrir una necesidad de vivienda. Yo no puedo avanzar en las relaciones familiares si no se cubre esa necesidad de vivienda. (VOZ DE FONDO: Por supuesto). Yo no puedo avanzar en un tratamiento para una persona que tiene adicciones que está tirado en la calle. Porque tengo que trabajar desde un alojamiento digno, y empezar desde ahí. Entonces ahí es donde está la dificultad... Diagnóstico sí, la herramienta sí, pero, mmm, se va a quedar...

## 6.3. El contexto: las profesiones

### 6.3.1. Malestar profesional

Las personas participantes expresan su malestar actual y señalan algunos de los motivos. Uno de los principales señalados y con mayor incidencia en el resto es la indefinición de modelo de atención. Pero hay otras fuentes de malestar de naturaleza diversa:

- Papeleo, burocracia.
- Acumulación de expedientes.
- Atención inadecuada.
- Confusión en funciones de los/as profesionales.
- Demasiadas responsabilidades.
- Descoordinación entre sistemas.
- Falta de recursos a los que derivar.
- Indefinición de competencias de los SSAP/SS.
- Indefinición de estrategia calidad/cantidad.
- No cumplimiento de expectativas de profesionales sobre un programa novedoso.
- No poder hacer acompañamientos, intervenciones más personalizadas.
- Profesionales como «salvadores» o como «controladores».
- Imposibilidad de trabajar desde la calidad en el contexto actual.

GDP1-TS1: Yo no voy a estar en la cantidad porque quiera. Ojo, que a lo mejor sí que hay un momento de mi vida en que diga «mira, voy a estar en la cantidad un rato, que también viene bien». Hay que estar en todo, porque damos respuesta... como decía Mercedes, damos respuesta a más de lo que deberíamos. Porque está todo tan mezclado... Allí no paramos. Es una sensación de no parar, es intentar buscar diagnósticos como se puede, muchos casos... Tú que (INCOMPENSIBLE) de más de cerca, está claro, tienes otro tipo de relación, está claro... Tienes más conexión con toda la colonia Requena, está

claro. Nosotros, mientras nos digan que tenemos que estar en la cantidad, pues intentaremos estar en la cantidad con perspectiva técnica, intentando tratar a cada persona, aunque sea la octava que ves o la novena que ves, un jueves o un viernes, como la primera persona que acaba de llegar. Y esa es nuestra línea. La gente que estaba allí, sabe que sí. Porque si no estaríamos todos... no sé. Yo, en la playa paseándome, porque para el estrés laboral, dicen que es lo mejor. Pasear por la playa (RIE). Entonces... intentar... Entiendo que esto es intentar buscar un consenso en todas esas cosas. Pero también, mientras que a la cantidad no se ponga un filtro, u otra manera de trabajar, no se va a solucionar todo metiendo más gente la plantilla. No va a ser una respuesta.

La auto-organización como alternativa, poder realizar intervenciones integrales y multidisciplinarias, o la rotación voluntaria de profesionales espacial/funcional, limitan el citado malestar de las y los profesionales.

### **6.3.2. Autopercepción del Trabajo Social: tramitador de recursos o el «síndrome del cajero»**

(...) hablamos en términos de diagnóstico y... y yo al menos, uhm vengo «intoxicado» por lo clínico, en el diagnóstico, o sea, (...) cuando está tan determinado, el acontecimiento traumático o patológico, y entonces el diagnóstico pues eh... tiene que ver con, con lo clínico. Sin embargo, trasladar eso al diagnóstico social, significa que se acaba de abrir una, variedad, no sólo de personas y situaciones, sino de contextos en los que se descubre una necesidad, e incluso cuestionarnos si, el descubrimiento de la necesidad, tiene algo que ver con la expectativa de la demanda, nuestros usuarios tienen expectativas en sus demandas, y ahí puede entrar lo de «me ven como un cajero». (ASIENTEN). GDP5-PSI

Entonces, yo creo que también es importante cómo se terminan las etapas, si se pueden cuidar las etapas de intervención, dejando abiertas cosas, dejando la posibilidad de que no seamos percibidos exclusivamente como «cajeros» o como «perseguidores», que también somos puertas abiertas «para», y, y, pero ahí hay que ser consecuentes, tenemos que ser puerta abierta, porque si después cuando llega el tema les dices: (VOZ DE FONDO: Te cierras) «ya tengo tu caso cerrado, vuelve a la puerta de entrada» entonces uhm no has sido consecuente con el, con el mensaje de: «si te ocurre algo ven, cuéntalo». GDP5-PSI

Vinculada a la excesiva labor administrativa (más asociada a la fase de diagnóstico), se sitúa la percepción del personal profesional de ser mero tramitador de recursos, sin realizar verdaderos diagnósticos o planes de intervención adecuados, sin atender a las necesidades reales de las personas usuarias. Se señala que han contribuido a acentuar este fenómeno, por un lado, el incremento de las competencias de los SSAP derivadas de la creación de nuevas prestaciones económicas de derecho, y, por otro lado, el incremento de la demanda de personas usuarias, como consecuencia de años de crisis económica.

GDCR2-TS2: La realidad que tenemos es que ahora mismo... el mayor volumen de personas que acuden a los Servicios Sociales vienen solicitando prestaciones de derecho. ¡Y hay que darles... hay que hacer esa gestión! Porque la renta les corresponde... o por lo menos hay que valorar si les corresponde, la valoración de dependencia les corresponde... y eso... Quiero decir, que no llegamos... Ahora estamos hablando del diagnóstico porque... porque tenemos que hablar de diagnóstico (RIE). Pero que no nos podemos olvidar de cuál es la realidad.

GDCR2-ES: Es que eso, ya, nos colapsa.

GDCR2-TS2: ¡Es que eso nos colapsa! Es que eso nos colapsa. Y son prestaciones de derecho. Y quizá, ¡eso es lo que debería de estar fuera de los equipos!

GDCR2-TS1: Yo lo tengo claro.

GDCR2-TS2: Y los equipos dedicarse a trabajar lo relacional, la convivencia, la redes... 8

GDCR2-ES: Las potencialidades de las personas...

GDCR2-TS2: ¡Pero nos colapsa!

GDCR2-TS3: Los grupos...

GDCR2-TS2: ¡Y son prestaciones por derecho! Que ya no es como antes que...

GDCR2-PSI: Lo que es triste... son trabajadores sociales delante de un ordenador gestionando todo el rato.

GDCR2-TS3: Tramitadoras.

GDCR2-TS2: Sin poder valorar. No se puede diagnosticar si no se puede valorar. Y no se puede valorar. Porque ella, que ha estado en inclusión hasta hace cuatro días, sabe que para valorar... (para hacer una renta... Porque parece que la hagamos nosotros...). Para hacer una renta, atiende a la familia y poco más. Poco más. Ya en esa cita le pides la documentación y a la otra tal... porque no hay para más. Nosotros en menores hemos visto como antes nos metíamos bastante en los casos que nos derivaban las compañeras que estaban en ese primer nivel, que ahora sería la unidad de inclusión. Hace ya muchos años que no nos derivan nada, desde que entró la renta, es raro el caso que nos llega a nosotros desde la unidad de inclusión. Porque es que ni miran, ni miran.

GDCR2-TS3: Claro, tramitan y ya está.

GDCR2-TS2: Entonces, ¿cómo se va diagnosticar si no se puede valorar? Si se tramita una PEI, pues te crees lo que te dije porque no tienes para más. Ni visita domiciliaria, salvo raras excepciones, ni tal... porque es que no tienes tiempo para salir.

### 6.3.3. Necesidad de lenguaje común

Las personas participantes señalan la necesidad de disponer de un lenguaje común entre profesionales procedentes de diferentes disciplinas, pues facilita la coordinación y cooperación entre profesionales y requiere de una labor previa de formación y reciclaje.

GDP6-PSI: yo creo que una gramática común puede haber, en el fondo de esa estructura de que haya, de que estén recogidos temas de salud, temas de vivienda, temas de tal... porque, y que además sea, antes metáis lo de dinámico, quiero decir, que, que la gente no se haga el, la misma foto 8 veces a lo largo de 8 años, con 8 profesionales distintos (ASIENTEN), sino que esa herramienta también... los Word que manejamos que llegan a las 125 páginas eh, y tal..., pues no son útiles, cuando a cada uno nos llega, venga me voy a poner a leer desde la primera vez que llegó. (VOZ DE FONDO: Claro, ¿qué hacemos?) Entonces, no sé hay que encontrar una... hablando de lenguaje común, quiero decir de vocabulario, además una sintaxis común, ¿no? Eso me parece...

\*\*\*

GDCR1-TS1: (...) Si es que creo que la formación continuada que es algo imprescindible, porque es lo que nos va a dar un lenguaje común y el podernos comunicar, porque hay veces en las que lo que dice un técnico de un centro y lo que dice otro, son lenguajes diferentes. Uno va más en la línea sistémica, el otro va más en la línea no sé qué... ¡No sé encuentran! Entonces, bueno, que cada uno tenga la formación que quiera, pero determinadas formaciones conjuntas que creo que es necesario y que hace falta.

#### 6.3.4. Intervención directiva: a reducir

Asimismo, las personas participantes afirman que la falta de tiempo y de recursos a los que derivar provoca que el personal profesional se comporte de manera directiva para «solucionar» de manera agilizada los casos.

GDP7-TS1: Somos muy directivos también creo yo...

GDP7-TS4: Imponerle...

GDP7-TS1: Entonces a veces, un poco cambiar esa «directividad», y que él... «¿Qué ofreces?, ¿hasta dónde podemos llegar y qué puedes ofertar tú?». Y tú estar de guía, solo, y de acompañamiento, porque a veces...» Tienes que hacer esto», «tienes que hacer lo otro...», «entonces llevas los niños al colegio...» (RIE).

GDP7-TS5: Cuando ella estaba diciendo que somos muy directivos y es verdad, pero yo creo que somos muy directivos porque queremos ir rápido y por la presión que tenemos de ir rápido. Entonces pues un poco...

GDP7-TS5: No... Bueno, pues a lo mejor son las dos cosas, pero yo pienso que en parte diriges porque quieres un poco llegar al camino que tú crees...

GDP7-TS1: O porque tú sabes lo que tiene que hacer, o lo que es bueno para el otro.

#### 6.3.5. Técnicas profesionales diversas: necesarias

Se detecta la necesidad de utilizar diferentes técnicas profesionales relacionadas con el diagnóstico o la intervención, tales como las entrevistas, acompañamientos, visitas domiciliarias, dinámicas grupales, etc. y se ha disponer de tiempo para ello, tal y como se indica en anteriores apartados. La

falta de tiempo derivada de la presión asistencial y la acumulación de expedientes, o la sobrecarga de gestiones administrativas impiden diagnosticar y planificar de manera más holística e integral. La reestructuración de equipos, la simplificación de procedimientos y el trabajo grupal posibilitarían, según informan las personas participantes, realizar este tipo de atención multidisciplinar y multidimensional.

GDP6-TS4: Correcto, para el SED, no sé qué, para la dependencia, para no sé cuánto... todo eso, el tiempo que yo estoy invirtiendo en cortar, pegar, abrir esta aplicación, cerrar esta aplicación, volver a abrir esta otra, copiarlo aquí, sacarlo en la (NO SE ENTIENDE) de papel, no sé qué... eso es tiempo que le estoy quitando al acompañamiento, tiempo que le estoy quitando a la intervención, tiempo que le estoy quitando al Trabajo Social, estoy, como decía Toñi el otro día, de tramitadora social, ¿no decía eso Toñi, eh, eh?, estoy tramitando socialmente e intervenido un rato para hacer el diagnóstico, pero ya después me he tirado toda la mañana tramitando socialmente. Porque qué dificultad tenemos... que difícil es que luego, yo también, entiendo su parte de ellas, que ellas luego para listar cuánto SAD tenemos, cuántas Teleasistencia, cuánto no sé qué... necesitan que estén volcados los datos ahí, pero, por Dios, busquemos la forma de hacerlo más fácil, por favor. Que yo haga un informe, en inclusión y me sirva para el bono social, para la mesa de solidaridad, para el bono de agua, para... el informe de vulnerabilidad... uno, el mismo, por favor, y que yo pinche a la pestaña que es y que salga ya todo lo que tenga que llevar esa prestación con ello. (ASIENTEN). Y no me tire tres mañanas para hacer esa cosa.

### 6.3.6. Participación necesaria de las personas usuarias: consenso

Sin entrar en las formas y de manera general, existe unanimidad en considerar positivo que las personas usuarias tomen parte en mayor medida en las decisiones respecto a su diagnóstico y al plan de intervención. La idea de un diagnóstico y un plan consensuado se recoge en otros apartados. En este caso se contempla la propuesta de atender a la opinión de las personas usuarias respecto al servicio.

GDCR1-TS4: Es que no lo hemos hecho jamás en la Concejalía, jamás. Lo que pasa es que cuando digo esto la gente me mira «así», raro, y yo... no quiero decirlo (RIE). Pero... no hemos hecho jamás un pequeño pulso a la opinión de... qué piensa la gente de nosotros, cuál es su grado de satisfacción...

MODGDCR1: ¿Los usuarios?

GDCR1-TS4: Sí.

GDCR1-TS3: Las personas que participan.

GDCR1-TS4: Las personas.

GDCR1-PSI: Yo lo intenté una vez y no me dejaron. Yo hice un cuestionario...  
(HABLAN A LA VEZ)



GDCR1-TS2: ¿Lo habéis pasado?

GDCR1-PSI: No me dejaron...

### **6.3.7. Indisciplina profesional: remitir**

Las personas participantes hablan sobre las causas que pueden provocar actitudes de indisciplina del personal profesional al incumplir determinadas directrices o procedimientos. Entre las principales se encuentra la falta de comunicación y de inclusión en la toma de decisiones por parte de la dirección. Aunque también la sobrecarga de procedimientos administrativos, la acumulación de expedientes y la presión asistencial, o los procedimientos y directrices complejas o confusas. Por su lado, la indisciplina impide la evaluación y seguimiento de protocolos, procedimientos y métodos.

GDCR1-PSI Para hacer cualquier cambio en la organización necesitamos que los profesionales estén de acuerdo y se comparta con ellos.

GDCR1-TS3: Sí, es verdad. Claro.

GDCR1-PSI: Si los profesionales no lo comparten, y no comparten el proceso, no lo van a aplicar. Es que no lo van a aplicar.

GDCR1-TS2: Claro.

GDCR1-TS3: Incluso, a lo mejor, lo van a boicotear.

GDCR1-PSI: Sí, sí. ¡Lo van a boicotear! Si viene eso dado, y a ellos no les resulta algo fácil o útil, no lo hacen. Al final, dejan de hacerlo.

GDCR1-TS2: Se vomita.

GDCR1-TS1: Pero porque está la organización formal y la informal. Y ahora, la informal tiene mucho peso.

### **6.3.8. Cambio de mentalidad profesional: más participativa y colaborativa**

Hay un reconocimiento de que ha de haber un cambio de mentalidad del personal profesional para alcanzar un modelo más participativo con las personas usuarias y más colaborativo entre profesionales y dirección. Requerirá de tiempo y hábito, y de cambios sustanciales en la organización (cultura, estructuras, funciones y procedimientos), pero es un proceso retroalimentado. Las personas participantes también reportan que esa actitud profesional de cambio contribuirá a su vez a que puedan llevarse a cabo esos cambios estructurales en la organización.

GDCR2-TS2: Y bueno... no lo vamos a conseguir, que todo mundo trabaje de la misma manera y que sea fiel a lo que se acuerde.

GDCR2-TS3: Yo lo veo complicado.

GDCR2-TS2: Lo mismo que... Vuelvo usar el modelo de salud... Lo mismo que hay un médico que da la baja por equis cosas, que otro que ya te puedes estar muriendo que no te va a dar la baja. Y está dentro de su ámbito...

GDCR2-TS4: Lo que pasa es que esto va a depender del engranaje... Es decir, esto va a ir, que no sé nos olvide... Que en esta situación idílica de la que estamos hablando, que no la que tenemos, la organización tiene que haber puesto el foco... Es decir, tiene que haber puesto el foco, la energía, las perras, los profesionales, la organización, el nuevo modelo organizativo... Es decir, en la medida en que la organización sea capaz de diseñar el nuevo modelo...

MODGDCR2: Sí, que la organización tiene que querer.

GDCR2-TS4: Efectivamente. Y tiene que mojarse. No tiene que ponerte a ti ahí...

GDCR2-TS1: Ya, pero los profesionales, también deben de poder decir.

GDCR2-TS3: Ya pero si tú ves un cambio, empiezas a cambiar.

GDCR2-TS4: Ya, pero si la organización diseña... Si yo, que soy el jefe supremo, de lo más alto de lo más alto, tengo los profesionales que se necesita para llevar a cabo ese sistema, y ya, desangustio a los equipos, porque van a tener otra forma de funcionar... Si yo diseño que con estos profesionales nuevos que entran, se va a poder llevar a cabo ese sistema, y ese sistema se va hacer «así y así y así, y además te doy este modelo diagnóstico que tienes que hacer, y además te diseño cuáles van a ser las pautas de atención, el modelo organizativo y lo voy a supervisar, y te voy ayudar, y voy a recoger lo que no funciona...». Porque lo que nos pasa ahora es que la organización diseña pero no quiere oír lo que no funciona. La organización no quiere saber lo que no funciona, quiere que hagas esto. «Pero a mí no me digas que eso no funciona, porque no sé después qué hacer con lo que no funciona». Es el problema que tenemos ahora mismo. Entonces, yo creo que esa pregunta que tú muy bien redefine es... Que llevas un rato redefiniendo para llegar al quite de la cuestión... En el momento en que la organización invierta, diseñen un modelo, lo supervise, y sea capaz de asumir... Los coordinadores y el resto de los profesionales... Porque ahora mismo la organización no quiere pegar. Entonces... ¿Es así o no? (SILENCIO) ¿No? Es así, es así la organización. Mira, la organización no quiere pegar, quiere diseñar lo que considera pero no quiere luego evaluar... Y las evaluaciones, pues... da la casualidad que es que mmm... «no son lo que yo esperaba y a lo mejor...». Por lo que sea. Entonces... cuando ese foco de la organización, que es el principal, haya sido capaz de diseñar un modelo organizativo diferente, donde haya más profesionales, más formación, criterios de obligado cumplimiento, repase y reestructure... Esa respuesta, la vamos a tener.

### **6.3.9. Aptitud y actitud profesional: compromiso por la mejora**

Son de importancia las actitudes (implicación, compromiso y motivación) y aptitudes (habilidades y conocimientos) del personal profesional. Por ello la importancia de la formación y de que la organización se movilice para despertar y alimentar la motivación e implicación de sus profesionales.

GDP1-TS2: Pero yo hice prevalecer un buen diagnóstico. ¡Casi me muero, insisto! O sea... me faltó así (GESTO DE MANO). Porque claro, si decides hacer un buen diagnóstico, significa... No, te estaba apoyando (SE DIRIGE A PERSONA DEL GRUPO). Es decir, está el tema de la calidad o la cantidad. Y eso sí que tiene que apostar esta organización. Porque la calidad significa hacer un muy buen diagnóstico, te lleve el tiempo que te lleve. Porque ahí sí que sale mucho. Si tú eres... Aparte de que tengas unas cualidades personales, o no, o unas destrezas... que yo creo que las tengo. Para otras cosas no las tendré, pero para hacer un buen diagnóstico, sí. No todo el mundo sirve para hacer un buen diagnóstico, y no todo el mundo sirve para hacer un diagnóstico PREVIS (¿?), ni todo el mundo sirve para empatizar a la primera para conseguir una información que te va a servir. Quiero decir, el diagnóstico es muy importante. Pero... por eso te he dicho... por el tema de la calidad... (SE DIRIGE A PERSONA DEL GRUPO).

GDCR1-TS3: Trabajar más conjuntamente. Y hacer diagnósticos comunes. Porque yo veo una cosa desde donde estoy, pero si no lo veo como lo ve la otra, la otra... ¡Y somos todos partes de lo mismo! O compartimos lo que tenemos todos, y nos acercamos, o va a ser muy difícil.

El compromiso profesional por la mejora, a juicio de las personas participantes, puede ser materializado en diversas estrategias:

- Actitud propositiva, para realizar propuestas constructivas de mejora.

GDCR2-PSI: Y evaluar, y evaluar. Porque no quiere decir que acatar algo es que no los tengamos que comer con papas fritas para toda la vida ya. No señor. La acatamos, lo llevamos a término en el plazo de seis meses, de un año... «no funciona, esto es un desastre...». Si es muy desastroso, hasta en tres meses. «Mira, que no, a esto no hay por dónde meterle mano». Se evalúa y se modifica, o se cambia. Pero lo que no podemos es «pues si yo no lo hago porque mi no me gusta, porque a mí no me viene bien o porque yo pienso que voy hacer otra cosa, porque lo que yo voy hacer es mejor». No, lo que tú crees que es mejor, apórtalo como mejora, dentro de esa evaluación. Porque no es que nos tengamos que tragar lo que diga la jefatura.

- Compromiso de formación continua y reciclaje.

GDCR2-TS2: Cosas que me han venido... Si se empiezan proceso... de trabajo de una manera diferente, yo creo que hay que hacer un periodo de formación, de reciclaje. A mí me gustaría que no fuera obligatorio, pero si tiene que ser obligatorio pues obligatorio. Porque yo creo que es como nuestros usuarios.

## 6.4. El contexto: síntesis de propuestas

En síntesis, respecto a la organización de SSAP, se plantea la necesidad de revisar el modelo organizativo actual en diferentes áreas para las que se realizan diversas propuestas de mejora:

**Tabla 17. Propuestas de mejora en relación con el contexto**

|                                     | PERSONAL DIRECTIVO   | PERSONAL PROFESIONAL   | PERSONAL DIRECTIVO Y PROFESIONAL   |
|-------------------------------------|--|--|--|
| <b>Organización</b>                 | ---  | Diagnóstico institucional previo<br>Análisis de la distribución de tareas actuales   | Diagnóstico institucional previo<br>Análisis de la distribución de tareas actuales   |
| <b>Modelo o diseño organizativo</b> | Necesidad de revisión del modelo actual (muy compartimentalizado, especializado)<br>Refuerzo de los Servicios de 1.ª Atención <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para realizar diagnósticos iniciales</li> <li>• Para asumir intervenciones iniciales</li> <li>• Para usar técnicas diversas (no sólo entrevista en despacho)</li> </ul> Incorporación de otros profesionales a los equipos (ES, EF) | Necesidad de revisión del modelo actual (muy compartimentalizado, especializado)<br>Con participación del personal profesional<br>Sensible a las necesidades y dificultades del personal profesional<br>Que use el conocimiento existente en la base<br>Con sistemas de comunicación vertical y horizontal adecuados<br>Que diferencie las tareas administrativas y las tareas profesionales<br>Que asigne las diferentes tareas al personal con criterios de eficiencia: tareas administrativas al personal administrativo, tareas profesionales al personal profesional<br>Que simplifique los procedimientos administrativos<br>Que sea un proyecto común<br>Que permita el análisis multidisciplinar en las situaciones que lo requieran<br>Congruencia entre modelo organizativo – modelo de diagnóstico – modelo de intervención | Necesidad de revisión del modelo actual (muy compartimentalizado, especializado)<br>Con participación del personal profesional<br>Sensible a las necesidades y dificultades del personal profesional<br>Que use el conocimiento existente en la base<br>Con sistemas de comunicación vertical y horizontal adecuados<br>Que diferencie las tareas administrativas y las tareas profesionales<br>Que asigne las diferentes tareas al personal con criterios de eficiencia: tareas administrativas al personal administrativo, tareas profesionales al personal profesional<br>Que simplifique los procedimientos administrativos<br>Que sea un proyecto común<br>Que permita el análisis multidisciplinar en las situaciones que lo requieran<br>Refuerzo de los Servicios de 1.ª Atención <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para realizar diagnósticos iniciales</li> <li>• Para asumir intervenciones iniciales</li> <li>• Para usar técnicas diversas (no sólo entrevista en despacho)</li> </ul> Incorporación de otros profesionales a los equipos (ES, EF)<br>Congruencia entre modelo organizativo – modelo de diagnóstico – modelo de intervención |

|                         | <b>PERSONAL DIRECTIVO</b>  | <b>PERSONAL PROFESIONAL</b>  | <b>PERSONAL DIRECTIVO Y PROFESIONAL</b>  |
|-------------------------|--|--|--|
| <b>Recursos humanos</b> | <p>Tiempo suficiente para hacer el trabajo (diagnóstico, planificación de la intervención, etc.). Frente a activismo y reacción, reflexión y planificación</p> <p>Plantilla estable y suficiente</p> <p>Ratio profesional/usuario adecuada</p> <p>Rotación del personal (evita «naturalización» de las situaciones con las que se trabaja)</p> <p>Previsión de condiciones laborales diversas para los diferentes servicios (flexibilidad horaria, disponibilidad horaria, etc.)</p> <p>Previsión de complementos por las condiciones laborales e incentivos por los resultados del trabajo.</p> <p>Estrategias de cuidado profesional (supervisión, complementos, incentivos, etc.)</p> <p>Realizar propuestas constructivas</p> <p>Formarse en el nuevo modelo</p> <p>Compromiso de formación continua y reciclaje</p> <p>Asumir directrices e instrucciones</p> | <p>Tiempo suficiente para hacer el trabajo (diagnóstico, planificación de la intervención, etc.). Frente a activismo y reacción, reflexión y planificación</p> <p>Plantilla estable y suficiente</p> <p>Ratio profesional/usuario adecuadas</p> <p>Estrategias de cuidado profesional (supervisión, formación, etc.)</p> | <p>Tiempo suficiente para hacer el trabajo (diagnóstico, planificación de la intervención, etc.). Frente a activismo y reacción, reflexión y planificación</p> <p>Plantilla estable y suficiente</p> <p>Ratio profesional/usuario adecuadas</p> <p>Rotación del personal (evita «naturalización» de las situaciones con las que se trabaja)</p> <p>Previsión de condiciones laborales diversas para los diferentes servicios (flexibilidad horaria, disponibilidad horaria, etc.)</p> <p>Previsión de complementos por las condiciones laborales e incentivos por los resultados del trabajo.</p> <p>Estrategias de cuidado profesional (servicio de supervisión, seguimiento de las cargas de trabajo, formación, complementos, incentivos, etc.)</p> <p>Realizar propuestas constructivas</p> <p>Formarse en el nuevo modelo</p> <p>Compromiso de formación continua y reciclaje</p> <p>Asumir directrices e instrucciones</p> |

|                     | <b>PERSONAL DIRECTIVO</b>   | <b>PERSONAL PROFESIONAL</b>  | <b>PERSONAL DIRECTIVO Y PROFESIONAL</b>   |
|---------------------|---|--|---|
| <b>Herramientas</b> | <p>Optimizar las existentes<br/>                     Crear otras nuevas<br/>                     Características clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sencillez</li> <li>• Utilidad (para el diagnóstico y la planificación de la intervención)</li> </ul> | <p>Sistemas de sistematización, gestión y transferencia de la información eficientes, útiles e interoperables</p>  | <p>Optimizar las existentes<br/>                     Crear otras nuevas<br/>                     Sistemas de sistematización, gestión y transferencia de la información eficientes, útiles e interoperables<br/>                     Características clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sencillez</li> <li>• Utilidad (para el diagnóstico y la planificación de la intervención)</li> </ul> |
| <b>Entorno</b>      | <p>Delimitar competencias propias de los SSAP</p>   | <p>Coordinación con las otras áreas municipales y no municipales relacionadas con los SSAP, con protocolos de coordinación, si necesarios<br/>                     Estrategias para ajustar las expectativas ciudadanas a la realidad (qué son y qué ofrecen los SSAP)</p> | <p>Delimitar competencias propias de los SSAP<br/>                     Coordinación con las otras áreas municipales y no municipales relacionadas con los SSAP, con protocolos de coordinación, si necesarios<br/>                     Estrategias para ajustar las expectativas ciudadanas a la realidad (qué son y qué ofrecen los SSAP)</p>  |

Fuente: elaboración propia.

## 7. El diagnóstico en los Servicios Sociales de Atención Primaria

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
Elena M. Cortés-Florín  
Alejandro Acebal Fernández  
*Universidad de Alicante*

A mí, m-me llegan con la demanda... Y yo en seguida... pues yo recojo las necesidades m- d-de la persona, de lo que él me me... plantea, de lo que me plantea la familia. Y ya en seguida oriento... Y ya... ¡y prescribo! (SE RÍEN) como los médicos... «¡Ale! Pues venga, la ayuda económica. No, eh...» Yo no hago diagnóstico, yo apunto en el Word y codifico... Y apunto en el Word cuáles son las-las situación de d-e un ... Se ve que es un diagnóstico descriptivo lo que hago de la situación de la... de la familia, y las orientaciones que hago, pum, y otro... y otro... Y aun así no me da tiempo. GDP2-TS4

GDP6-PSI: Que a veces, el, el diagnóstico puede convertirse en «no un diagnóstico» si no, ¿dónde te tengo que colocar?, ¿me explico lo que quiero decir? (AFIRMAN). En función de lo que tengo, poco o mucho... somos y no somos y tal... Y entonces, a veces, a lo mejor el diagnóstico que estamos haciendo, no es realmente, un diagnóstico de necesidades, de la familia... del tal o del pascual... ¿no?, sino que es un diagnóstico de nuestra organización, «¿dónde te puedo colocar?» (EL RESTO ASIEN... Y no...

Se ha especializado tanto, tanto, tanto, tanto... que se ha perdido el sentido de lo que son los Servicios Sociales Generales. Se ha perdido el sentido. Entonces eso hay que recuperarlo lo primero de todo junto con el diagnóstico: la necesidad de un diagnóstico y la necesidad de planificar la actuación. GDCR2-PSI

### 7.1. Concepto

En cuanto al concepto de lo que debe ser un diagnóstico según el personal directivo, se ha identificado que el diagnóstico es una estrategia de conocimiento para actuar. Debe ser una herramienta que sirva para explicar lo que

está pasando en la unidad familiar para poder hacer una hipótesis de trabajo, que sea la base de referencia de la planificación de la intervención.

Algo muy importante desde atención primaria es darnos cuenta que en el proceso estamos conociendo para actuar, que ya lo hemos dicho aquí, o sea, que no es conocer por conocer. Cuando hablamos de conocer para actuar hay distintas versiones que nos pueden permitir un diagnóstico individual. GDCR1-TS3

Yo creo que un diagnóstico tiene que ser capaz de explicar qué es lo que pasa en esa unidad familiar y a partir de ahí poder hacer una hipótesis de trabajo. GDCR1-TS1

Pues yo opino que tendría que ser una herramienta para conocer. GDCR2-TS2

Tendría que ser el primer instrumento para diseñar una intervención, en cualquiera de las unidades. Es decir, el médico te hace una radiografía y un análisis y te dice «pues tiene una anemia y hay que darle hierro» y «tiene una pierna rota y se la tengo que escayolar». O «tiene un quiste y se lo tengo que quitar». Pues trasladándolo a esa parte, a la connotación en la medicina que tiene el diagnóstico, tendríamos que hacer el diagnóstico obligatorio, todos los profesionales de las unidades, para saber qué recurso y qué tipo de intervención tengo que diseñar. GDCR2-TS4

Desde el punto de vista profesional, se trata de un juicio o valoración profesional que se basa en una síntesis de datos que el profesional interpreta para poder generar alternativas a alguna situación o problema, es decir, debe ser un instrumento imprescindible para guiar la intervención.

...para hacer un diagnóstico se hace un... juicio técnico, que no me gusta la palabra juicio, pero bueno se hace un juicio técnico. A veces, ni los profesionales de Servicios Sociales llegamos al mismo punto, imagínate con el usuario... ¿no? GDP2-TS6

(...) para mí el diagnóstico es una sintetización de datos, ¿no? Y... a partir de ahí, uhm... pues tú, los interpretas. Para luego, poder generar pues unas alternativas o algo... GDP3-TS2

Entonces yo necesito ese diagnóstico previo, para, con todos los datos, poder hacerle la devolución a la persona, de, estamos en est-... esto es lo que yo veo, estamos en este momento, y mi propuesta es esta, porque en mi trabajo, en-en mi caso es... velar por, el interés del menor. En el otro pues a lo mejor es por la familia... Pero es que me interesa al final es defender al menor y yo se lo tengo que transmitir a la familia. GDP2-TS2

Tendría que ser el primer instrumento para diseñar una intervención, en cualquiera de las unidades. Es decir, el médico te hace una radiografía y un análisis y te dice «pues tiene una anemia y hay que darle hierro» y «tiene una pierna rota y se la tengo que escayolar». O «tiene un quiste y se lo tengo que quitar». GDCR2-TS4

Porque como vamos deprisa y corriendo, tiene que ser incluso como una síntesis y luego quieres ver, pues ya mirarás si estaba eventual o estaba en paro



tanto tiempo o lo que tenga que poner ese diagnóstico. Pero también tener una foto muy concreta de... De lo que hay. Dentro de lo que es ya el diagnóstico. (ASIENTEN) Dentro de lo que es ya el diagnóstico ¿no? GDP4-TS2

Es un instrumento al servicio de la intervención que tiene carácter procesual en la secuencia metodológica.

...el diagnóstico, a ver... pienso que es una herramienta, es un proceso metodológico, pero además es una herramienta en sí para la toma de conciencia. GDP3-TS2

## 7.2. Finalidad

La finalidad del diagnóstico necesario en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) es conocer la realidad de las personas usuarias para planificar adecuadamente la intervención: conocer para actuar. Permite identificar áreas de dificultad o susceptibles de mejor y orientar la intervención, ayudando al personal profesional a discriminar el tipo de intervención necesaria. También posibilita dimensionar la situación susceptible de intervención para la determinación de objetivos y plazos realistas, viables.

Que recogiera los datos que nos fueran necesarios para la intervención. GDCR2-TS2

GDCR2-PSI: (...) Pero evidentemente, si no sé diagnóstica... no se puede saber a dónde vamos. Y si no sabemos a dónde vamos es meternos en un actuar por actuar. En un activismo. Yo siempre lo plasmo de esta manera, ese pollo que le cortan la cabeza y sigue corriendo. Para nosotros, es como si nos hubieran quitado la cabeza y seguimos corriendo, no nos podemos parar. ¿Pero a dónde vamos? ¿Qué pasa? Se cronifican los casos, nunca llegamos a ningún resultado, parece que lo que hacemos no sirve para nada, tenemos una sensación de cansancio... Llega un momento que... Lo digo por mí, por mi experiencia personal... de cansancio de la familia, de verlos, de ver los que vienen (RIE), «¡por Dios que no vengan otra vez! ¡A ver ahora qué quieren!». Porque tú no... no estableces... no sabes qué es lo que está pasando y no sabes a dónde tienes que ir...

(...) el diagnóstico no es para poner etiquetas, el diagnóstico es para tener una visión y poder empezar tu trabajo desde algún lado (...). GDP2-TS2

...nosotros si hacemos diagnóstico es para planificar y para transformar situaciones (...). GDP2-TS3

El objetivo, evidentemente está claro, es tener un plan de intervención y trabajar con un proceso de cambio para saber su beneficio. GDP3-TS5

Para el personal directivo, la finalidad del diagnóstico es conocer una situación para hacer una hipótesis de trabajo. Debe permitir determinar qué áreas

de dificultad existen en la situación y/o qué aspectos son susceptibles de cambio y/o mejora.

Algo muy importante desde atención primaria es darnos cuenta que en el proceso estamos conociendo para actuar, que ya lo hemos dicho aquí, o sea, que no es conocer por conocer. Cuando hablamos de conocer para actuar hay distintas versiones que nos pueden permitir un diagnóstico individual. GDCR1-TS3

Yo creo que un diagnóstico tiene que ser capaz de explicar qué es lo que pasa en esa unidad familiar y a partir de ahí poder hacer una hipótesis de trabajo. GDCR1-TS1

Siguiendo con lo que ha dicho GDCR1-TS1, efectivamente, si no hay un diagnóstico, no puede haber una intervención. Entonces, hay que hacerlo. GDCR1-TS2

(...) para mí el objeto del diagnóstico, o en qué versa el diagnóstico es... en determinar en qué área hay dificultad... Ante qué áreas de dificultad se encuentra la familia, o qué aspectos son los que... en los que se presentan mayores complicaciones, por decirlo de alguna manera. Qué aspectos son susceptibles de mejorar o en qué entiendo yo que... Yo y la familia o la persona con la que estamos trabajando, dónde están las áreas de dificultad. GDCR1-TS4

(...) haces el diagnóstico y luego tienes es un protocolo de intervención. GDCR1-TS3

Yo creo que la recogida de información tiene que tener una finalidad. Y la finalidad es hacernos una idea de qué está pasando, qué quieren, qué piensan, qué les pasa. Y nosotros, también, qué pensamos qué está pasando. GDCR2-PSI

Yo pienso que eso es una aproximación diagnóstica. No lo llares diagnóstico si no quieres, porque parece muy fuerte y tal... Di diagnóstico descriptivo, aproximación diagnóstica, lo que quieras... Llámale algo... que dé menos susto, ¿no? Pero evidentemente si tú no haces una valoración de esa situación, estamos en el mismo sitio. No avanzamos. El diagnóstico nos tiene que servir para avanzar, porque es lo que nos pone en marcha y nos da una dirección. GDCR2-PSI

Asimismo, el diagnóstico en los SSAP tiene como finalidad generar información sobre qué sucede en una situación incorporando una doble mirada: la de las personas usuarias y la del personal profesional.

Yo creo que la recogida de información tiene que tener una finalidad. Y la finalidad es hacernos una idea de qué está pasando, qué quieren, qué piensan, qué les pasa. Y nosotros, también, qué pensamos qué está pasando. GDCR2-PSI

Para el personal profesional, el diagnóstico debe ser para que el profesional tenga una visión de por dónde debe empezar su trabajo, debe servir para planificar y para transformar las situaciones de las personas.

Yo creo que el problema no es el diagnóstico, que el diagnóstico no es para poner etiquetas, el diagnóstico es para tener una visión y poder empezar tu trabajo desde algún lado (...). GDP2-TS2

...nosotros si hacemos diagnóstico es para planificar y para transformar situaciones (...). GDP2-TS3

Entonces a mí, cómo debería ser el diagnóstico, pues por lo menos tener... Poder obtener, más datos para poder sintetizar... es, ahora lo que se me ocurre, a mí. GDP3-TS2

El objetivo, evidentemente está claro, es tener un plan de intervención y trabajar con un proceso de cambio para saber su beneficio. GDP3-TS5

Y a partir de ahí, es también un poco... Ya empiezas a planificar hacia dónde vas a ir. GDP7-TS5

No estoy de acuerdo, no lo comparto, creo que el diagnóstico es lo más importante para poder decidir el plan de intervención. Si tú no le dedicas tiempo a conocer a esa familia que tienes en frente, o a esa persona que tienes en frente, y saber la demanda implícita, porque muchas veces la demanda que ellos te piden no es la real, a veces, hay otra escondida. Entonces todo eso requiere un tiempo de pensar nosotros, lo que pasa es que vamos acelerados. GDP7-TS1

También debe ser un espacio de exploración y búsqueda conjunta con la familia. Asimismo, el diagnóstico debe ser una herramienta, un proceso metodológico para la toma de conciencia.

Yo sí que lo echo de menos, y echo de menos un espacio en el diagnóstico para poder, explorar con la familia, para mí es super importante el diagnóstico porque creo que es un espacio de exploración y de búsqueda conjunta. Una vez que tú ya has hecho tus pesquisas, por otros lados, por coord-... E-el espacio, el tiempo. GDP3-TS2

...el diagnóstico, a ver... pienso que es una herramienta, es un proceso metodológico, pero además es una herramienta en sí para la toma de conciencia. GDP3-TS2

El personal profesional también apunta a que el diagnóstico en los SSAP es útil para tecnificar y profesionalizar en mayor grado el trabajo que en estos servicios se realiza, aporta calidad a la intervención y ahorra tiempo en la intervención futura.

Entonces, yo personalmente creo que es necesario, que es básico, que es una manera de tecnificar nuestro trabajo y de profesionalizarlo. GDP1-TS4

Entonces, si tú quieres calidad, mide la calidad, también. Una forma de medir la calidad, puede ser, pues eso... utilizando este tipo de herramientas, que diga «este caso, se ha diagnosticado de esta manera, se está trabajando a parte de lo cualita... lo cuantitativo, lo cualitativo». GDP1-TS4

Pero sí que...yo creo que el, el diagnóstico, aunque empleemos tiempo, que no lo tenemos, nos va a servir para luego... ahorrar ese tiempo porque tenemos claro hacia dónde vamos, en el potencial que tiene la persona o en el potencial que tiene el barrio. Y nos va a ahorrar tiempo... después, ante otras demandas.

Y ahora estamos muy enfocados a lo que dice GDP3-TS1, esa dependencia de... viene alguien y, tengo que solucionar. GDP3-ES

## 7.3. Contenido

### 7.3.1. Objetividad versus discrecionalidad

Las personas participantes plantean que el contenido del diagnóstico debe ser objetivo, objetividad entendida como lo contrario a la discreción profesional. Desde esta perspectiva, el contenido del diagnóstico sería objetivo si recoge el mismo tipo de información de la situación a valorar, con independencia de la persona profesional que la recopila. Se asocia, por tanto, a la idea de estandarización de su contenido, como estrategia para reducir la discrecionalidad profesional en su elaboración.

(...) creo que efectivamente debe de tener... Debe de tratar de ser... Debe de tratar de medir... lo mismo, independientemente de aquel que realiza el diagnóstico... GDCR1-TS4

Yo creo que... para que un diagnóstico sea objetivo, porque al final, desde mi punto de vista, el diagnóstico debe de girar en torno al concepto de objetividad, tratar de ser lo más objetivo para evitar en la medida de lo posible los movimientos que puede tener, si se hace el diagnóstico desde una persona u otra, ¿vale? Yo entiendo que debe de ser lo más objetivo para que mida de una manera más real... GDCR1-TS4

Para que sea, efectivamente, pues eso, más objetivable, más seguro, y que evite la subjetividad que a veces le ponemos a ciertas cuestiones. Yo creo que ahí... Para mí es lo más importante de realizar un diagnóstico. GDCR1-TS4

### 7.3.2. Enfoque: integral, multidimensional

El diagnóstico común debe abordar las diferentes áreas vitales (mirada 360.º). Ha de ser integral, multidimensional. Las personas participantes se preguntan si la inclusión de dimensiones sobre las que no pueden actuar los SSAP generará falsas expectativas a las personas usuarias.

GDCR1-TS3: Hombre, yo creo que lo que hemos dicho ya hasta ahora, la situación de la persona, de la familia y de su entorno. Eso es fundamental.

MODGDCR1: Sí, pero en esa situación, ¿qué incluye?

GDCR1-TS3: Pero eso incluye, pues primero saber si tienen techo o no tienen techo. Vivienda o hábitat, económicos...

GDCR1-TS4: Efectivamente.

GDCR1-TS3: Si los ingresos son estables o inestables, periódicos, tal...

MODGDCR1: O sea, aspectos económicos...

GDCR1-TS3: Laboral... que tengo que defender lo de mi programa (RIE)

GDCR1-TS2: De salud. Y yo la salud.

GDCR1-TS3: La salud es fundamental...

PARTICIPANTE SIN IDENTIFICAR: Efectivamente.

GDCR1-TS3: La formación, no sólo de la persona que te está demandando, sino al ámbito escolar de los menores, dentro de la formación. La parte de conflicto dentro de la familia de...

MODGDCR1: La relacional...

GDCR1-TS3: La relacional...

GDCR1-TS1: La relacional es muy importante, porque a veces las situaciones de violencia de género, por ejemplo, se nos escapan mucho.

GDCR1-TS3: Las negligencias con los menores... La violencia intrafamiliar...

GDCR1-TS1: Efectivamente.

MODGDCR1: Esta sería, un poco, la mirada 360.º, Que sería transversal.

GDCR1-TS3: Y luego lo que sería muy importante es la parte del aislamiento.

GDCR1-TS2: La primaria...

GDCR1-TS3: La soledad, el entorno en el que viven...

---

Yo, desde la perspectiva de... la intervención desde menores, sí creo en la necesidad de empezar a trabajar un modelo de diagnóstico integral, transversal a todas las áreas. GDP6-TS3

### 7.3.3. Estandarizado...pero personalizable

Personal directivo y profesional coinciden en que el diagnóstico debe estar estructurado y sistematizado, basado en criterios comunes para todas las unidades, estandarizando variables, y que permita recoger toda la casuística existente en las diferentes unidades. La estandarización facilita su uso y limita la discrecionalidad del personal profesional de cada centro. Además, sirve, a juicio de las personas participantes, para realizar seguimientos y evaluaciones de procesos y para distribuir más adecuadamente las cargas de trabajo entre profesionales.

Al final el estudio de las situaciones para diagnosticar implica una serie de áreas. Yo sí creo que esas áreas que tenemos que estudiar en todos los casos, sí que tenemos que verlas... en todos los casos, independientemente de la unidad en la que estén. GDCR1-TS3

GDCR1-TS2: (...) Y que no sea un diagnóstico... Que cada uno, según su formación o su... grado de implicación, pueda hacerlo de una forma o de otra. Y me estoy enredando muchísimo... (RIE) Pero en principio, como algo preestablecido en el ordenador.

También creo, igual que GDCR1-TS2, que efectivamente debe de ser... Debe de estar relativamente sistematizado... GDCR1-TS4

Estoy de acuerdo en la unificación de criterios para que los diagnósticos no sean diferentes GDCR1-TS1

(...) Y estandarizarlo y que sea bastante homogéneo entre unidades. Que no, a unas unidades se les pida un diagnóstico muy complejo, muy detallado, muy... y otras, pues que incluso sea optativo el hacerlo o no hacerlo. Porque por la forma de trabajar, se pueda justificar que no es necesario el diagnóstico. GDCR2-TS2

...que sea útil y homogéneo. Que todos vayamos en la misma línea. GDCR2-TS3

Tendría que ser el primer instrumento para diseñar una intervención, en cualquiera de las unidades. Es decir, el médico te hace una radiografía y un análisis y te dice «pues tiene una anemia y hay que darle hierro» y «tiene una pierna rota y se la tengo que escayolar». O «tiene un quiste y se lo tengo que quitar». Pues trasladándolo a esa parte, a la connotación en la medicina que tiene el diagnóstico, tendríamos que hacer el diagnóstico obligatorio, todos los profesionales de las unidades, para saber qué recurso y qué tipo de intervención tengo que diseñar. GDCR2-TS4

Sí deberíamos tener un método, ¿no? En que todos recogiéramos las mismas variables y estuviera más estandarizado, más, más sistematizado. GDP4-TS3

A lo mejor cada, cada centro social tiene, su... su idiosincrasia. Pero yo... cuando yo llegué, que ya hacía mil años que no trabajaba, no había trabajado nunca... yo eché de menos eso. Eché de menos un, un, un... algo estándar que me dijera «GDP3-TS2, estos son los mínimos que tú tienes que investigar, en cada familia, eh... Para hacerte un, un, un diagnóstico, ¿vale? Un mínimo». Es verdad que yo de la carrera de tal saqué datos, pero no había nada... GDP3-TS2

Estaba como muy, muy... como muy despistada y muy dispersa. Entonces yo sí que, echo de menos, al menos unos criterios... básicos, algo. A-algo... aunque luego evidentemente soy de las personas que cada familia es un mundo... Y que, y que no hay que generalizar tampoco, porque yo creo que... mientras más datos saquen, por eso yo me enfoco mucho en los datos, o sea y... mientras más datos, más nos vamos a acercar a la realidad. O sea que yo también estoy de acuerdo en esa parte contigo de estandarizar, que eso puede estandarizar un poco. Pero sí que creo que, al menos unos mínimos, unos mínimos. GDP3-TS2

Yo... a colación de lo que dice GDP4-TS2, claro, habría que estandarizar, determinar ítems para poder hacer un diagnóstico con un... con unas estruct... es decir, con unos ítems estandarizaos, esto, esto, y esto... para no, hacer, antes de diagnosticar, que es lo que estamos haciendo ahora, o sea actuar, y no... antes de diagnosticar, entramos directamente a actuar... GDP4-TS1

Para que sea posible hay que hacer un ejercicio de reflexión para identificar los ítems estandarizados que debe contener, tarea no exenta de dificultad. La actual ficha social es insuficiente como herramienta de apoyo al diagnóstico. Es incompleta, extensa, no exhaustiva y/o deficiente en la conexión con otras herramientas o protocolos.

Vale... tú... eh hablas de diagnóstico de Servicios Sociales. Claro, esto es, tan amplio. Y como ves estamos tan sectorizados que tendría que ser un diagnóstico, como con muchísimos ítems, con muchísimas posibilidades de ir adaptándolo en función de qué tipo de intervención llevamos... GDP6-TS1

Junto a la necesidad de estandarización del contenido del diagnóstico para reducir la discrecionalidad profesional en su elaboración, se menciona también la necesidad de que dicha estandarización tenga cierta flexibilidad para personalizar los diagnósticos:

- Por un lado, con base en la vivencia subjetiva de la situación por las personas usuarias.

(...) volviendo otra vez a lo que sería un diagnóstico diferencial. Sobre un... pobreza y exclusión. Seguramente... aunque tenga los mismos indicadores y pongamos la misma, la misma equis, la forma de vivirlo... a lo mejor, una familia de aquí... que hay sufrido de empobrecimiento, que tenga el mismo... No es igual, que una familia de a lo mejor, de la zona de las mil viviendas, que tienen... mucha más red comunitaria, que están mucho más tranquilos porque... esa red le puede proveer, de que van a comer un plato to los días... cosa que a lo mejor aquí por, por aislamiento o por la zona eso... La gente no se atreve a decirlo... y pasa, entonces... ante uno que sí pusiéramos equis, en los dos saldría lo mismo, la forma de vivirlo... es diferente. Y eso también tenemos que ver... cómo se podía... GDP3-TS3

- Por otro lado, para que el personal profesional pueda tomar la decisión final acerca del diagnóstico resultante.

Que me deje a mí hacer aportación, porque ninguno de esos ítems que se han marcado recogen lo que yo quiero. GDP7-TS4

No, no, no, no, no. Pero sí ya estamos... ya estamos apuntando en que hay una diferencia... esencial en los equipos que trabajar con, nivel de intervención o con unidades de intervención distintas y no conexas, eh... el riesgo, está bien, la o sea el ... la herramienta metodológica para hacer un buen diagnóstico dentro de determinadas unidades está bien, siempre y cuando, no perdamos más aún, la relación con el usuario. El cómo hacerlo, eso sería el quid de la cuestión. En un momento dado, el poder adaptarlo en cada zona, que me sirva la misma herramienta a mí, pero que tenga la posibilidad técnica yo como profesional, de decir, de opinar... es algo distinto a que me salga el número 47, y que le corresponda acompañamiento. Y... Aspe, no sé, por ejemplo... Eh, porque a mí eso sí que... me parece, eh... digamos que lo puedo dejar en manos de cualquiera, no tiene por qué ser en manos de un profesional, o simplemente con rellenar los requisitos y marcarlos, puede llegar ahí. Entonces hay que darle un, un entorno más, amplio... en el cual permita, que el trabajador también opine en función como vosotras decís... GDP3-TS1

Claro... Yo digo, si hay una serie de ítems que tú ya has definido, que tú ya los has marcado, te sale un... Se supone que te tendría que salir un diagnóstico

aséptico. Lo que has marcado. Que luego tú ya lo puedas matizar para tu trabajo, es diferente. GDP7-PSI

### 7.3.4. Basado en evidencias: indicadores

En cuanto al contenido de un buen modelo de diagnóstico, el personal directivo destaca que debe estar basado en una serie de indicadores que sirvan de referencia para la planificación de la intervención.

(...) habrá que tener en cuenta una serie de indicadores porque luego van a ser también la base de la planificación y el trabajo posterior. GDCR1-TS1

Yo estoy de acuerdo con lo que estáis diciendo en cuanto a que sería bueno que hubiera una serie de indicadores, que nos pudieran ir marcando un camino a seguir. Estoy de acuerdo en la unificación de criterios para que los diagnósticos no sean diferentes GDCR1-TS1

Desde la perspectiva directiva, el diagnóstico utiliza indicadores de naturaleza diversa:

- **Indicadores objetivos.**

Yo creo que hay una parte objetiva, y hay una parte de criterio profesional. Somos técnicos. Esa parte es donde entran todas las variables, que a lo mejor esa parte tan objetiva... GDCR1-PSI

Sí, pero tú tienes que saber los mínimos, de «tengo tantos hijos, de van al cole o no van al cole, de no sé qué...». Tengo que tener unos mínimos. GDCR1-TS1

Al final el estudio de las situaciones para diagnosticar implica una serie de áreas. Yo sí creo que esas áreas que tenemos que estudiar en todos los casos, sí que tenemos que verlas... en todos los casos, independientemente de la unidad en la que estén. GDCR1-TS3

- **Indicadores subjetivos, que informan de la vivencia subjetiva de las personas y permiten personalizar el diagnóstico.**

Yo creo que no nos debemos obsesionar en diagnósticos, excesivamente numéricos y cuantitativos. Quiero decir, yo... creo que hacemos diagnósticos y tienen que ser útiles, eh... Y muchas veces nos olvidamos de la calidad, ¿vale? Y estamos... Porque si, si nos obsesionamos con plantear un instrumento diagnóstico que se base... mucho en... en poner cruces de si hay indicadores o no... Y en qué intensidad, pues la final se convertirá en un mero trámite más, ¿no? Yo creo que tenemos que ir un poco más... a tratar algún modelo que sea, más cualitativo porque vamos a hacer acompañamiento social, ¿no? según es... la apuesta de este modelo, y... creo que muchas veces, eh... quizá porque, porque queremos darle ese soporte científico a nuestra profesión, entonces pues parece como que los números nos dan una objetividad, los números pueden ser tan subjetivos y tan engañosos como cualquier... eh... declaración de una persona. Entonces yo... Sí que... eh... una idea que aporta es que... el diagnóstico no sea exclusivamente, o por lo menos que no nos obsesionemos, en-en que... en parir



un-un... instrumento meramente cuantitativo. No nos olvidemos tampoco de la parte cualitativa, de la vivencia de la persona, sobre todo, ¿no?... GDP2-TS3

Al diagnóstico se le podría incorporar la vivencia de cada uno, ¿vale? Esa parte subjetiva de la que hablaba GDCR1-TS1. GDCR1-TS4

Sí que puede ser consensuado, es decir, «yo usted le veo que tiene una carencia económica, una vivienda con barreras insalvables, y tiene una artrosis de cadera que no puede subir las escaleras...». Vale. «¿Qué le parece si se puede adaptar?», «No, no... ¡en mi casa no entra un obrero!». Vale, «tiene una dificultad que podemos prevenir, pero usted ha decidido que esto no se toca...». Efectivamente, la subjetividad existe, ¿no? Y esa persona, igual, el que no pueda subir las escaleras no le supone... no salga de casa, no le supone una vivencia muy negativa, y a otra un gran drama. Entonces, ahí, el diagnóstico será... GDCR1-TS2

Pero luego yo creo que hay también un elemento a tener en cuenta, y es la subjetividad. No sé cómo incardinarla ahí. No me estoy refiriendo ya la subjetividad sólo del profesional, sino la subjetividad de la situación y del usuario, de cómo vive las cosas. Voy a poner un ejemplo muy simple y muy tonto. Los cortes de luz en las 1000 viviendas de antes, tenía una repercusión en la familia. Un corte de luz en una familia normalizada habituada a pagar, normalmente lo vive con mucho mayor sufrimiento. Entonces pues bueno, esos aspectos subjetivos de cómo viven las personas las situaciones, yo creo que es un elemento también a tener en cuenta. Lo que estabas comentando, yo creo que os referís a la subjetividad del profesional, ¿no? Yo creo que a lo mejor no nos podemos... Una rigidez y objetividad total y absoluta, no la vamos a tener... GDCR1-TS1

- Indicadores cuantitativos.

Hay una parte de diagnóstico que es cuantitativa, que tenemos unos ítems que nos agarra a la realidad, que es un poco lo que estamos diciendo. O sea, yo en qué me voy a fijar, cómo me voy a fijar... GDCR1-TS3

- Indicadores cualitativos.

Y la parte cualitativa... GDCR1-TS1

A los indicadores objetivos y subjetivos, cuantitativos y cualitativos, recogidos por el personal profesional, se ha de incorporar también la perspectiva de la persona usuaria, para que el diagnóstico necesario en los SSAP sea completo.

Yo creo que hay que sacar una especie de ítems, elaborar un diagnóstico, y ese diagnóstico compartirlo con esa persona. GDCR1-PSI

Y luego está toda la parte coparticipada, con la persona, porque a lo mejor la persona... Tú le vas a hacer una devolución, le vas a decir «mira, es que en esta área estoy viendo esto, esto y esto». Y él te puede decir «pues sí lo comparto, no lo comparto, pero quiero empezar por esta otra parte...» GDCR1-TS3

(...) la parte cualitativa y yo creo que donde más dificultad, a lo mejor, puede tener como profesional, es en la parte consensuada. En el momento que yo tengo

que compartir el diagnóstico técnico con el diagnóstico personal que hace la persona de su situación, y entre los dos, si queremos avanzar juntos y por esa vía, tenemos que llegar a consensos, sabiendo que mi formación tiene el peso que tiene una información técnica, y que la suya tiene el peso que tiene. Que él es el dueño de su vida, que es algo bastante fundamental. GDCR1

Y lo que yo creo es que hay una parte técnica, que es tuya, y que tú sabrás cómo manejar dentro de la entrevista, y cómo trasladar a la persona. Pero tienes que recoger su percepción de la situación. GDCR1-TS3

### 7.3.5. Contenido común, usos diferentes: interoperabilidad

Se señala la utilidad de disponer de un diagnóstico de contenido común que contenga la información que se precisa para la tramitación de recursos diferentes, evitando la duplicidad de esfuerzos y soportes de sistematización de la información.

GDP7-TS4: Lo que está diciendo GDP7-TS5, la propuesta de unificar un mismo diagnóstico para todos los recursos, por ejemplo, nos simplificaría a nosotros, ya no solo a los usuarios, si no a la hora de... Si la situación personal que es con un contenido básico que ya está establecido, con tema... pues lo que has comentado: el tema económico, vivienda, apoyos, demanda... Ese contenido mínimo que este en todos y que ese mismo documento diagnóstico ya sea válido para cualquier recurso, ya sea de inclusión de menores, de mayores... en sus recursos... En fin.

Claro, y hago un informe de un diagnóstico, un informe social, y ese informe me tiene que servir para todos los recursos, es que lo demás sería dar pestañas... SAD, SED, Teleasistencia, no sé qué... Hago un diagnóstico para la renta, y me tiene que servir para el informe de vulnerabilidad, para la vivienda social... GDP6-TS4

Se apunta también a que todo el personal profesional implicado pueda acceder a él y participar en su elaboración, desde cualquier unidad y con independencia de la intervención a realizar.

### 7.3.6. Componentes

Las principales dimensiones o componentes concretos de este diagnóstico común son:

- Antecedentes.
- Principales acontecimientos vitales en la historia personal familiar.
- Situación sanitaria, educativa, formativa, laboral, económica, de vivienda, etc.
- Relaciones y límites familiares (dinámica relacional familiar).
- Relaciones sociales.
- Capacidades y potencialidades.

- Soluciones intentadas.
- Motivación y voluntariedad.
- Información del contexto.
- Pronóstico, basado en las capacidades y potencialidades de la persona o familia.

Yo sí que creo que de alguna manera, de alguna forma, tenemos que incorporar... un poco los antecedentes. La historia de esa persona con Servicios Sociales. GDCR1-TS4

Si los ingresos son estables o inestables, periódicos, tal... (...) Laboral... que tengo que defender lo de mi programa (RIE) GDCR1-TS3

De salud. Y yo la salud... GDCR1-TS2

La salud es fundamental... (...) La formación, no sólo de la persona que te está demandando, sino al ámbito escolar de los menores, dentro de la formación. GDCR1-TS3

La soledad, el entorno en el que viven... GDCR1-TS3

Procedencia... A nivel socioeconómico. GDCR2-ES

La relación con los recursos que hay en su zona... GDCR2-TS2

Eso es... grado de integración en las redes sociales de la zona... etc. Toda esta información es útil y común a cualquier caso de cualquier unidad. GDCR2-ES

En el diagnóstico también tienen que aparecer las potencialidades de la persona. Y eso no lo has recogido, has recogido sólo las dificultades. GDCR1-TS3

Ahora bien, se presupone que vas a tener más dificultades o vas a tener menos potencialidades, si se trata de un caso de menores, en la parte evidentemente relacional, de convivencia, de protección, de tal... vas a tener más dificultades. Y ahí es donde el diagnóstico debe de ser más exquisito. Es decir, debe descender mucho más, debe ser más concreto. A lo mejor se trata, Efectivamente, de ver esa visión. Si viéramos la visión completa de todas las áreas en las que hay dificultad y potencialidad, los de inclusión se darían cuenta que «¡Uy!... Hay un tema aquí... al hablar del tema de la escolarización, o al hablar de tal... He notado, he visto... Me dice que no asiste con toda la regularidad que debería...». Y ahí, a lo mejor nos daríamos cuenta. Pero ¿qué nos pasa? Que inclusión vemos de todas las áreas, esta parte especialmente. La necesidad económica, la petición de no sé qué... ¿de acuerdo? Con lo cual no tenemos una mirada general. Con lo cual, es vital tener una mirada general, desde mi punto de vista ¿eh?, vital, que compartamos todos. Y después, evidentemente, para ser un poco más concisos en las áreas de dificultad y las potencialidades, hay que ser más explícitos aún, en mayores y tal... y seguramente en menores. No tanto en inclusión, porque sí creo que... en inclusión no hace falta ser mucho más exquisito... GDCR1-TS3

Yo también pienso que... aparte de todo eso, que es verdad, y además habría también indicadores de riesgo, o sea... si van al colegio, al centro de salud, todo eso... Tiene que ver también con la mirada que tiene cada profesional. GDCR1-PSI

(...) ahí habría que meter solamente los datos objetivos: «varón, 50 años, sin antecedentes, que no fuma, que no debe, que no sé cuántos... y que no tiene trabajo» Resumiendo mucho. Es decir, el objetivo que una profesional de triaje pudiera ver en una primera entrevista. Es decir, en una primera entrevista no puedes ponerte a ver mucho más. Es decir, trasladado lo nuestro, «unidad familiar compuesto por siete miembros, uno con discapacidad, los padres de tal edad, sin redes sociales, llevan en España un año...». Es decir, yo ahí... metería sólo los datos objetivos. Lo objetivo que puede ver en una primera entrevista. «No ha tenido ayudas anteriormente, o viene derivado de otro centro social, o hay antecedentes...» GDCR2-TS4

Lo que yo propongo y es una propuesta, es que en... en ese instrumento diagnóstico que podamos hacer, o que podamos construir, eh... haya contenido motivacional, ¿no? Hay hay mucho trabajo sobre el cambio, cómo cambian las personas... ¿no? (AFIRMAN) y todas las fases por las que se pasan. Y creo que eso... sería... lo primero que tendríamos que discernir. Y a partir de ahí, hacer un diagnóstico, más profundo... o más superficial... Y a partir de ahí (AFIRMAN), eh... n-Nos abriría... Eh-eh... el itinerario... (AFIRMAN), es efectivamente de acompañamiento... (No...) o es simplemente la lógica prestacional que seguimos en este momento. Porque... nos ayudaría a ser más eficientes, ¿no? Y sobre todo pues nos ayudaría a acompañar hasta donde la persona realmente quiere llegar, no... GDP2-TS3

Hombre, yo creo que lo que hemos dicho ya hasta ahora, la situación de la persona, de la familia y de su entorno. Eso es fundamental. GDCR1-TS3

GDP5-PSI: En Servicios Sociales, el diagnóstico creo que debe ser multidisciplinar, que tiene que tener en cuenta los antecedentes, el de dónde viene la situación y quiénes son los... incluso, a veces, transgeneracionalmente, las, las situaciones personales, y luego, eh... creo que debe de estar comprometido también en lo del pronóstico, porque... porque también tiene que evaluar y analizar las potencialidades que hay o que se le pueden suponer, tanto internas como de oportunidades a la... a la situación familiar, eh... para orientar un poco hacia dónde vamos.

... Yo creo que una gramática común puede haber, en el fondo de esa estructura de que haya, de que estén recogidos temas de salud, temas de vivienda, temas de tal... GDP6-PSI

Luego otra cosa que, es importante, o que también... eh miramos es, a nivel pues de relaciones; cuáles son los límites, quién, es la figura pues a lo mejor más que, que dirige, o que... Sí, que dirige un poco la familia, ¿no? Límites hacia el exterior y hacia el interior también, porque esto también nos va a dar una visión de hacia dónde podemos... caminar para generar cambios. (PAUSA) GDP5-EF

Parece que todos tenemos en la cabeza un diagnóstico como más general, ¿no?, (AFIRMAN), con las familias con las que trabajamos y que, efectivamente muchas veces, lo más importante no es lo económico, pero es lo que tenemos, sino que es el currículum, las potencialidades, la educación... ¿no?, o sea... y desde la construcción y desde el respeto, desde el creernos que son capaces... ¿no?, cuántas veces, te pones a mirar los antecedentes, y al final dices: « y aquí qué vamos a hacer, ¿no?, si llevan toda la vida... » pues a lo mejor es que son, los que

hemos mirado... no hemos mirado dónde podíamos, eh... dar la llave para que eso espume, ¿no? y empiece a... GDP5-EF

...el diagnóstico está orientado a una intervención, pues como he dicho, pues voluntaria o no voluntaria, porque nosotros trabajamos muchos casos de voluntariedad de las personas, entonces eso también debería quedar en el diagnóstico un poco reflejado, ¿no? Porque te va a orientar luego a qué vas a hacer a cómo vas a intervenir. GDP7-TS2

## 7.4. Características

### 7.4.1. Integrado en un marco: modelo organizativo y modelo de intervención

Las personas participantes plantean que el modelo de diagnóstico debe estar situado y tomar como referente un marco más amplio, definido por el modelo organizativo y el modelo de intervención por el que se opta desde la organización, con los que debe ser congruente.

No obstante, lo que decía...MODGDP3 de, establecer... evidentemente, hay una parte que yo creo que sí es importante... Y es que dentro del modelo organizativo que quiere este ayuntamiento, a lo mejor sí que tienen que establecer una serie de mínimos. Quiero decir, una serie de mínimos, en cuanto... a... al modelo que queremos tener, y luego trabajar un poco las herramientas o los instrumentos que tenemos que utilizar. Porque lo que sí que es cierto, es que, yo... ahí sí que, le doy la razón a GDP3-TS2, es que cuando viene gente nueva y se incorpora, no sabe por dónde van los tiros, eh, no sabe realmente ante una situación qué es lo que tengo que hacer. GDP3-TS4

Sí que creo que hay que establecer, unificación, en lo que se supone que es... eeh... nuestra intervención. La intervención que tiene que realizarse, porque si nosotros atendemos, menores en situación de riesgo y desprotección. Da igual que estén en el 4, que estén en el 3, que estén en el 1. Entonces, yo creo que esa parte de la intervención sí que es necesaria, trabajarla y unificar criterios. Y qué modelo organizativo queremos en el ayuntamiento para trabajar la desprotección, y, y, y... claro, independientemente... GDP3-TS4

(...) yo creo que esas cosas sí que es verdad que, hay que unificarlas, y, y de... de alguna manera establecer un modelo organizativo que, qué queremos trabajar en el ayuntamiento de Alicante en relación con los menores. GDP3-TS4

...hay cosas que... es verdad que necesitamos normalización... que nos transmita pues... procedimientos que hagan un cambio de modelo, que nos facilite... tiempos, pero no tiempos por tiempos, sino... tiempos organizados en los que también podamos trabajar... eh... este tipo de cuestiones que también nos interesan. Es que nos interesan, es que yo... a mí me interesa mucho en mi práctica. GDP4-TS3

#### 7.4.2. Modelo(s) común(es) intra e inter unidades y equipos

El consenso es elevado entre las personas participantes acerca de la necesidad de contar con un modelo de diagnóstico unificado en la organización, para reducir la discrecionalidad profesional en una misma unidad o entre unidades y/o equipos.

Al final el estudio de las situaciones para diagnosticar implica una serie de áreas. Yo sí creo que esas áreas que tenemos que estudiar en todos los casos, sí que tenemos que verlas... en todos los casos, independientemente de la unidad en la que estén. GDCR1-TS3

...que sea útil y homogéneo. Que todos vayamos en la misma línea. GDCR2-TS3

#### 7.4.3. Necesidades diferentes, diagnósticos y tiempos diferentes

Las personas participantes señalan que las situaciones diversas que abordan los SSAP requieren disponer de diferentes tipos de diagnósticos, que precisen también tiempo diferente para su elaboración. Sobre esta característica volveremos más adelante al abordar las tipologías de diagnósticos necesarios en los SSAP.

Luego necesitamos diversos diagn-... tipos de diagnósticos, en función de para... para cubrir, todo... todo el espectro. GDP4-PSI

No, eh... no creo que haya que hacer siempre un diagnóstico al mismo alcance, lo que sí que pienso... es que sí que hace falta tener, un mínimo. Y el mínimo de, un mínimo de tiempo un mínimo de eso, por lo menos para saber... cómo lo viven ellos. (...). Y a partir de ahí... se necesita más o menos, o... pienso yo. GDP3-TS3

O por lo menos los que sean más profundos, y que a lo mejor necesitamos varios, pero... lo que... hacer como uno básico... porque por ejemplo para un caso que viene por dependencia, yo no necesito que sea tan profundo, para menores. Porque es una persona que viene, para pedir una residencia o para pedir una prestación económica. Entonces yo hago un diagnóstico, pero muy, muy... preliminar, no sé. En profundidad... a lo mejor en todos los casos no se necesita. Ni en dependencia ni en el resto de... ¿no? a lo mejor sería poner uno básico, y luego, el profundo no en todos, no en todos los casos creo que sea necesario. GDP4-TS3

Pues... me viene un caso... Pues esa parte técnica sería, me viene un caso, me viene esta persona y yo la atiendo, le doy el tiempo que precisa, le doy el tiempo que precisa... Porque no le damos el tiempo que precisa... A veces, sí. A ver, que no todo el mundo precisa de 45 minutos de entrevista. Porque hay gente que con tres minutos lo ha solucionado. Tampoco es cuestión de echarle, aquí, más oro, más oro y más pan de oro, no. Si es una cosa técnica que precisa de un apoyo muy puntual... Pero va a haber otras cosas en las que no. Entonces, sería, que llega esa persona, que tú eres capaz de coger ese caso, es capaz de verlo, releerlo, de buscar alternativas, de cuajarlo, de posarlo... de plasmarlo en papel. GDP1-TS1

En un primer momento, para hacer una selección, creo que un diagnóstico común, puede ser. Pero después, cada caso, tiene una intervención diferente o no tiene intervención. Entonces, ¿para qué...? Con esa primera detección, te sobra. «Este, nada más que esto, nada más, sin intervención ni nada, ¿qué hago? ¿Se lo doy yo, no se lo doy?»». Tengo las dos opciones. GDP1-TS3

#### 7.4.4. Multidisciplinar... si necesario

En cuanto a sus características, el diagnóstico debe ser multidisciplinar, es decir, un diagnóstico elaborado y compartido con otras unidades/profesionales.

A mí me gustaría esas evaluaciones no por profesional, sino, de caso, evaluación del caso, por parte de todos, una reunión donde yo me sienta con, con GDP5-PSI, con (NOMBRE DE PARTICIPANTE) y contigo y digamos: «entonces, ¿qué?» y hacemos un diagnóstico, o una evaluación o un algo interdisciplinar, del trabajo que se ha hecho con esa persona, eh porque, porque se nos va la información y como desgraciadamente, tenemos media hora para cada caso, no puedes... no puedes nutrirte de toda la información que ya está escrita, eso es perder datos, perder tiempo...y perder de todo. GDP5-TS5

Una ficha social tiene que empezar por un diagnóstico, y ese diagnóstico tiene que nutrirse de la... del estudio que hayamos hecho cualquiera de nosotros en cualquier unidad, y si en un caso intervienen circunstancias de menores, que hay gente especializada en menores e intervienen situaciones de abuelos, que hay gente especializada en abuelos, pues vamos a sentarnos todos, vamos a definir un único diagnóstico, eh por el que empiece una ficha social y ya me da igual quién esté interviniendo, partimos todos, de la misma visión diagnóstica, y a partir de ahí, podemos hacer un buen trabajo. GDP5-TS5

Claro, yo lo hech... yo es lo que más echo en falta... ese acompañamiento, de un acompañamiento multidisciplinar. Donde todo, se aporta... GDP6-TS5  
... multidisciplinar... GDCR2-TS3

(...) que se pudiera hacer en algunos casos un diagnóstico... compartido... conjunto. GDCR2-TS2

En el que cada uno pues aportara su visión del caso o de la persona y que pusiera de los recursos que cada uno dispone o puede arbitrar. GDCR2-TS2

GDP5-PSI: En Servicios Sociales, el diagnóstico creo que debe ser multidisciplinar, que tiene que tener en cuenta los antecedentes, el de dónde viene la situación y quiénes son los... incluso, a veces, transgeneracionalmente, las, las situaciones personales, y luego, eh... creo que debe de estar comprometido también en lo del pronóstico, porque... porque también tiene que evaluar y analizar las potencialidades que hay o que se le pueden suponer, tanto internas como de oportunidades a la... a la situación familiar, eh... para orientar un poco hacia dónde vamos.

GDP5-TS1: Me parece muy interesante, ¿no? lo de multidisciplinar. Que verdad que una realidad, en función del sitio desde que miras, ¿no? ves un lado o ves otro.

Precisamente por eso, porque la desconexión es tan grande entre unidades...o buscamos, un punto de conexión y de unión, porque estamos hablando todos de lo mismo, que ese punto de unión es, que el estudio de cada una de esas unidades confluya en un único diagnóstico o esto no va «ni cara al aire». Ya. GDP5-TS5

Sin embargo, también se apunta que la aproximación multidisciplinar no se ha de aplicar a todas las situaciones sino sólo a aquellas en las que sea necesario, pero no se llega a precisar cuáles serían esas situaciones.

Yo creo que es necesario porque no todos tenemos los conocimientos. (ASIENTEN) Yo no tengo los conocimientos que tú tienes ni muchísimo menos, o los que pueda tener GDP5-PSI desde su disciplina, o GDP5-ES. Entonces el hecho de que, lo planteas en una reunión y te dan esa posibilidad de casos en los que ves... Yo sé que discriminaría, no todos los casos, sino casos que están muy enquistados, casos en los que dices: me tengo que plantear unos tiempos, esto no se puede eternizar, entonces, esos casos sí, llevarlos a debate, plantearlos en la reunión y hacer reuniones exclusivamente, solamente para trabajar eso, con todas las herramientas que tú has planteado. GDP5-TS4

#### 7.4.5. Orientado a las necesidades

GDP6-PSI: Que a veces, el, el diagnóstico puede convertirse en «no un diagnóstico» si no, donde te tengo que colocar, ¿me explico lo que quiero decir? (AFIRMAN). En función de lo que tengo, poco o mucho... somos y no somos y tal... Y entonces, a veces, a lo mejor el diagnóstico que estamos haciendo, no es realmente, un diagnóstico de necesidades, de la familia... del tal o del pascual... ¿no?, sino que es un diagnóstico de nuestra organización, «¿dónde te puedo colocar?» (EL RESTO ASIENTE...) Y no...

Está muy extendida la idea de que no se elaboran diagnósticos adecuados a las necesidades de las personas usuarias sino en base a los recursos disponibles. Se considera necesario dedicar el tiempo y los recursos necesarios para realizar un diagnóstico adecuado y una planificación de la intervención que responda a necesidades reales.

GDP2-TS2: Claro el riesgo está en unir... del diagnóstico... el riesgo está en unir el diagnóstico a recursos determinados. Ese es el riesgo, el decir... «pues con este diagnóstico estos recursos y no me planteo otra cosa». Es el riesgo...

\*\*\*

GDP3-TS3: (...) Entonces, creo que al final, la dinámica que llevamos, es que cuando yo estudiaba, se pensaba que la inter-... Que la intervención, que el recurso, estaba en función del recurso; y ahora es al revés, ahora la intervención está en función el recurso. Las que han entrado ahora, vienen a preguntarme, y supongo que a mí me sirve para recordar cuando yo entré, que, eh... «Es que tengo uno que tengo en la calle, ¿cómo tengo que pedir el CAI?» O sea, antes, ni siquiera de hablar con él, ya estamos pensando en los recursos. Nos pasa a todos, y a mí el primero.



\*\*\*

GDP6-PSI: Que a veces, el, el diagnóstico puede convertirse en «no un diagnóstico» si no, donde te tengo que colocar, ¿me explico lo que quiero decir? (AFIRMAN). En función de lo que tengo, poco o mucho... somos y no somos y tal... Y entonces, a veces, a lo mejor el diagnóstico que estamos haciendo, no es realmente, un diagnóstico de necesidades, de la familia... del tal o del pascual... ¿no?, sino que es un diagnóstico de nuestra organización, «¿dónde te puedo colocar?» (EL RESTO ASIEN... ) Y no...

GDP6-TS1: Pues en lo de los recursos... si no tengo esto pues, mira... Va a ser esto.

GDP6-TS2: En los recursos... claro...

(SE SOLAPAN VOCES) GDP6-PSI: Pero yo creo que puede ocurrir, eh... en ese sentido, pero también en otro sentido. Quiero decir que es el de... pervertir determinadas necesidades sentidas, demandas o lo que sea y nosotros lo reconvertimos eh «la señora venía la pescadería y ha salido con salchichas» (RISAS), y a lo mejor también tendríamos que pensar que, bueno que si no hay pescado pues no hay pescado, pero, pero usted no tiene por qué salir con salchicha.

GDP6-TS1: Pero, ¿cómo le dices que...?

GDP6-PSI: Ya, ya, ya, ya... Ya. GDP6-TS1: Sí, sí, no, si eso es lo que hacemos, si eso, pero como le digo... Venga, pues que pida la Renta Valenciana, venga, uhm por lo que sea, que se lleve un algo, ¿no?

(SE SOLAPAN VOCES)

GDP6-TS4: Aunque sea... Contención...

GDP6-TS5: «O mire, vaya al centro de día...» Aunque vaya... Casi con el... Hacemos, encaje de bolillos, para crear recursos alternativos que nos lo... casi los fabricamos nosotras, mientras llega, el recurso que verdaderamente es el idóneo y el adecuado. No porque te lo diagnostique, sino porque, es el que verdaderamente, requiere.

GDP6-TS2: Claro, es difícil, es difícil hablar de empoderamiento, es difícil hablar de acompañamiento, de desarrollar capacidades cuando las necesidades más elementales no están cubiertas.

#### 7.4.6. Dinámico

El diagnóstico en los SSAP es dinámico, sujeto a los cambios en las situaciones que son su objeto de intervención, y ha de huir del etiquetaje inamovible.

El diagnóstico en Servicios Sociales, es un diagnóstico dinámico, en constante evolución, y en constante cambio. GDP6-TS2

(...) las personas son cambiantes, los diagnósticos son cambiantes... no sé. Sería necesario, para mí, ser un diagnóstico abierto, con la posibilidad de ir adaptando a la realidad, también, de los casos que tendremos, de nuestra realidad, que creo que el contexto donde no situamos tiene que estar ahí. GDP1-TS4

Y luego, que, que a lo que ha dicho GDP5-TS5, eh... es tener sentido de vivo, abierto, o sea, no es una etiqueta «estanco», es... está muy bien, es muy interesante eso... GDP5-PSI

Yo creo que el problema no es el diagnóstico, que el diagnóstico no es para poner etiquetas, el diagnóstico es para tener una visión y poder empezar tu trabajo desde algún lado porque si no que lo haces desde... GDP2-TS2

(...) Pero... no lo veo... no lo veo... fácil de aplicar, la verdad. Eh... primero por eso, por las capacidades y las habilidades, y luego por la... la posibilidad de... de etiquetar en un momento determinado, a una persona con una determinada problemática, que, además, pienso que es cambiante. Porque... muchísimo más... las realidades son absolutamente cambiantes de la población a la que atendemos, vienen más... semanas, con unas cosas y, y al mes y medio, uhm... ya ni te las venden, ni te las dicen... porque se han subsanado... han cambiado, sencillamente han cambiado, quitando otras. El abuelo que está solo, está solo. O... el que no tiene madre, no tiene madre. Y el que no... esas son cosas demasiado objetivas, pero hay otras... que las dinámicas de verdad que son muy cambiantes, y... etiquetar, a lo mejor una problemática y que se vaya la persona, el individuo... ya con la tarjetita de, uy, pues soy... uhm... pobre. No le vas a decir pobre, pero habría que buscar que palabra, sabes. O... soy alcohólico, o soy... eh... e-enfermo mental, o soy... sabes. Es eso... GDP3-TS5

#### 7.4.7. Protocolizado

La protocolización no se refiere únicamente a la sistematización de los contenidos comunes que debe incluir, sino también a que esté secuenciado en un proceso de acción más amplio, que establezca categorías de problemas a partir de los indicadores recogidos, que proporcione orientaciones al personal profesional sobre las posibles intervenciones a realizar en función del diagnóstico resultante, la cartera de recursos a utilizar, la frecuencia con que ha de ser actualizado dado su carácter dinámico, etc.

Que hubieran como unos modelos... Modelo A, modelo B, Modelo C, lo que sea, y que ya tú pudieras categorizar las problemáticas que se te plantean, en ese grupo de niveles, y luego que hubiera como un diagnóstico pequeñito donde tú pudieras implementar ahí, lo que tú consideras... Lo que tú ves... o lo que sería trabajable. Estamos hablando de un nivel primario (AFIRMAN), eh, ya digo que un nivel secundario yo sí que lo veo de otra manera, debería ser mucho más profundo... Pero ese nivel primario, eso sería... maravilloso. Realmente para que tuviéramos un poquito más de tiempo, y no estar ahí haciendo un diagnóstico de libro... Y venga, y venga... bueno, hablando del diagnóstico... No sólo el diagnóstico, que podrían ser muchas más cosas... ¿sabes? Pero vamos, yo... lo veo, un poco así. GDP3-TS5

(...) ese diagnóstico nos tiene que dar las herramientas y los elementos suficientes para poder, de acuerdo con el usuario, poder matizar con él ese plan de intervención y luego, ponerle unos tiempos. GDCR1-TS1

Que todas formas yo creo que hay una cosa que sería muy importante reflejar, tanto en el diagnóstico como en el plan de trabajo compartido, como en el seguimiento de la intervención... poniendo plazos y tal... y es que las cosas no son estáticas. Que hay un cambio. Desde el momento que te sientas con la persona, ya estás introduciendo cambios sin darte cuenta. GDCR1-TS3

Entonces creo que tanto el diagnóstico como la intervención, tenemos que tener claro eso. Los recorridos que van a tener, qué vamos hacer los unos y los otros, y en qué momento lo vamos a revisar. Y a lo mejor llega un momento que dices «mira pues vamos a parar aquí, vamos a tomarnos unos meses de respiro, porque esto ya lo tienes controlado, y esto también, y...», no lo sé... GDCR1-TS3

Pero incluso, en el caso de menores, me refiero... Ese diagnóstico incluso, ese breve... de que en vuestro caso sería... «Pues mira es una prestación, una indicación y ya está, y no requiere un plan de intervención». En el nuestro necesitaríamos ese diagnóstico que en todos los centros, ese primer diagnóstico, que puede ser la entrevista de valoración previa, puede ser lo que sea... en todos los otros fuera igual, el decir... Según este breve diagnóstico primero... ¿me hace falta las otras dos entrevistas y la visita a domicilio en intervención, o no? O es una indicación y tal... porque es lo que no tenemos en común ahora... Entonces lo que para mí puede ser... una indicación y ya, en otro centro social puede ser «no, no este requiere las dos entrevistas, la visita a domicilio y tal». Entonces... eh, no está tan claro, ese primer diagnóstico breve... (RÍE) que todo el mundo pensemos... si se sigue o no se sigue... GDP2-TS2

Entonces sí que lo tenemos como profesionales. ¿Qué necesitamos? Pues un guion, es decir, acotado, donde sí hay unas cosas mínimas, que hay entrevistas en las que las puedes sacar, luego tendrías que tener en cuenta una segunda entrevista, porque si la primera es de acompañamiento y donde haces un diagnóstico, necesitas una segunda, y en algunos casos donde están muy tocados o donde sí que es un momento vital de la persona, que sí que podrías tú ver que sí que es un momento de cambios, y que hay un proceso, que dices: «ahora es cuando la circunstancia real vuestra no nos lo permite», porque a lo mejor lo tienes que agendar dentro de un tiempo. Con lo cual, ahí sí que veo, que, una cosa es lo que necesitamos como estructura y como profesionales, y otra es la realidad que es la que estamos viviendo. GDP7-TS3

#### 7.4.8. Lenguaje común

Las personas participantes destacan la necesidad de contar con un lenguaje común para el diagnóstico, pues facilita la coordinación interprofesional y contribuye a unificar intervenciones.

Entonces, no sé hay que encontrar una...hablando de lenguaje común, quiero decir de vocabulario, además una sintaxis común, ¿no? Eso me parece... GDP6-PSI

Por un lado, atribuyen a la sistematización y protocolización del diagnóstico el efecto de unificar y homogeneizar el lenguaje utilizado en un lenguaje común a diferentes unidades y profesionales.

Ese diagnóstico, esa calificación que le han dado... que ya todos, hemos incorporado, que es un grado 2, a mí me, me ayuda, ¿vale? Porque sí que es verdad que homogeneizar y hablar todos de lo mismo, esto, nos ayuda. GDP6-TS3

Eso es, compartir términos, todo eso unifica... y da, y posibilita también, luego, unos criterios comunes y caminar en una dirección. GDP6-TS4

Por otro lado, también se considera que los procesos de formación continua contribuyen al desarrollo de este lenguaje común.

(...) a nivel profesional pues... Si es que creo que la formación continuada que es algo imprescindible, porque es lo que nos va a dar un lenguaje común y el podernos comunicar, porque hay veces en las que lo que dice un técnico de un centro y lo que dice otro, son lenguajes diferentes. Uno va más en la línea sistémica, el otro va más en la línea no sé qué... ¡No sé encuentran! Entonces, bueno, que cada uno tenga la formación que quiera, pero determinadas formaciones conjuntas que creo que es necesario y que hace falta. GDCR1-TS1

#### 7.4.9. Útil

Diagnóstico de utilidad contrastada para el trabajo, en una doble dimensión:

- Para el personal profesional, en su cumplimentación, en su conexión con otros procedimientos y para la toma de decisiones.

GDP6-TS2: Claro... Que este instrumento no sirva para no tener una carga más de trabajo, sino que sea un instrumento ágil, útil y que nos facilite, ¿vale? Y que, desde mi punto de vista... Que no sea un protocolo más, que tenemos que hacer, de tanto informe... para tenerlo ahí y para luego nosotros ir por otro lado.

(...) si tengo que dedicarle una hora de mi trabajo a ponerme a rellenar un montón de casillas de un diagnóstico, es que no lo voy a hacer. Hago el plan de intervención porque me sirve y porque me lo exigen. Pero eso sí me sirve. Lo que decía GDP7-TS5, ¿no?, si me sirve de cara a mi intervención, fenomenal, si no... GDP7-PSI

- Para la planificación de los SSAP y para mejorar su calidad, a partir del análisis agregado de los diagnósticos profesionales.

(...) que ese diagnóstico no se quede solo en «nosotros hacemos un diagnóstico», sino que eso, desde las altas esferas lo tienen que utilizar para crear... planes, para organizar, para homogeneizar... GDP6-TS1

A mí lo que me sirve es, que desde un programa (VOZ DE FONDO: ESO ES), después de que hayan valorado todos los diagnósticos y vean el tipo de población con la que estamos trabajando... que eso luego llevará unos planes... y llevará, y vea un poco qué recursos necesitamos... o qué recursos utilizamos y carecemos. Que se planifique, pero que se planifique en serio; no que me digas si tienes 23 niños y 4 familias o... no por favor, no, que eso ya me los cuento yo que sé contar. Yo creo que es muy importante pero, por favor, importante para todos, porque para nosotros va a ser una carga, ¿vale? Pero, Dios mío, que lo

utilicen, para mejorar la calidad del servicio, que en algún momento tendremos que hablar de calidad del servicio. GDP6-TS1

#### 7.4.10. Sencillo y breve

Las personas participantes reportan que, en la actualidad, la sobrecarga de tareas administrativas, la presión asistencial, la acumulación de expedientes y el poco tiempo disponible de atención, hace necesario disponer de un instrumento diagnóstico sencillo y breve, que permita ser ágiles en su cumplimentación. Es deseable que esté completo y actualizado, sin ser extenso ni que requiera demasiada dedicación, de ahí la dificultad de diseñarlo.

Los relatos tienen que ser concisos y saber para qué son. GDCR1-TS3

Por eso hablamos de que el diagnóstico se limite a lo fácil, a los menos indicadores posibles, etc. GDCR2-TS1

Opino que sí que es verdad que tiene que ser sencillo y sobre todo el para qué. El para qué queremos trabajar con diagnóstico. Sí, ya sabemos que hace falta el diagnóstico porque si no estamos dando palos de ciego y vamos apagando fuegos que de lo que nos quejamos siempre. ¿Pero para qué queremos el diagnóstico? (RIE). Entonces, desde ahí habrá que hacer el análisis de... GDCR2-TS1

GDCR2-TS2: Que no fuera complicada de utilizar, esa herramienta. Que fuera fácil, la recogida de docu... de información, perdón, y de reflejarlo en el documento que lo recogiera. Porque a mí no sé me puede olvidar toda la carga de trabajo que hay en el profesional, en los equipos. Y hay temporadas del año en las que los equipos se reducen hasta la mitad. En otros casos como en un tercio, pero hay equipos que se quedan en la mitad de los TT. Durante cinco meses, ha sido este año. Entonces, teniendo en cuenta eso, tiene que ser algo que sea fácil de completar, útil para la tarea... Que no sé vea como algo... una recogida de información que a mí no me sirve.

Primero que sea una herramienta de informática muy sencilla, yo creo que eso es, fundamental. Luego que sea ágil a la hora de trabajarlo con... con la persona (...) GDP6-TS1

#### 7.4.11. Elaboración: progresiva

Las personas participantes señalan que una parte de los diagnósticos se debe elaborar de manera progresiva, en paralelo al establecimiento de la relación de ayuda, a medida que se vayan realizando las entrevistas, a partir de un prediagnóstico y hacia un diagnóstico más completo.

(...) insisto, con una sola visita, con una sola cita... es arriesgado porque muchas veces lo que tú consideras idóneo, el perfil de cuidador, o el apoyo... en la segunda visita ya no te parece tanto, o te viene la información... El mismo ritmo de trabajo... Elaborar un diagnóstico con una sola visita con una percepción puntual, de una situación casi ficticia a veces... Que ha habido situaciones en las que... ¡es todo ficticio! Lo han montado para que cuando tú vayas veas que

la casa está limpia... Entonces, con una sola visita, con una intervención puntual, elaborar algo tan importante como lo es un diagnóstico... a mí a veces me impone. Digo yo, «¿lo estoy haciendo bien...?» GDP7-TS4

(...) hay un primer diagnóstico; familia normalizada que les va todo estupendo, pero pasa el tiempo y surge, una alteración que te lleva a modificar el diagnóstico, y ese segundo diagnóstico no tiene nada que ver con el primero, (ASIENTEN), pero es que a lo mejor el sexto menos todavía, es vivo, es una información viva, igual que el sistema sanitario, «che que es lo de la garganta, no que es lo del pie... no hostia es que te has muerto...» (RÍEN). Hay una evolución... pues aquí es lo mismo, aquí es lo mismo, (AFIRMAN) por eso tendría que haber, un diagnóstico de apertura de una ficha social, y luego, secuencialmente vamos perfilando las situaciones, para poder ir trabajando, es perfilar diagnósticos. GDP5-TS5

A lo mejor en la primera entrevista no puedes decir, pues mira no lo que te pasa es esto. Pero sí que es verdad que en el diagnóstico compartido me imagino que igual en la tercera entrevista... pues ya tienes un poco... A ver, de alguna manera es verdad que... que igual ellos tienen las necesidades que tienen, y nosotros vemos otras. Porque estamos viendo las cosas desde otro ángulo, y eso ellos lo tienen que saber, ¿no? Tú como necesidades... GDP4-TS4

#### 7.4.12. Soporte: informatizado

Una herramienta informática para su registro, con las características descritas (ágil, intuitiva, multidimensional, enlazada con otros procedimientos, única para todas las unidades, etc.).

GDCR1-TS2: (...) ¿Qué criterios, qué ítems, o que aspectos hay que recoger en el diagnóstico? Pues... donde estamos inmersos... que estamos siempre con mucha presión asistencial y poco tiempo, quizá, debería de ser una cosa ágil, desde el punto de vista... Como criterios, ítems... o algo ya preestablecido para poder ir marcando de una forma... Marcando en el ordenador, me refiero, de una forma... unificada... en general a toda la población de la ciudad de Alicante que atiendo, que se atiende. Y que no sea un diagnóstico... Que cada uno, según su formación o su... grado de implicación, pueda hacerlo de una forma o de otra. Y me estoy enredando muchísimo... (RIE) Pero en principio, como algo preestablecido en el ordenador.

Primero que sea una herramienta de informática muy sencilla, yo creo que eso es, fundamental. GDP6-TS1

La herramienta en que se sistematizara la información sea también única, ¿no? Porque es que unos, eh nos limitamos a aplicarla en los seguimientos de Word... Otros tienen la ficha de menores... No sé, que fuera unificado, es que si no... yo no veo el diagnóstico que ha hecho la compañera, no sé, creo que falla, la recogida de información falla porque cada uno lo hacemos como... como... uno mismo. GDP4-TS3

#### 7.4.13. Formato: escrito

En los discursos se insiste en la idoneidad de plasmar por escrito el diagnóstico.

GDCR1-TS1: Vamos a ver, en menores, por ejemplo. Yo lo que veo muchas veces es que el profesional sabe un montón del caso, pero no hay escrito un diagnóstico, no hay escrita una evaluación, no hay escrito un plan de intervención... Cuando otro profesional lo tiene que seguir... empiezas de cero y le haces mismas preguntas que le han hecho todos con anterioridad. Cuando haces un informe a Conselleria no te fijas bien en lo que escribes, y dices «¡pero si este caso es clarísimo!». Y luego lo lee alguien que no sabe nada del caso y resulta que ahí no dice tanto como tú sabes. Entonces a veces hay quejas de... «Conselleria no resuelve así o no resuelve así», pero «te has parado a pensar...?»

#### 7.4.14. Carácter: obligatorio

Se considera que el diagnóstico es un instrumento imprescindible para orientar la intervención y, por lo tanto, su realización debe ser obligatoria.

Tendría que ser el primer instrumento para diseñar una intervención, en cualquiera de las unidades. Es decir, el médico te hace una radiografía y un análisis y te dice «pues tiene una anemia y hay que darle hierro» y «tiene una pierna rota y se la tengo que escayolar». O «tiene un quiste y se lo tengo que quitar». Pues trasladándolo a esa parte, a la connotación en la medicina que tiene el diagnóstico, tendríamos que hacer el diagnóstico obligatorio, todos los profesionales de las unidades, para saber qué recurso y qué tipo de intervención tengo que diseñar. GDCR2-TS4

### 7.5. Técnicas y fuentes de datos

Como se señaló con anterioridad, las personas participantes plantean la necesidad de utilizar diferentes técnicas profesionales relacionadas con el diagnóstico, algunas de las cuales pueden ser compartidas con la persona o la familia. Aunque de manera implícita, las personas participantes señalan como principales fuentes de datos para la elaboración del diagnóstico la persona y/o la familia.

Por lo que respecta a las técnicas profesionales, se mencionan las siguientes:

La entrevista.

La visita domiciliaria.

El genograma.

El mapa de red.

Las historias de vida.

El análisis DAFO.

La línea de vida.

La rueda de la vida.

La ficha social.

### Instrumentos estandarizados.

En el nuestro necesitaríamos ese diagnóstico que, en todos los centros, ese primer diagnóstico, que puede ser la entrevista de valoración previa, puede ser lo que sea... en todos los otros fuera igual, el decir... Según este breve diagnóstico primero... ¿me hace falta las otras dos entrevistas y la visita a domicilio en intervención, o no? O es una indicación y tal... porque es lo que no tenemos en común ahora... Entonces lo que para mí puede ser... una indicación y ya, en otro centro social puede ser «no, no este requiere las dos entrevistas, la visita a domicilio y tal». Entonces... eh, no está tan claro, ese primer diagnóstico breve... (RÍE) que todo el mundo pensemos... si se sigue o no se sigue... GDP2-TS2

Claro... vamos a ver, yo ahora estoy como psicóloga, y yo, como psicóloga, no concibo, por ejemplo, empezar a trabajar con un niño si no veo el espacio que tiene en su casa. GDP1-PSI

Entonces una herramienta, o varias. Puede ser un DAFO... Para que lo estudien en casa... GDCR2-TS2

Estoy totalmente de acuerdo cuando se dice; el diagnóstico tiene que ser participativo, porque es lo que siempre se nos ha explicado cuando estudiábamos, y es, lo que curiosamente, los únicos que lo hacen, son nuestros alumnos de prácticas. Que manejan una metodología mucho mejor que la que manejo yo, porque a final de cuentas, ellos se pueden sentar, pueden hacer un DAFO, pueden sentarse con ellos a hacer, una línea de vida... pueden sentarse... porque tienen tiempo. Nosotros no tenemos, no tenemos tiempo. GDP3-TS3

Me la ha contado pero que... yo, antes de leerla, pues prefiero que sean ellos mismos quienes me la cuenten, ¿no? Como decía GDP5-TS5, tener una foto, para mí el genograma es... una manera de tener una foto, y un instrumento para poder, ir hablando de esta historia de vida y esos acontecimientos vitales que han sido decisivos para, para estar... pues donde están en ese momento cuando te llega, cuando te llega la persona, ¿no? Entonces, poner la mirada además en las capacidades o en las potencialidades como decía GDP5-PSI, a mí me parece básico, y... y esa es la mirada que... Bueno, pues que procuramos... eh, eh tener, pues para poder construir, ¿no?, porque es que, si no, no vamos a poder construir, eh... poca cosa, ¿no? (RÍE) Entonces, eh... A la hora de hacer un diagnóstico, pues nosotros eso, hacemos... eh, tenemos en cuenta y es básico para nosotras... Genograma, mapa... social o de red intentamos también incluirlo, ¿no? Potencialidades, también...tenemos una mirada, eh cada vez más, en la parte...Eh, pues más emocional, ¿no? GDP5-EF

A mí la ficha social... Cuando a mí me llegan casos de otra unidad, donde realmente está todo en la ficha social y yo necesito saber un momento la situación... Es decir, necesito lo que es un flash, no me puedo leer las 25 páginas... Entonces... por eso te digo, que depende de... GDP7-TS3

(...) los indicadores de antecedentes de... del diagnóstico... Ahora, no son operativos. Tendrían que ser más operativos, tendríamos que tener acceso a... a unos indicadores externos, o sea... ¿qué es lo que nos llega de fuera?, caso de menores, colegios, centros de salud... eh... vecinos... lo que tal. Tendría que haber unos indicadores de la familia... O sea, poderle pasar a la familia qué-qué... unos



test... unos... que fuera el mismo en todas partes, de ... ¿en qué momento estás tú...? ¿y cuál?... Pues eso, lo que decíamos del lazo, y qué... y-y dentro de lo que tú ves para poder hacerle una devolución con todo lo que hemos cogido anteriormente. GDP2-TS2

En el proceso de diagnóstico, en lo que yo... en lo que a mí respecta en mi trabajo, a lo mejor, me hacen falta tiempo para poder aplicar herramientas para que esto tomen conciencia, como... la rueda de la vida... no sé qué, no sé cuántos... que son herramientas muy chulas para que, la persona... GDP3-TS2

## 7.6. Tipologías

Las personas participantes señalan que en los SSAP no existe un único tipo de diagnóstico, sino que son necesarios distintos tipos de diagnóstico.

Cuando hablamos de conocer para actuar hay distintas versiones que nos pueden permitir un diagnóstico individual. GDCR1-TS3

Así, el análisis del contenido de los grupos de discusión permite identificar diferentes dimensiones o ejes clave que rinden cuenta de la variedad de diagnósticos que necesitan los SSAP, diferenciados por su alcance, destinatarios o uso posterior, etc. Las principales tipologías de diagnósticos individuales y familiares que se pueden identificar son descritas a continuación.

### 7.6.1. Tipología 1 según el alcance del diagnóstico: genérico versus específico, global versus particular, integral versus especializado, brevedad versus profundidad

Las personas participantes reportan que en el diagnóstico puede haber una parte genérica, global, integral y breve, común a todas las unidades, y parte específica, particular y en profundidad, para cada tipo de unidad o recurso, en función de sus necesidades.

Yo distinguiría dos cosas. Yo creo que hay distintos diagnósticos. El primer diagnóstico, de entrada, genérico, puede ser común. Luego, una vez que tengas claro hacia dónde se dirige, creo yo, la intervención, a lo mejor tú ya tienes que profundizar sobre la base de ese diagnóstico, en otros indicadores más específicos que te van a ayudar a caminar, entiendo. GDCR1-TS3

Depende de en qué unidad caiga, el peso del diagnóstico digamos... lo ven en un sitio o lo ven en otro. A lo mejor un diagnóstico común en todas las unidades sí que sirve precisamente para unificar todo eso. Que todo el mundo tenga una visión parecida. GDCR1-PSI

Quiero decir, hay un médico de cabecera, que te hace un diagnóstico general, y que si, necesitas algo en profundidad, te manda un especialista que, desmenuza... ese diagnóstico, y ya te hace las pruebas pertinentes, las preguntas pertinentes, que no te ha hecho en un primer plan el médico de cabecera. Te ha hecho unas básicas, y en función de ahí, si... si no necesitas más te quedas ahí, y si necesitas

más, entonces ya hay otro segundo diagnóstico que tira de ese hilo... donde se va abriendo el abanico... sería un poco así. E incluso así yo creo que sería como, como hasta más fácil, ¿no? Sería más fácil... GDP4-PSI

----

GDP1-TS3: Para después, para trabajar con ellos. En un primer momento, para hacer una selección, creo que un diagnóstico común, puede ser. Pero después, cada caso, tiene una intervención diferente o no tiene intervención. Entonces, ¿para qué...? Con esa primera detección, te sobra. «Este, nada más que esto, nada más, sin intervención ni nada, ¿qué hago? ¿Se lo doy yo, no se lo doy?». Tengo las dos opciones.

GDP1-PSI: pero eso ya es un diagnóstico.

PARTICIPANTE SIN IDENTIFICAR: ¡Claro, claro! Pero sería un diagnóstico inicial.

GDP1-TS4: Claro, podría haber una parte de diagnóstico común, y otra más específica.

PARTICIPANTE SIN IDENTIFICAR: Una cosita inicial. Pero tiene que ser muy sencilla de practicar. Y no se nos puede exigir luego que lo tengamos que hacer todo por escrito, ¡para todos!

GDP1-TS5: En dependencia, por ejemplo, son muchos trámites burocráticos, que es rellenar cualquier cosa. Cualquier papel, cualquier solicitud... y ya está. No se requiere un trabajo más en profundidad. Habrá casos que sí... Hay casos que sí que se tiene que intervenir con la familia, con el anciano... pero...

GDP1-PSI: Pero tú te estás haciendo un diagnóstico. Que ya estás viendo... por muy... por muy... sencillo que lo veas. O muy básico.

---

(...) una herramienta única en la que yo pueda, abrir la parte desplegable de, eh familia y menor, ¿no?, y que me sirvan esos indicadores para hacer mi diagnóstico sobre mi intervención concreta... GDP6-TS1

---

Y luego lo que te decía, que sea válido, yo creo que tiene que ser una herramienta única. Estamos ya muy parcializado... una herramienta única en la que yo pueda, abrir la parte desplegable de, eh familia y menor, ¿no?, y que me sirvan esos indicadores para hacer mi diagnóstico sobre mi intervención concreta, hablando de posibilidades...por pedir que no quede. GDP6-TS1

----

Si no hay un soporte... cada uno tenemos un diagnóstico diferente del mismo caso, ¿no? Entonces, a lo mejor, si tuviéramos un perfil... no sé. Con los datos básicos que nos dijera... «tú ves esto y tal», pero lo importante para trabajar desde el dónde nos situamos, es «esto». GDP1-TS4

Al menos, «esto». Luego, dejar un marco o una parte de esa herramienta, que sea un poco más flexible, que tú puedas poner tu valoración. Porque a lo mejor,

con esos mismos indicadores, esa persona no está tan necesitada de nuestra intervención, o necesita otro tipo de recursos, que otra persona. Pero sí que es verdad... Porque si no, cada persona tenemos nuestros prejuicios y nuestras historias, y hacemos un diagnóstico diferente. GDP1-TS4

...lo que pasa es que nos falta tiempo para subir un poquito más arriba. Digamos, que en esos casos de intervención en los que tú haces un diagnóstico con los indicadores más o menos comunes, que pueden ser los mismos para mí, en el cuatro, que para GDP1-TS4, en el dos. Luego tienes esa parte cualitativa, esa parte de flexibilidad, de ver... pero aun así, aunque estemos aquí, y a partir de los recursos, de lo que disponemos, del día a día, de la contextualización, de las entrevistas, del tiempo de atención... tú, en determinados casos, vas a ir subiendo. Pero hay veces que te quedas... No llegas al diagnóstico, por falta de tiempo. A mí me pasa. Hay veces que sí... GDP1-TS1

Una parte flexible a cada unidad. Que cada unidad pudiera, digamos... GDP1-TS4

La transición de un tipo de diagnóstico general a uno específico está relacionada con el nivel de profundización de cada uno: menor en el primero, mayor en el segundo.

Yo lo que hablo es que requiere que tengamos un mismo formato y sea niveles de profundidad diferentes, pero lo que yo no quiero es 7 formatos para trabajar. GDP7-TS5

Así, en muchas ocasiones, este eje del diagnóstico se asocia a la línea del tiempo de la intervención:

- Por un lado, el diagnóstico genérico se asocia a un diagnóstico inicial o exploratorio que puede ser útil para el triaje inicial o clasificación apriorística de las situaciones y para decidir si es necesario iniciar una intervención y desde qué unidad. Las personas participantes señalan que tiene una orientación fundamentalmente descriptiva.

El diagnóstico inicial. GDCR2-TS2

...un primer diagnóstico. GDCR2-TS3

Descriptivo... Pero que ya indicara... Partir de la demanda que trae la persona, pero también el trabajador social ya ha ido un poco... dirigiendo... desde qué unidad se debe trabajar... ¡o desde qué unidades! Porque a lo mejor se debe trabajar desde varias a la vez. Pero por eso, por lo de la familia. GDCR2-TS2

(...) en menores yo creo que siempre hay que hacer una primera valoración, como una criba, y entonces ver. Si hay un riesgo leve, a lo mejor no estamos en disposición... Eso sería preventivo, trabajarlo. Tenemos que ver si estamos en disposición y tenemos medios para trabajarlo. Entonces, si es un riesgo leve, se puede dar una orientación, hacer una intervención breve de dos o tres sesiones, como una derivación, o lo que sea. Y fuera. Y nos quedamos con el riesgo grave y moderado, que es realmente cuando el menor está en una situación de maltrato.

Y ahí sí que se perfila en mayor profundidad ese diagnóstico inicial, se va más a fondo en ese diagnóstico inicial, y se va más a fondo en el plan de trabajo que se va a hacer. Pero no es cogerlo todo. GDCR1-TS1

...quizá el triaje ese inicial... se podría diseñar un modelo, no digo que no, que haga un diagnóstico inicial común homogeneizado a todo, que se puede utilizar para empezar en la unidad correspondiente, el trabajo más especializado. Pero que no sé nos olvide que ese triaje lo necesitaríamos para dar una atención lo más próxima y cercana e inmediata posible. Y rápida, ágil. GDCR2-TS4

Y pregunto yo, ¿eso no será una valoración previa? ¿El diagnóstico no sería una vez que se hace ese triaje? Pregunto. GDCR2-TS1

En el diagnóstico puede ser descriptivo... O, o casual... o, o, o... tal. GDP2-TS3

- Por otro lado, el diagnóstico específico o en profundidad remite a una valoración posterior realizada en el transcurso de una intervención en curso o por iniciar. Las personas participantes señalan que tiene una orientación más explicativa o causal.

Porque si hiciéramos un diagnóstico más en profundidad, y nos diéramos cuenta que en este momento esa persona en concreto no cuenta con los apoyos suficientes para iniciar ese camino, pues a lo mejor decíamos «pues vamos a esperar, vamos a ver cómo recorreremos este camino hasta que tú estés en condiciones de poder incorporarte a un grupo formativo o lo que sea...». O aunque la persona venga diciendo «¡yo es que lo que quiero es trabajar!»... GDCR1-TS3

En el diagnóstico puede ser descriptivo... O, o casual... o, o, o... tal. GDP2-TS3

## 7.6.2. Tipología 2 según la perspectiva disciplinar: psico-socio-educativo

Las personas participantes señalan también que las diferentes disciplinas que trabajan en los SSAP realizan aportaciones específicas al diagnóstico, de modo que el diagnóstico resultante sería la yuxtaposición de dichas miradas diferentes en una única valoración de la situación de la persona o familia: el diagnóstico social de los/a trabajadores/as sociales; el diagnóstico psicológico de los/as psicólogos/as, y el diagnóstico educativo de los/as educadores/as. Esta idea enlaza con la propuesta de que los diagnósticos necesarios en los SSAP han de ser multidisciplinares, cuando sea necesario. Sin embargo, como apuntamos antes, no se llega a precisar la tipología de situaciones en que sería necesario.

¿Cómo pienso yo que deberían de ser... los diagnósticos? Pues sobre todos nuestros diagnósticos tienen que ser, psicosociales. Porque solamente vamos a lado, al lado social... O sea, no tenemos que evaluar a lo mejor como un psicólogo, pero sí, pequeñas cosas ahí, que están afectando la... Que están afectando la intervención, y solamente es, principalmente, de registros sociológicos y socioeconómicos. GDP3-TS3

Eh... una cosa sería el diagnóstico social, y otra cosa sería el diagnóstico que tú harías de la familia para trabajar a nivel psicológico. A- Ahí para mí sí que habría dos diagnósticos distintos, lo que pasa que lo englobamos todo en uno... y tiramos «pa lante», esa es un poco mi sensación. GDP4-PSI

El educador, lo bueno, es que está muy en contacto... Quiero decir... Porque normalmente si acuden a un centro socio educativo, mínimo van dos días a la semana. Entonces el monitor siempre los está observando. Está con el grupo de iguales, que se comporta de una manera distinta a lo que puedan hacer en una entrevista, con cualquier otro tipo de profesional. Entonces... yo creo que da pie a observar mucha información. GDCR2-TS3

Participaban en los equipos, en las reuniones de equipo, participaban en las valoraciones como otro más, participaban en el diseño del plan de intervención... Es decir, que era un miembro más del equipo del centro social. Ahora no. Ahora son comunitario y están en otro lugar. Y es muy difícil acceder... es muy difícil acceder. Acceder a la información, acceder a la comunicación... (...). Es muy farragoso el poder obtener información los unos de los otros. Y a la inversa igual, ¿eh? De ellos hacia nosotros, lo mismo, muy farragoso. GDCR2-PSI

Los educadores tienen muchísima información sobre ese niño. Muchísima información. Además, en un contexto muy natural. Y eso es fundamental, eso es fundamental para luego saber cómo está, de alguna manera, pues canalizando, el niño, lo que está pasando en casa, si es que está pasando algo... Si es un niño resiliente o no lo es... Si hay otras figuras de apoyo o no... Cómo es... Si está triste o no está triste... Si se apega a alguien... Es decir, hay toda una serie de indicadores o de características del niño, o una cosa y la otra, que son imprescindibles. GDCR2-PSI

### **7.6.3. Tipología 3 según el destinatario del diagnóstico: profesional (uso interno) versus persona usuaria (uso externo)**

El personal profesional señala que, a la luz de los cambios legislativos autonómicos en Servicios Sociales, se ha de prever que el diagnóstico pueda contemplar un doble formato en función de sus destinatarios:

- Por un lado, un diagnóstico de uso interno para el personal profesional.
- Por otro lado, un diagnóstico de uso externo para las personas usuarias.

Yo creo que sí que tiene que estar muy acotado de cara a lo que hablábamos, porque es que yo me quedé un poco así... Si la persona lo tiene que llevar por escrito, tampoco puede...creo yo... Tiene que estar bastante estructurado para que... y bastante sencillito, no creo que le podamos dar ahí... GDP7-TS3

Entonces tiene que haber dos, uno de cara al público y otro de cara al trabajo interno nuestro. ¿O cómo? GDP7-TS4

La parte tuya es para ti, para tu diagnóstico, para tu... la definición de objetivos, pero la parte de entregar a la gente... GDP7-PSI

#### **7.6.4. Tipología 4 según el uso interno previsto: diagnóstico para el acceso a prestaciones versus diagnóstico para la intervención netamente profesional**

Del discurso de los grupos también puede extraerse una nueva tipología de diagnóstico necesario en los SSAP, articulada en torno al uso que se le va a dar en dichos servicios. Esta nueva tipología puede ser identificada a partir de la tensión que emerge en los discursos entre los diferentes tipos de diagnóstico en los SSAP, una tensión irresuelta entre el diagnóstico ideal que se desearía realizar (más basados en un modelo de intercambio) y los otros diagnósticos que también necesitan actualmente estos servicios, por las competencias que tienen atribuidas (más basados en modelos interrogativos o procedimentales).

Así, por un lado, se identifica un diagnóstico realizado para el acceso a las prestaciones, que suele estar regulado como parte integrante del proceso de acceso a las mismas. Por otro lado, un diagnóstico realizado para desarrollar la intervención genuinamente profesional.

GDP6-PSI: Que a veces, el, el diagnóstico puede convertirse en «no un diagnóstico» si no, donde te tengo que colocar, ¿me explico lo que quiero decir? (AFIRMAN). En función de lo que tengo, poco o mucho... somos y no somos tal... Y entonces, a veces, a lo mejor el diagnóstico que estamos haciendo, no es realmente, un diagnóstico de necesidades, de la familia... del tal o del pascual... ¿no?, sino que es un diagnóstico de nuestra organización, «¿dónde te puedo colocar?» (EL RESTO ASIENTE...) Y no...

#### **7.6.5. Tipología 5 según la persona profesional responsable del diagnóstico: trabajador/a social (diagnóstico exploratorio inicial) versus cualquier profesional (diagnóstico descriptivo o explicativo)**

Las personas participantes atribuyen la elaboración del diagnóstico inicial y exploratorio a la figura del/de la trabajador/a social, realizado desde un servicio de primera atención, y la del diagnóstico más específico o en profundidad a cualquiera de las figuras profesionales existentes en los SSAP.

(...) ahí habría que meter solamente los datos objetivos: «varón, 50 años, sin antecedentes, que no fuma, que no debe, que no sé cuántos... y que no tiene trabajo» Resumiendo mucho. Es decir, el objetivo que una profesional de triaje pudiera ver en una primera entrevista. Es decir, en una primera entrevista no puedes ponerte a ver mucho más. Es decir, trasladado lo nuestro, «unidad familiar compuesto por siete miembros, uno con discapacidad, los padres de tal edad, sin redes sociales, llevan en España un año...». Es decir, yo ahí... metería sólo los datos objetivos. Lo objetivo que puede ver en una primera entrevista. «No ha tenido ayudas anteriormente, o viene derivado de otro centro social, o hay antecedentes...» GDRC2-TS4

Yo, sobre todo, eh... lo que me planteo es, en una primera entrevista, la primera entrevista de acogida es la primera función en la familia, con la cual ahí no podemos tener veinte minutos (risas, de entrevista, es que eso es inviable. GDP3-TS4

Estos servicios deben ser los encargados de los diagnósticos iniciales, incluido el triaje, y también de las intervenciones iniciales.

Una unidad de triaje, que diseminara y agilizara la atención más inmediata. Y dijera «esto es urgente, aquí. Esto es allí...» GDCR2-TS4

Exactamente. Un profesional que hace ese primer filtro, una primera entrevista, y luego ya, que sea ella la que decida si tiene que hacer un diagnóstico, o es un mero trámite... Lo que sea desde una figura profesional. A mí me parece importante. GDP1-TS5

En un primer momento, para hacer una selección, creo que un diagnóstico común, puede ser. Pero después, cada caso, tiene una intervención diferente o no tiene intervención. Entonces, ¿para qué...? Con esa primera detección, te sobra. «Este, nada más que esto, nada más, sin intervención ni nada, ¿qué hago? ¿Se lo doy yo, no se lo doy?». Tengo las dos opciones. GDP1-TS3

## 7.7. La participación de las personas usuarias en el diagnóstico

La manera de establecer las responsabilidades, que tú preguntabas, pues es más desde el co-diagnóstico... Desde el «co». «Tú conmigo y yo aquí...». GDP1-TS1

Yo, un poco, en relación a eso, creo que cuando tú sientes que algo es tuyo, es como que lo... acoges mejor, (...) cuando tú haces partícipe a la familia lo acoge como algo suyo, no es como algo que yo te pongo aquí y esto es lo que yo... quiero decir, que no en todos los casos a lo mejor se puede, (...), lo siente como un proyecto suyo, como algo propio, no es que viene Pepita Pérez, y me planta aquí esta actividad esta tarde, ¿no?, que yo entiendo que no a lo mejor en todas las circunstancias, sobre todo protección y determinadas... pero yo sí que pienso que de una manera o de otra, hay que hacer partícipe a la familia siempre, que eso no quita que tú antes en el equipo... hayas visto...GDP5-TS2

### 7.7.1. Consenso sobre la necesidad de la participación

Las personas participantes se muestran ampliamente de acuerdo en consensuar con las personas usuarias el contenido del diagnóstico, promoviendo la toma de conciencia sobre su propia realidad y en cada momento vital. No obstante, se interrogan sobre la manera de poderlo llevar a la práctica, en relación a hallar el momento más idóneo para buscar dichos consensos, y sobre la manera de proceder en caso de no alcanzarlos. Este enfoque requiere disponer de más tiempo de atención y reduciría, en opinión de las personas informantes, el fenómeno de cronificación de casos. Además, identifican otros beneficios. De un lado, las personas usuarias se mostrarían más concienciadas de su realidad y más colaborativas y receptivas de cara a avanzar en

los objetivos de la intervención. Por otro lado, este enfoque se acerca a la labor original del Trabajo Social y le aleja de ser «mero tramitador de recursos».

La perspectiva en las personas es muy importante. GDP6-TS4

Me parece muy interesante, ¿no? lo de multidisciplinar. Que verdad que una realidad, en función del sitio desde que miras, ¿no? ves un lado o ves otro. Eso sería fundamental para poder involucrarlo también al usuario, o a la familia en este caso, para ver que percepción tiene de su situación. GDP5-TS1

Yo creo que el diagnóstico tiene que ser consensuado... GDCR1-PSI

GDP3-ES: (...) Yo creo que tiene que estar basado en un estudio de la realidad que tiene esa persona, la familia, la comunidad... Y... debería ser para... mi parecer... participativo, consensuado... para que tenga éxito. Y el objetivo...e más inmediato, no hace falta pensar en ideal objetivo último a alcanzar, no, si el objetivo por ejemplo en un plan de esta persona consume es, que se dé cuenta, pues el objetivo es que se dé cuenta. Yo no le voy a marcar, que deje de consumir... es ser realistas, en ese plan de intervención con lo que tienes, y que sea participativo para que la persona se implique... con la comunidad se implique.

Pero yo sí creo que es necesario... sobre todo, para, caminar todos en la misma dirección, y, y en la dirección que quieren caminar las personas (VOZ DE FONDO: yo también estoy de acuerdo contigo) que al final son cautivas de una intervención que ni sienten ni quieren. GDP6-TS3

Asimismo, el amplio consenso sobre la necesidad de participación de las personas usuarias en el diagnóstico se fundamenta en que éstas han de ser las que autónomamente tomen las decisiones sobre sus vidas; el personal profesional debe desempeñar funciones de información, de orientación y de acompañamiento no directivo.

Bueno yo... uhm, yo a la pregunta que... decías de articular la participación de las personas en todo este proceso... Yo creo que, eh... la premisa fundamental es que, nuestro trabajo está basado en la relación de ayuda. Que eso es lo que... le debe quedar claro a los usuarios y a las familias. Y que esto es un proceso donde estamos, uhm... de una manera como viene ha dicho GDP3-ES, eeh... acompañando... Finalmente, uhm, él... Es el que toma las decisiones y las riendas de su vida, y se elige un camino o elige otro. Nosotros estamos en un planteamiento de acompañamiento, pero finalmente las decisiones, las toma él. Muchas veces yo, en las entrevistas, eh... Se las digo. Yo, veo esto, pero... finalmente tú eres el que tiene que tomar la decisión respecto a esto, o a lo otro, ¿no? Entonces, es verdad que... que, la imagen que muchas veces tenemos es de imponer de... dirigir, de controlar... Y esa, imagen, evidentemente no nos ayuda en los procesos participativos de las personas. Entonces yo creo que, eh... tiene que estar basada en la relación de ayuda, esa como premisa fundamental. Y luego, dejar bien en claro que esto, es, un acompañamiento. Nosotros, somos, como bien dice GDP3-ES, pues un instrumento, una herramienta más, pero evidentemente, no somos la persona que, de alguna manera, dirige su vida, y va a controlar... y, y, y va a decir por dónde tienen que ser las cosas. GDP3-TS5



Yo creo que... que cuando se va a un especialista de lo social, lo que tú necesitas es un, que te den una orientación de cómo reconducir tu vida. Una orientación, que te oriente, que te digan cómo lo tienes que, que, que hacer, ya esté más de acuerdo o menos de acuerdo... (...) Eh yo, lo que sé que esperan es que nosotros orientemos: «fíjate, a lo mejor, esto tendría que ir por aquí», «¿qué te parece si ahora lo hacemos así o lo hacemos así...?» es diferente la devolución de un médico que desde... desde la perspectiva desde lo social pero es un reconducir, un orientar cómo puedes reconducir tu vida. GDP5-TS5

Hay una cosa, hay una cosa que... que me encanta de, de ellos. Y yo creo que es, a lo mejor lo que tenemos que utilizar, en, el en el diagnóstico. Es que ellos, eh... nunca se enfrentan, a lo mejor, dice «hay que cambiar esto, no sé qué...» Ellos, nunca se enfrentan. Lo que le dicen, es, es «mira, yo pienso esto... tú tienes capacidad de elegir, y eso, puede suponer que no arreglemos otra cosa, o demás...» Eso, es... un papel de ase-... de... asesoramiento, pero de asesoramiento indicándole cuáles son las, las consecuencias... A mí me gusta mucho, porque lo hacen sin enfrentarse a la gente, y la gente tomará sus decisiones. Y unas veces les saldrá mejor, y les saldrá... peor. Entonces, yo creo que tenemos que estar en el lao, si fuera un continuo entre... dire-... Entre directricción total, y dejárselo todo a ellos, estaría más en la, en la parte de la mitad para abajo. GDP3-TS3

Pues habrá que, hablarlo y reformar, porque él solo no puede, él si sale del despacho él solo no va a poder. Si ha llegado ahí es porque no puede, si se establece una dinámica de que «tenemos que hacer esto, tienes que tomarte el «gelocatil... bla, bla...» y te dice: «yo no me voy a tomar el «gelocatil porque me salen picores por la nuca y no se qué», pues habrá que redefinir qué te voy a dar, cómo te voy a orientar, pero por supuesto él es participe y tenemos que llegar al «paracetamol», que sí que le sienta bien y que yo considero que eso le va a quitar los dolores. Entonces yo estoy de orientador y él de ejecutor porque él es el que se «tiene que tomar las pastillas» GDP5-TS5

### 7.7.2. Cambio de mentalidad: de la directividad a la participación

Tal y como se ha señalado en apartados anteriores, está extendida la idea de que debe haber un cambio en los modos de entender la interacción entre personas usuarias y profesionales en los SSAP, hacia modalidades más participativas. Este camino requiere de un cambio de conciencia y de hábitos del personal profesional, de las personas usuarias y de la organización.

Entonces, es verdad que... que, la imagen que muchas veces tenemos es de imponer de... dirigir, de controlar... Y esa, imagen, evidentemente no nos ayuda en los procesos participativos de las personas. Entonces yo creo que, eh... tiene que estar basada en la relación de ayuda, esa como premisa fundamental. Y luego, dejar bien en claro que esto, es, un acompañamiento. Nosotros, somos, como bien dice GDP3-ES, pues un instrumento, una herramienta más, pero evidentemente, no somos la persona que, de alguna manera, dirige su vida, y va a controlar... y, y va a decir por dónde tienen que ser las cosas. GDP3-TS5

No estamos acostumbrados, y vuelvo al diagnóstico, no estamos acostumbrados a los codiagnósticos, a las devoluciones... No estamos acostumbrados. No

digo que no separamos hacerlo, digo que no lo estamos haciendo, no lo hemos hecho hasta ahora. Pero es que nos pasa lo mismo en el programa personalizado. Tampoco somos... Entonces, articulamos medidas, o planteamos actividades o tal... que están muy lejos de lo que la persona entiende que es necesario o tal. ¿Qué sucede? Que al final fracasan también los programas personalizados. GDCR1-TS4

A lo mejor en la primera entrevista no puedes decir, pues mira no lo que te pasa es esto. Pero sí que es verdad que en el diagnóstico compartido me imagino que igual en la tercera entrevista... pues ya tienes un poco... A ver, de alguna manera es verdad que... que igual ellos tienen las necesidades que tienen, y nosotros vemos otras. Porque estamos viendo las cosas desde otro ángulo, y eso ellos lo tienen que saber, ¿no? GDP4-TS4

(...) saber cómo se sienten con esto que les está pasando es importante para, para nosotras, salir de ahí, de no solo qué necesitas, eh... sino cómo te sientes con esto, porque en función de cómo se sienten pues tendremos que, que... tirar para un lado o para otro, o antes empezar a hacer otras cosas y resolver otras cosas antes de pasar, como decía GDP5-TS4, solo a, a ver cuál es la situación-problema y vamos al grano, ¿no? No, hay que... hay que mirar cosas antes. GDP5-EF

GDCR2-TS1: Y que haya unos sistemas de selección que... Según el modelo de intervención que queremos tirar para adelante. No me sirve gente directiva en los Servicios Sociales, con la ley que tengo, con la atención centrada en la persona... O sé implica... o trabajamos conjuntamente, o no vamos a ningún sitio. Es decir, es un cambio de chip.

También se señala la necesidad de que dicha interacción se establezca a partir de una relación de igualdad y de simetría de poder entre los dos agentes directos implicados en ella.

Una relación de igualdad. Y no ser el controlador. Porque si no, cómo puedes establecer acuerdos... GDP1-TS3

### 7.7.3. Estrategias para la participación

Las estrategias que las personas participantes expresan para materializar la participación de las personas usuarias en el diagnóstico son:

- Escuchar las soluciones que las propias personas plantean.  
Yo creo que hay también una cosa a tener en cuenta, y es escuchar a la gente qué soluciones tiene. Porque yo creo que las personas tienen soluciones, lo que pasa que a lo mejor no las ven en el momento que estén ahí, o tal... Pero yo creo que escucharlas... GDCR1-TS1
- Utilizar técnicas de recogida de información, gráficas o de otro tipo (DAFO, línea de vida), que proporcionen la información necesaria sobre su perspectiva y vivencia de la situación, útil para contrastar datos, compartir y negociar.

Entonces, le puedes preguntar por la salud y el puedes preguntar por las distintas áreas que tú te estabas planteando también antes, ¿no? Que es, bueno... Entonces desde ahí está recogiendo un diagnóstico que la persona hace sobre sí misma y de una manera fácil, no con un montón de preguntas, que yo creo que eso satura, y sobre todo, cuando no saben, tanta pregunta, ¿para qué?, ¿no? Entonces si tienes aquí un dibujo y él va marcando y tal, el hace su diagnóstico. Y ya el primer día... el primer día o el segundo, cuando sea... se va con algo. Que luego puede contrastar... o se puede contrastar con la valoración que haga el técnico. Y ahí hablarlo y negociarlo. «Oye pues tú aquí te has valorado muy poco y resulta que yo veo que tú tienes esto, y esto, y esto, esto...», como indicadores positivos o factores protectores que llamamos en el tema de menores, ¿no? Entonces yo creo que esa es una manera... de contraste y de poderlo hacer de una manera conjunta, ¿no? GDCR1-TS1

Es lo que decía yo... desde la... de, a través de algún instrumento... pues (INDESCRIFABLE) en el que, a nivel cualitativo, ellos puedan mostrar cómo se encuentran en todos los aspectos de su vida, y manifestar por qué están ahí, o sea por qué piensan que están ahí, que eso es... Por ejemplo, los chavales sí que lo hacemos mucho en menores, «¿tú por qué crees que te han traído?» Y a la familia también, lo que pasa es que luego ya... la adversión. Es que claro si no saben por qué están ahí, ya le dices tú «mira porque ha llegado esto». Pero... pero sí que yo por eso he dicho en el diagnóstico, que tiene que haber una parte en la que ellos... GDP2-TS2

Entonces una herramienta, o varias. Puede ser un DAFO... Para que lo estudien en casa... GDCR2-TS2

Estoy totalmente de acuerdo cuando se dice; el diagnóstico tiene que ser participativo, porque es lo que siempre se nos ha explicado cuando estudiábamos, y es, lo que curiosamente, los únicos que lo hacen, son nuestros alumnos de prácticas. Que manejan una metodología mucho mejor que la que manejo yo, porque a final de cuentas, ellos se pueden sentar, pueden hacer un DAFO, pueden sentarse con ellos a hacer, una línea de vida... pueden sentarse... porque tienen tiempo. Nosotros no tenemos, no tenemos tiempo. GDP3-TS3

- Autodiagnóstico, mediante plantillas de indicadores. El autodiagnóstico se muestra como una técnica a implementar para integrar sistemáticamente la percepción de la persona usuaria utilizando baterías de indicadores, o, en todo caso, enfocar la atención en conocer cómo vive y percibe su propia situación (subjetividad). Además, el autodiagnóstico por escrito permite abordar temas de gran carga emocional, no abordables en una breve entrevista.

GDP4-TS4: Pero yo tampoco creo que... a ver, si se... se, para que no me vea en el extremo de... de concretar... Y suponiendo que el diagnóstico se podría hacer con una plantilla donde el profesional marcara indicadores, ¿no? Que ya es un poco la parte más extrema de... a lo mejor se podría poner la columna de lo que piensa el usuario, o qué piensa la familia, o qué piensa la persona, quiero decir, eh... yo creo que tienen... dificultades en la relación. ¿Tú que piensas? ¿Tenéis...? No, sí, ¿sabes? Y un poco sí se podría ir viendo, cogiendo

la temperatura un poco de la... de la familia. Y simplemente eso, ya cuando tú le devuelves a la familia «pues mira tú piensas que no y yo pienso que sí». Algo tendremos que hacer, ¿no? Como que ya es una manera de ir...

Ay, yo es que estoy aquí dándole vueltas... Y, no sé, esto es una pregunta seria, muy descabellado que no todos los casos, pero hay algunos casos, a lo mejor lo hacéis, no lo sé, yo nunca lo he hecho. De que... La, el propio usuario, después de haber hecho... Sesiones, o sea sesiones, haber estado... Que pudiera a lo mejor elaborar su propio diagnóstico, o sea lo que él entiende qué es lo que le pasa. ¿Sería descabellado? Porque yo digo... A lo mejor, hay gente que podría ser capaz de escribir su propio diagnóstico, lo digo por lo que estás preguntando... Porque a veces preguntas, lo escribimos no lo escribimos. Oye, pues quizás... también sería una cosa más a... Yo siempre pienso que las cosas escritas, de por puño y letra de la propia persona, tienen un mogollón de efecto. O sea, a lo mejor en algunos casos, el, el propio usuario puede escribir qué cree él qué le pasa, por qué le pasa... GDP3-TS2

Claro... porque cuando tú le haces la devolución a la persona, yo antes de hacer un plan de intervención yo le hago la devolución, «mira yo pienso esto, creo que tenemos que hacer lo otro, tal y cual, ¿tú que ves?» Ahí es cuando si tienes esa herramienta en la que él también se ha hecho su autodiagnóstico, puedes decir, «fíjate, qué curioso, que en este aspecto, yo, con la información que tengo, y lo que me has contao y tal, he visto esto y sin embargo tú, pones lo otro...» GDP2-TS2

Ese cuestionario, como cuando vas al dentista y rellenas... ¿eres alérgico?, ¿tienes medicación? «A ver... relléname esto...» Un cuestionario de acceso. GDP7-TS4

- Compartir y consensuar el diagnóstico, como primera estrategia de toma de conciencia para el cambio a partir del intercambio entre profesional y persona usuaria.

Yo creo que de ahí, el diagnóstico comp-... Que se llamaba el diagnóstico compartido, que yo conozco. Que sería el compartido con ellos y con las... GDP4-TS1

Sí que puede ser consensuado, es decir, «yo usted le veo que tiene una carencia económica, una vivienda con barreras insalvables, y tiene una artrosis de cadera que no puede subir las escaleras...». Vale. «¿Qué le parece si se puede adaptar?», «No, no... ¡en mi casa no entra un obrero!». Vale, «tiene una dificultad que podemos prevenir, pero usted ha decidido que esto no se toca...». Efectivamente, la subjetividad existe, ¿no? Y esa persona, igual, el que no pueda subir las escaleras no le supone... no salga de casa, no le supone una vivencia muy negativa, y a otra un gran drama. Entonces, ahí, el diagnóstico será... GDCR1-TS2

Decirle «mira, yo he visto esto, esto y esto, en base a lo que tú me has dicho. ¿Cómo lo hacemos? ¿Qué piensas tú? ¿Estás de acuerdo o no estás de acuerdo? GDCR1-PSI

Pero, ¿no es un proceso? Digo yo. O sea, si en el diagnóstico... El diagnóstico debe de ser compartido con la persona, es decir... «a mí me parece que lo que te está pasando es tal... ¿estamos de acuerdo...? Pon pon pon... sí». Hago el plan

de intervención... Y es materializar lo que ya hemos diagnosticado previamente, conjuntamente. GDCR2-TS1

...el diagnóstico, a ver... pienso que es una herramienta, es un proceso metodológico, pero además es una herramienta en sí para la toma de conciencia. GDP3-TS2

La parte cualitativa y yo creo que donde más dificultad, a lo mejor, puede tener como profesional, es en la parte consensuada. En el momento que yo tengo que compartir el diagnóstico técnico con el diagnóstico personal que hace la persona de su situación, y entre los dos, si queremos avanzar juntos y por esa vía, tenemos que llegar a consensos, sabiendo que mi formación tiene el peso que tiene una información técnica, y que la suya tiene el peso que tiene. Que él es el dueño de su vida, que es algo bastante fundamental. GDCR1-TS3

Escribir el diagnóstico que los usuarios nuestros... Escribirlo es muy complicado y compartiéndolo con ellos. Porque ayer no reíamos un rato... No sé a quién tenía sentado a mi lado... y dices, «a ver cómo le dices...». «Usuario politoxicómano, con 20 años de consumos de todo tipo, que ejerce la prostitución y yo que sé...». Lo tienes que compartir con el usuario, o sea, le tienes que decir. Y a lo mejor... No lo sé... Pero a lo mejor le tienes que decirlo... «Juana, ¿cuánto tiempo has consumido? ¿Estamos de acuerdo en que has consumido durante 20 años? ¿Estamos de acuerdo en que tu niño mayor también consume, porque va con el padre y se dedican a trapichear y tal...?». Y desde ahí «¿qué podemos hacer? ¿Cómo le damos forma a esto?». «Sí, que yo ejerzo la prostitución y mis hijos no lo saben». Vale, pues... yo soy de esta línea. De hablarlo así de claro. Pero luego, a la hora de escribirlo y compartirlo, pues si el usuario está completamente de acuerdo en esa línea, lo puedes hacer. GDCR2-TS4

Entonces, el tener conciencia de lo que ocurre, yo creo que es el primer paso para modificar cosas GDCR1-TS1

No, pero como estamos diciendo que, eh... que... sería interesante, que el diagnóstico fuera consensuado de que tanto lo que piensa el profesional como el usuario coincida. GDP2-TS6

#### 7.7.4. Garantía de participación: documentarla por escrito

Tiene que haber algo que garantice que el usuario ha participado en su diagnóstico y en su plan de intervención. Porque, además, la ley lo dice. Entonces, nosotros creo que debemos garantizarlo. GDCR2-ES

Además, se señala que para garantizar que dicha participación se ha producido, ésta debe ser documentada por escrito.

Un documento escrito en el que haya un reconocimiento del profesional y del usuario, un acuerdo en el diagnóstico, qué es lo que pasa y por dónde... De dónde tenemos que partir. ¿Podría ser eso? Un reconocimiento escrito de que está de acuerdo con esto que se me dice. GDCR2-PSI

O que firmen un documento de «muestro mi conformidad a un diseño conjunto del diagnóstico». GDCR2-TS4

Tiene que haber algo que garantice que el usuario ha participado en su diagnóstico y en su plan de intervención. Porque, además, la ley lo dice. Entonces, nosotros creo que debemos garantizarlo. GDCR2-ES

Tendría que firmar el diagnóstico con el usuario, por ejemplo, ¿no? GDCR2-TS4

### **7.7.5. Límites a la participación según el contexto de intervención**

Aunque es amplio el consenso acerca de la necesidad de que las personas usuarias estén incorporadas al proceso de diagnóstico, las personas participantes también reconocen que pueden existir límites a su participación en función del contexto de intervención que define la interacción. Así, en los contextos de control en los que el personal profesional tiene el deber de protección de personas vulnerables (presuntos incapaces, personas dependientes o con limitaciones en su capacidad de obrar, menores, etc.), son las prescripciones legales las que orientan la intervención profesional, en ausencia de consenso acerca del diagnóstico y la intervención necesaria.

Yo estoy en un contexto institucional con una ley que me obliga a tomar determinadas acciones. Entonces «yo llego hasta aquí, pero si tú no das más, yo tengo que seguir en esta línea». «O puedo acompañarte hasta aquí, tú quisieras que te acompañara más, pero no puedo... Ya tengo que derivarte a otra historia». Es decir, qué puedo hacer, y qué no puedo hacer yo. Es decir... GDCR2-PSI

## **7.8. Síntesis**

En síntesis, respecto al diagnóstico en los SSAP, la construcción compartida de las personas participantes acerca del diagnóstico ideal, de alcance individual y familiar, necesario, pertinente y adecuado a las necesidades actuales de estos servicios reúne los siguientes rasgos:

**Tabla 18. Rasgos definitorios del diagnóstico individual y familiar en los SSAP**

|                  | <b>PERSONAL DIRECTIVO</b>   | <b>PERSONAL PROFESIONAL</b>   |
|------------------|---|---|
| <b>Concepto</b>  | Estrategia de conocimiento para actuar<br>Explicación de una situación personal o familiar (qué pasa)   | Síntesis de datos y su interpretación<br>Evaluación de todos los datos recogidos en el estudio → juicio o valoración profesional  |
| <b>Finalidad</b> | Conocer para actuar<br>Identificar áreas de dificultad o susceptibles de mejora<br>Orientar la intervención   | Orientar la intervención → discriminar el tipo de intervención necesaria<br>Promover la toma de conciencia → espacio de reflexión y búsqueda conjunta con la familia  |
| <b>Contenido</b> | Estandarizado y protocolizado<br>Contenido:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido común a diferentes unidades.</li> <li>• Contenido específico de cada unidad</li> </ul> Basado en evidencias → Indicadores:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos</li> <li>• Subjetivos (vivencia subjetiva) → Permiten personalizar el diagnóstico</li> </ul> Contenidos concretos:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes</li> <li>• Información del contexto</li> <li>• Situación sanitaria, educativa, formativa, laboral, económica, de vivienda, etc.</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Potencialidades</li> <li>• Motivación</li> </ul> | Estandarizado y protocolizado → facilita su elaboración<br>Contenido (consensuado):<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido común a diferentes unidades</li> <li>• Contenido específico de cada unidad</li> </ul> Indicadores<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos</li> <li>• Subjetivos (vivencia subjetiva, potencialidades y capacidades) → Permiten personalizar el diagnóstico</li> <li>• Cuantitativos</li> <li>• Cualitativos</li> </ul> Diferente nivel de profundización en función de la intervención a desarrollar<br>Orientación psicosocial<br>Contenidos concretos:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes</li> <li>• Principales acontecimientos vitales en la historia personal familiar</li> <li>• Situación sanitaria, educativa, formativa, laboral, económica, de vivienda, etc.</li> <li>• Relaciones y límites familiares (dinámica relacional familiar)</li> <li>• Capacidades y potencialidades</li> <li>• Motivación y voluntariedad</li> <li>• Soluciones intentadas</li> <li>• Pronóstico, basado en las capacidades y potencialidades de la persona o familia</li> </ul> |

|                        | PERSONAL DIRECTIVO  | PERSONAL PROFESIONAL  |
|------------------------|---|---|
| <b>Características</b> | <p>Integrado en un modelo/enfoque/proceso de intervención</p> <p>Integrado en un modelo organizativo que permite diferenciar tipos de diagnóstico necesarios: unidades de acogida o primera atención hacen diagnóstico inicial (que también sirven para el triaje de necesidades) y otros</p> <p>Modelo común interequipos → contenido unificado-homogéneo-estandarizado y preestablecido (sistematización <i>versus</i> discrecionalidad) y también flexible o adaptable a cada situación</p> <p>Protocolizado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración con el tiempo suficiente</li> </ul> <p>Obligatorio</p> <p>Explícito: por escrito</p> <p>Sencillo y ágil en su elaboración</p> <p>Útil para el trabajo</p> <p>Informatizado</p> <p>Multidisciplinar</p> <p>Co-diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con otras unidades y sus profesionales</li> <li>• Con las personas usuarias</li> </ul> | <p>Integrado en un modelo/enfoque/proceso de intervención más amplio</p> <p>Integrado en un modelo organizativo que permite diferenciar tipos de diagnóstico necesarios</p> <p>Modelo común interequipos → contenido unificado-homogéneo-estandarizado-protocolizado y preestablecido (sistematización <i>versus</i> discrecionalidad) y también flexible-adaptable-personalizable a cada situación</p> <p>Modelo unificado de diagnóstico para las diferentes prestaciones → interoperabilidad del diagnóstico</p> <p>Multidisciplinar → incorporación de educadoras/es</p> <p>Sintético y concreto</p> <p>Integral <i>versus</i> parcelado</p> <p>Orientado a las necesidades <i>versus</i> orientado a los recursos</p> <p>Protocolizado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración con el tiempo suficiente</li> <li>• Asociado a orientaciones sobre el tipo de intervención a desarrollar → no prescripciones rígidas</li> </ul> <p>Explícito: por escrito</p> <p>De fácil acceso</p> <p>Dinámico</p> <p>Progresivo</p> <p>Sencillo</p> <p>Operativo</p> <p>Útil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el trabajo profesional (no sólo un trámite admvo.)</li> <li>• Para la planificación de programas y servicios necesarios (mediante la agregación de diagnósticos individuales/familiares)</li> </ul> <p>Informatizado</p> <p>Su elaboración no ha de impedir establecer la relación de ayuda</p> <p>Co-diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con otras unidades y sus profesionales, incluida la perspectiva comunitaria</li> <li>• Con las personas usuarias → integra su perspectiva sobre sus necesidades con la perspectiva profesional</li> </ul> |



|                                    | PERSONAL DIRECTIVO   | PERSONAL PROFESIONAL  |
|------------------------------------|--|---|
| <b>Tipologías</b>                  | <p>Necesidad de diferentes tipos de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico global, común a todas las unidades (diagnóstico global 365.º: transversal a las diferentes unidades) + diagnóstico específico, particular a cada unidad (diagnóstico de singularidades en función de necesidades específicas: dependencia, familia y menor, etc.)</li> <li>• Diagnóstico inicial o exploratorio (función 1 → orientar las primeras actuaciones; función 2 → decidir si derivar, planificar intervención conjunta interunidades o ambas)</li> </ul> | <p>Necesidad de diferentes tipos de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico global, común a todas las unidades (diagnóstico global 365.º: transversal a las diferentes unidades) + diagnóstico específico, particular a cada unidad (diagnóstico de singularidades en función de necesidades específicas: dependencia, familia y menor, inclusión, etc.)</li> <li>• Diagnóstico inicial o exploratorio, de orientación más descriptiva (función 1 → orientar las primeras actuaciones; función 2 → decidir si derivar, planificar intervención conjunta interunidades o ambas) y diagnóstico en profundidad, más explicativo</li> <li>• Diagnóstico multidisciplinar = diagnóstico social + diagnóstico psicológico + diagnóstico educativo</li> <li>• Diagnóstico en formato diferente según uso previsto y destinatario: diagnóstico de uso interno (profesional) y diagnóstico de uso externo (persona usuaria)</li> <li>• Diagnóstico común → homogeneiza lenguaje y unifica criterios</li> </ul> |
| <b>Técnicas y fuentes de datos</b> | <p><i>Técnicas</i><br/>Uso de técnicas diversas (no sólo entrevista en despacho)</p> <p><i>Fuentes de datos</i><br/>Principalmente, la persona y/o la familia</p>  | <p><i>Técnicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista</li> <li>• Visita domiciliaria</li> <li>• Genograma</li> <li>• Mapa de red</li> <li>• Análisis DAFO</li> <li>• Historias de vida</li> <li>• Línea de vida</li> <li>• Rueda de la vida</li> <li>• Ficha social</li> <li>• Instrumentos estandarizados</li> </ul> <p><i>Fuentes de datos</i><br/>Principalmente, la persona y/o la familia</p>   |

|  | PERSONAL DIRECTIVO  | PERSONAL PROFESIONAL   |
|--|---|--|
| <b>La participación de las personas usuarias</b> | Coparticipación de las personas usuarias<br>Límites en función del contexto de intervención, especialmente en contextos de control (presuntos incapaces, personas dependientes o con limitaciones en su capacidad de obrar, menores en situación de riesgo, etc.) | Coparticipación de las personas usuarias<br>Autodiagnóstico<br>Uso de indicadores similares a los utilizados por el personal profesional → unifica lenguajes y facilita el consenso<br>Preferencia por las evidencias escritas de su perspectiva |

Fuente: elaboración propia.

## 8. La planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
Elena M. Cortés-Florín  
Alejandro Acebal Fernández  
*Universidad de Alicante*

Claro, sí, pero me refiero que entras directamente pensando en los recursos. ¿Sabes lo que te quiero decir? No pensando, a lo mejor, en un sistema familiar, en... Entrás ya, más, con la perspectiva de decir «a ver esta persona qué quiere, y qué podemos tramitar». GDP1-TS5

Se ha especializado tanto, tanto, tanto, tanto... que se ha perdido el sentido de lo que son los Servicios Sociales Generales. Se ha perdido el sentido. Entonces eso hay que recuperarlo lo primero de todo junto con el diagnóstico: la necesidad de un diagnóstico y la necesidad de planificar la actuación. GDCR2-PSI

### 8.1. Concepto

En cuanto al concepto de lo que debe ser la planificación de la intervención, el personal profesional de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) expresa que debe:

- Por un lado, desde la perspectiva de sus resultados, ser un instrumento para generar cambios.
- Por otro lado, desde la perspectiva profesional, ser una pauta o guía de trabajo, una «hoja de ruta».
- Incorporar el conocimiento multidisciplinar de diferentes perfiles profesionales y también de la familia o la persona usuaria.
- Tener naturaleza dinámica.

Y el plan de intervención es más como una herramienta de cara a propiciar en un tiempo, en una temporalización, que será más, que será menos, con más

agentes, con menos agentes, trabajando más áreas... Esa visión de los 360 grados, habrá algunas que no tendrás que tocar, porque estén bien. Pero no es cuestión que toda la ciudadanía se vaya con un plan de intervención debajo del brazo. Es que... retomando el símil sanitario, vamos al médico cuando nos encontramos enfermos. Habrá alguna persona que tendrás que darle sólo un recurso en concreto, porque en esa mirada, el resto, esté bien. Y tan contenta. GDP1-TS1

Una pauta clarificada de trabajo, creada, con, con, con la sapiencia de todas las personas que hayan intervenido en el estudio de ese caso. GDP5-TS5

Sí, y que participe la familia. GDP5-TS4

(...) nosotros igual que el diagnóstico, decía GDP5-TS5, que está vivo, con mayor motivo la intervención, incluso generaciones tras generaciones está viva, y vamos construyendo un poco mutuamente el conocimiento que nosotros tenemos de nuestra población, y nuestra población tiene de nosotros. GDP5-PSI

Para mí, o sea... eh... en la planificación ideal... ¿no? Partiendo siempre del diagnóstico este, de... de, de, de que la familia pos... tome conciencia... O... de aquellas cosas que ha tomado conciencia, decir, bueno vale... podemos hacer una hoja de ruta, ¿no? Tanto para el usuario... y la familia... como para, bueno, esto... como para mí como profesional, porque una de las veces que me encuentro, es que yo también tengo tareas... GDP3-TS2

## 8.2. Finalidad

La finalidad de la planificación de la intervención es doble:

- Por un lado, responder a las demandas de las familias y a las necesidades diagnosticadas.

Yo creo que tiene que servir para... pues para dar respuesta a la demanda de las... personas y para organizarla... la intervención, ¿no? Creo que, que debe de recoger aquello que la familia quiere solucionar y que el profesional ha visto que es, también un problema y es viable. GDP4-TS2

- Por otro lado, guiar la intervención profesional.

Una pauta clarificada de trabajo, creada, con, con, con la sapiencia de todas las personas que hayan intervenido en el estudio de ese caso. GDP5-TS5

El personal profesional señala también que el proceso de negociación del plan de intervención con las personas usuarias es útil para que éstas tomen conciencia de los cambios necesarios y para promover su implicación en el proceso de cambio necesario.

Y el objetivo... más inmediato, no hace falta pensar en ideal objetivo último a alcanzar, no, si el objetivo por ejemplo en un plan de esta persona consume es, que se dé cuenta, pues el objetivo es que se dé cuenta. Yo no le voy a marcar, que deje de consumir... es ser realistas, en ese plan de intervención con lo que tienes,

y que sea participativo para que la persona se implique... con la comunidad se implique. GDP3-ES

## 8.3. Contenido

### 8.3.1. Contenidos mínimos comunes, contenidos específicos por unidades

Llevamos años pidiendo esto... pero por unidades porque pensamos que además que las necesidades de diagnóstico y de intervención, ¡es que no son las mismas! O sea, el diagnóstico no va centrado a lo mismo, el plan de intervención no va centrado a lo mismo... Entonces sí, podemos hablar en general de las necesidades de un diagnóstico, de qué debería incluir y qué tal... Pero yo pienso que es algo muy concreto... Muy concreto para cada unidad... La tercera edad no puede tener... No-no va a fijarse en su diagnóstico en lo mismo, que se va a fijar menores o que se va a fijar inclusión. Hay cosas muy concretas, y el plan de investigación es lo mismo. Puede haber cosas que haya... Comunes, obviamente porque todo son familias, todo son individuos. Y al final... Es intervención social. Pero... yo creo que... que, a pesar de ser atención primaria y básica, cada unidad tiene cosas muy concretas. GDP2-TS2

### 8.3.2. Enfoque: multidimensional, integral, transversal

Se consideran adecuadas las intervenciones holísticas, considerando las diferentes áreas vitales de una manera integral. Está relacionado con la también participación coordinada de profesionales de múltiples disciplinas. La posibilidad de reestructurar los equipos en más pequeños y diversos facilitaría tal intervención integral multidisciplinar.

GDP3-ES: (...) Y nosotros, yo creo que nos hemos especializado también tanto... que perdemos también la perspectiva de la persona, en su conjunto, en la comunidad, sea educativa, sea vecinal... sanitaria... porque estamos tan compartimentados por la carga de trabajo, de burocracia sobre todo... sobre todo burocracia, y al final parece que las cosas se hacen para tener mejor al individuo y se les atiende, y, que cada una estamos en la parecía porque nos agobia el trabajo que no vemos la otra parte... entonces tenemos casos donde hay menores, donde hay mayores y cada uno lo vive desde una unidad, y eso... es tan absurdo, es muy absurdo... entonces, pues a lo mejor hay que... yo, solamente he trabajado en los ayuntamientos de Servicios Sociales en San Vicente, en Alicante. Cuando trabajé en San Vicente se trabaja por zonas... y siempre lo he dicho, me gusta mucho más, lo veo un trabajo más integral, porque es lo que dice GDP3-TS3. Tu trabajas en un... barrio... y como trabajadora social, que allí estuve también de educadora y trabajadora social, atiendes cualquier caso que te llegue... haces una ayuda a domicilio, atiendes a un menor en riesgo... eh... situación de maltrato, de... atiendes todo, con un equipo. Y, a la vez, te da una visión de barrio, de las problemáticas que se dan en el barrio, de las familias que se dan en el barrio. A mí me gustaba más esa visión, que la especialización, que tenemos tan compartimentada ahora, que además, estando en el mismo

equipo, nadie sabe lo que hace el otro... Ni qué casos lleva el otro. Y de pronto te enteras... ¡Anda!, ¿tú llevas a este? Pero si está en mí, si yo también lo llevo...

### 8.3.3. Estandarización... pero personalizable

Se sugiere el empleo de criterios comunes y estandarización de las áreas a intervenir, pero teniendo en cuenta las particularidades de cada unidad. La estandarización y sistematización pone límite a la discrecionalidad de centros y profesionales, y permite recabar información con ánimo de evaluar y mejorar, además de repartir más adecuadamente las cargas de trabajo entre profesionales.

GDP6-TS1: Un lenguaje común en los planes de intervención también, porque a veces yo entiendo «no sé qué» y lo plasmo de esa manera... bueno, en principio, no tenemos ni siquiera los ítems cada uno, se ha hecho su plan de intervención, cuando has detectado algo en algún sitio y te ha gustado te has hecho un nuevo modelito, es que entre las compañeras incluso, cada una tiene su modelito, hombre no puede ser señores, Ayuntamiento de Alicante, ¿dónde vamos? Eso sería, lo primero, unificar, y luego el lenguaje común, (PAUSA) para empezar (ASIENTEN). Después de... 1.200 años... Bueno, no pasa nada.

GDP6-TS4: Seguimos hablando de lo mismo de diferente manera.

GDP6-TS5: Es un discurso que viene de... (INTERRUPCIÓN)

GDP6-TS1: Es que pillas un plan de intervención de otra...»ay, mirad que bonito que ha puesto... voy a cogerle...», hombre no... claro..

No obstante, esta estandarización ha de permitir también la personalización de la planificación para ajustarla a cada situación particular.

Las áreas... En las áreas sí, porque tú tienes que ver todas las áreas, pero para cada familia tiene su traje... Tú tienes que hacer un traje a medida, de esa familia.

GDP7-TS3

### 8.3.4. Componentes

Las principales dimensiones o componentes concretos del plan de intervención son los siguientes:

- Áreas de intervención.

Las áreas... En las áreas sí, porque tú tienes que ver todas las áreas, pero para cada familia tiene su traje... Tú tienes que hacer un traje a medida, de esa familia.

GDP7-TS3

Tú tienes que saber, si quieres llegar a un consenso con una persona porque tú has percibido áreas que tú le puedes decir «mira, desde el punto de vista técnico aquí veo esto, y tú estás viendo esto... GDCR1-TS3

- Objetivos a alcanzar.

Dentro de esa temporalización está también qué objetivos vas a trabajar en ese tiempo. Qué objetivos y qué resultados son previsibles o esperas. GDCR2-PSI

Eso tiene que ver con los planes de intervención. Es decir, «yo con esto, ¿qué puedo hacer? ¿Puedo conseguir algo?». «Sí». Pues me lo marco, mi tiempo, mis actividades, tal... Me lo evaluó, y si lo he conseguido, estupendo, lo termino. GDCR2-TS1

- Resultados previstos.

Dentro de esa temporalización está también qué objetivos vas a trabajar en ese tiempo. Qué objetivos y qué resultados son previsibles o esperas. GDCR2-PSI

- Actividades a realizar.

Entonces creo que tanto el diagnóstico como la intervención, tenemos que tener claro eso. Los recorridos que van a tener, qué vamos hacer los unos y los otros, y en qué momento lo vamos a revisar. Y a lo mejor llega un momento que dices «mira pues vamos a parar aquí, vamos a tomarnos unos meses de respiro, porque esto ya lo tienes controlado, y esto también, y...», no lo sé... GDCR1-TS3

Eso tiene que ver con los planes de intervención. Es decir, «yo con esto, ¿qué puedo hacer? ¿Puedo conseguir algo?». «Sí». Pues me lo marco, mi tiempo, mis actividades, tal... Me lo evaluó, y si lo he conseguido, estupendo, lo termino. GDCR2-TS1

Por eso las actividades son importantes, quiero decir, si te nutres de eso y de cosas que él sabes que va a poder ir haciendo y que además le apetece y que quiere, pues a lo mejor lo planteas desde ahí... GDP6-TS1

- Agentes implicados (profesionales, personas usuarias, otros) y sus responsabilidades y compromisos. Desde la perspectiva de las personas participantes se deben incluir expresamente las responsabilidades del personal profesional (objetivos, acciones y resultados esperados), al igual que las de las personas usuarias.

Entonces creo que tanto el diagnóstico como la intervención, tenemos que tener claro eso. Los recorridos que van a tener, qué vamos hacer los unos y los otros, y en qué momento lo vamos a revisar. Y a lo mejor llega un momento que dices «mira pues vamos a parar aquí, vamos a tomarnos unos meses de respiro, porque esto ya lo tienes controlado, y esto también, y...», no lo sé... GDCR1-TS3

\*\*\*

GDP4-TS1: Claro, a lo mejor, por ejemplo. Sí, yo creo que sí lo debería de poner. Porque por ejemplo si tú lo estás diciendo a la familia, la familia te ha venido y te ha planteado pues tiene un problema con el cole. Entonces tú le dices «mire, yo me voy a poner en contacto con el colegio, voy a hablar con la directora, vamos a ir... No sé, mensualmente y vamos a recopilar información de cómo va tu hijo tal». Para poner un ejemplo, pues a lo mejor eso también se puede colocar, vamos a coordinarnos desde el centro social y se va a hacer un seguimiento de tal cosa.

GDP4-TS2: Sí, eso sería como una especie de contrato de dos partes.

GDP4-TS1: Claro, yo creo que se está refiriendo, o contacto con el centro de salud... Siempre que lo autorice, porque también tiene que ir con autorización y tal. Eh... de cara a también, tener, mantener el contacto con los profesionales de allí para poder... Realizar un buen seguimiento. Además, creo que ahora se pide, ¿no? El consentimiento de, de la... de la familia. O sea, si no te firma el consentimiento como para poder hablar con él, entonces claro, ya de algún modo eso se lo has tenido que plantear.

GDP4-TS2: Sí, sí... Y eso ayudaría también porque daría mucha más claridad al movimiento que nosotros también hacemos, que expresamos...

GDP4-TS1: Es que a lo mejor la familia va aquí, aquí y allá, y luego se da cuenta de que es que somos todos los mismos. Que es que tú te estás, recorriendo todos estos sitios, pero es que, me estoy enterando de cuando vas aquí, cuando vas aquí y cuando vas aquí, y eso estamos todos en el mismo... en el mismo barco, quiero decirte que eso se sabe desde un principio...

\*\*\*

Pero como profesional... el proyecto... operativo, de intervención o plan de intervención... Yo creo que el profesional se tiene que mojar un poco o bastante. Tiene que decir, a ver... «yo creo desde el punto de vista técnico, con equis horas que le voy a dedicar a este caso... en acompañamiento determinado...». Es decir, todo esto está establecido en una metodología, un tiempo que voy a dedicarle a este trabajo con la implicación de esta persona, vamos a conseguir que esta persona, o esta familia, realice determinados cambios. «Estos son los logros, los objetivos concretos...». Pero para conseguir eso yo escribo que «voy a dedicarle tres horas de entrevista o lo que sea, o una mañana de acompañamiento a un determinado recurso...». Y «con eso, puede conseguir esto». Pues luego habrá que evaluar si se ha conseguido o no. Pero yo creo que hay es muy importante que el profesional se acostumbre a mojarse. Es decir... «tengo que saber cómo diseñar esto porque es importante determinar desde hoy qué tiempo me va a dedicar este proyecto de intervención. Si me va a dedicar una mañana, tres horas y no sé qué». Y eso lo tengo que saber. Y con eso tengo que tener resultados, y si no, pues lo evaluaré y tendré que hacer otra cosa. Entonces yo creo que también, incluye... GDCR2-ES

\*\*\*

Y los técnicos. A qué te comprometes tú... A qué te comprometes tú. Hasta dónde vas a llegar, hasta dónde lo vas acompañar... GDCR2-PSI

Y determinamos cuál es la (responsabilidad), del profesional y cuál es de la, de cada miembro de la unidad familiar. GDP2-TS5

- Sistema de coordinación entre los agentes implicados.

Ya... esas no, cuando hacemos un plan con la familia no recogemos esas otras actividades como es... la coordinación con otros sistemas, o el trabajo en red... GDP4-TS2

Y luego también la importancia de una coordinación... periódica, de todos, que a veces es como que definimos ya el plan de intervención, cada uno sabe...



y estamos metidos en esta vorágine laboral, que luego no hacemos un... una evaluación de cómo va, por dónde redirigimos, si algo ha fallado... GDP5-ES

- Recursos necesarios (municipales y no municipales).

El plan de intervención no es solo lo que haces tú desde los Servicios Sociales (ASIENTEN), leche, es que hay todo un abanico de recursos que lo tienes que recoger (...) GDP6-TS1

- Prioridades.

Hay que ajustar el sistema. Seguramente, que rebajar un poco... ¡incluso nuestras aspiraciones! Que a lo mejor no hace falta cubrirlo todo a la vez. A lo mejor podemos hacerlo por partes, a lo mejor podemos empezar por lo que la persona entiende que es más grave... Porque es una manera, un poco, de asegurarnos que va a continuar con nosotros... No sé. GDCR1-TS4

- Plazos (temporalización). Se señala la necesidad de establecer plazos de acciones y temporalización estimada de los objetivos y resultados a alcanzar.

GDP2-TS2: (...) Por eso te digo tiene que ser también temporalizado para, para ver... porque... Y, y, y evaluado en el tiempo para que esos ítems del plan de intervención cambien si son necesarios, porque pueden ser por circunstancias o por cosas que ya se han conseguido, no las mantenemos en el plan de intervención, habrá más cosas nuevas...

Dentro de esa temporalización está también qué objetivos vas a trabajar en ese tiempo. Qué objetivos y qué resultados son previsibles o esperas. GDCR2-PSI

Yo quiero incidir en el tema de la temporalidad. Tienen que hacerse con un tiempo. GDCR2-TS1

Hay que ajustar el sistema. Seguramente, que rebajar un poco... ¡incluso nuestras aspiraciones! Que a lo mejor no hace falta cubrirlo todo a la vez. A lo mejor podemos hacerlo por partes, a lo mejor podemos empezar por lo que la persona entiende que es más grave... Porque es una manera, un poco, de asegurarnos que va a continuar con nosotros... No sé. GDCR1-TS4

Eso tiene que ver con los planes de intervención. Es decir, «yo con esto, ¿qué puedo hacer? ¿Puedo conseguir algo?». «Sí». Pues me lo marco, mi tiempo, mis actividades, tal... Me lo evaluó, y si lo he conseguido, estupendo, lo termino. GDCR2-TS1

Que para estar, es tan importante el diagnóstico porque... si partes de muchas dificultades no vas a poner un plan de intervención... Por eso te digo tiene que ser también temporalizado para, para ver... porque... Y, y, y evaluado en el tiempo para que esos ítems del plan de intervención cambien si son necesarios, porque pueden ser por circunstancias o por cosas que ya se han conseguido, no las mantenemos en el plan de intervención, habrá más cosas nuevas... GDP2-TS2

Y luego a ese plan de intervención hay que introducirle el tiempo, pero ya no tanto... «ya sé que las cosas...», «como máximo dos años a los 6 meses no sé

qué», sino con ellos, quiero decir, eh... pues después de esas tres o cuatro sesiones primeras, les damos nuestra devolución: «¿y ustedes están de acuerdo con esta decisión?» GDP6-PSI

- Sistema de seguimiento periódico y evaluación conjunta temporalizado, con indicadores medibles. Se insta a incluir el seguimiento, la revisión y evaluación de los objetivos y resultados previstos, así como el grado de satisfacción de las personas usuarias, por medio de indicadores concretos, y de los compromisos adquiridos por el personal profesional y por las personas usuarias. Esta medida limita la cronificación de casos y el no cierre de expedientes. La revisión periódica también permite una distribución óptima de casos por profesional, ya que se toma conciencia de la dedicación que requiere cada caso. La evaluación de objetivos también requiere, tal y como reportan, de mayor inversión de tiempo por caso.

El propio plan de intervención creo que tiene que tener ya diseñados los indicadores de evaluación que se van a tener en cuenta. Y sus indicadores, en un tiempo que está establecido, se va a evaluar y vemos si hay que hacer un nuevo plan, o hay que cerrar o hay que... GDCR2-ES

GDP6-PSI: (...) Y luego revisar cada «x» tiempo un poco, y tenemos preguntas escala, tenemos un montón de historias para decir: ¿estábamos dónde deberíamos estar?... no sé cuánto... eh, y todas esas preguntas. Y dentro de 6 meses dónde estaría... (VOZ DE FONDO: ¡Qué bonito!)

Entonces creo que tanto el diagnóstico como la intervención, tenemos que tener claro eso. Los recorridos que van a tener, qué vamos hacer los unos y los otros, y en qué momento lo vamos a revisar. Y a lo mejor llega un momento que dices «mira pues vamos a parar aquí, vamos a tomarnos unos meses de respiro, porque esto ya lo tienes controlado, y esto también, y...», no lo sé... GDCR1-TS3

Eso tiene que ver con los planes de intervención. Es decir, «yo con esto, ¿qué puedo hacer? ¿Puedo conseguir algo?». «Sí». Pues me lo marco, mi tiempo, mis actividades, tal... Me lo evaluó, y si lo he conseguido, estupendo, lo termino. GDCR2-TS1

(...) lo que sería ideal... pues eso poder marcar en esa planificación... momentos de... «vamos a evaluar cada, ¿cuánto tiempo crees que podemos evaluar...?, uhm... si has logrado o no el objetivo, cómo sabremos qué lo has logrado», que él mismo diga «pues yo, se ve que lo he logrado cuando...» GDP3-TS2

Que para estar, es tan importante el diagnóstico porque... si partes de muchas dificultades no vas a poner un plan de intervención... Por eso te digo tiene que ser también temporalizado para, para ver... porque... Y, y, y evaluado en el tiempo para que esos ítems del plan de intervención cambien si son necesarios, porque pueden ser por circunstancias o por cosas que ya se han conseguido, no las mantenemos en el plan de intervención, habrá más cosas nuevas... GDP2-TS2

Y de hecho cuando haces... cuando hace eso con las familias que pones por escrito, eh.. Pues lo que pre... de dónde partimos, dónde hemos llegao... las familias mismo se sorprenden, porque efectivamente llevamos la sensación que

llevo aquí tres años y mi... situación está igual, si no llevo aquí seis meses, y en seis meses vale, es verdad que me queda por conseguir. Pero ya, he alcanzado...

GDP4-TS1

Evaluación de la familia... de alguna manera que ellos pudieran en cada uno de los puntos evaluar un poco el nivel de satisfacción, si la va a cumplir, si piensa si lo ha cumplido en parte, mucho o poco, si se siente satisfecha... O no. No sé qué, que se implique también. GDP4-TS2

Claro, pero es que el plan de intervención tiene que tener un, un apartado que sería la evaluación, ¿no? de ese plan de intervención y no, y no los hacemos, porque eso podría ser el pantallazo, ¿no? GDP5-EF

Entonces, a lo mejor si con los planes estos de intervención, se pudiese ver... qué objetivos se han cumplido, que no tienen nada que ver con lo que has estado haciendo, pues a lo mejor también tendría otro valor. GDP7-TS3

Sí, y en este caso, además sirve para la familia, porque la devolución que haces es mucho más concreta, con lo cual, lo entienden, y para ti, porque tienes la sensación pues de haber tenido logros, de cambios, de resultados, porque si el objetivo es...GDP5-EF

- Consecuencias derivadas de la no ejecución de la planificación o cuando no se logran los objetivos.

Pactado en el sentido de que tú sabes que, si esto no eso, tiene unas consecuencias, pero estás conforme a que esto es lo que hay que hacer, eh tendría que tener un objetivo claro... (...) Porque si no... Unos tiempos de evaluación... GDP2-TS2

Y de cumplimiento... que, no tienen por qué ser los mismos para todos los ítems dentro del plan de intervención, y que además en la evaluación se pueden cambiar y ver por qué no se han logrado, si se han logrado... GDP2-TS2

el plan de intervención, en nuestro caso, eh... conlleva... o sea, yo le echo en falta que, realmente sea verdad, o sea, que si tú dices: «esto no puede ser porque si no es, traerá consecuencias», que las consecuencias existan, porque si las consecuencias no existen, entonces... realmente tienes un instrumento «cojo». GDP5-PSI

- Criterios de cierre o terminación. Se señala la necesidad de contar con criterios de finalización de la intervención, aspecto éste que ahora es considerado una dificultad. Por un lado, la temporalización de la intervención, que permite señalar sus límites temporales y, por otro lado, la evaluación de resultados, que señala los logros previstos que se han alcanzado, proporcionan criterios para la finalización de las intervenciones.

El gran problema que tenemos, por ejemplo, con menores, es que abres un caso y no sabes nunca cuándo cerrarlo porque... a lo mejor se cumple un objetivo, pero otro no. Y no sabes... Que pienso que tiene que estar claro, tiene que estar temporalizado, y cerrar y evaluar. GDCR2-ES

El propio plan de intervención creo que tiene que tener ya diseñados los indicadores de evaluación que se van a tener en cuenta. Y sus indicadores, en un tiempo que está establecido, se va a evaluar y vemos si hay que hacer un nuevo plan, o hay que cerrar o hay que... GDCR2-ES

Y luego hay casos en los que los tienen y no hacen nada, porque no pueden. Porque a lo mejor la persona no es colaboradora o porque está saturada o por lo que sea. Pero tampoco lo cierran porque «cómo lo voy a cerrar...». Y entonces están ahí, como en tierra de nadie. GDCR1-PSI

Y es que de cara a la familia también, el decir mira, hemos conseguido los objetivos vamos a cerrar, también obtenemos una satisfacción. Es cuando estás enfermo y te dan el alta, «mira me han dado de alta», dice «me han dado el alta», ya, pero lo mismo... Ya no es lo mismo, ya no estoy ahí dependiendo de los servicios, aún... a no ser que haya cerrado un caso porque... no se pueda intervenir y sea lo contrario. Pero no sé, es decir... bueno, ya... si lo necesito volveré, pero en principio no tengo que volver. Pero no lo veamos como que lo cerramos para tener uno menos, ya podemos coger otro. Sino también como una manera de, pues eso, de haber conseguido, pues el plan de intervención que se ha propuesto. O... o... Mínimamente o lo que... hasta dónde se haya... GDP4-TS3

Y con respecto a eso, son abiertos, pero también, para mí es importante, y nosotros eso lo vemos, lo decía antes GDP5-TS4: acotar en tiempos, ¿no?, o sea.: ¿qué voy a trabajar, esto? Pues lo trabajo y cierro, y si lo tengo que volver a abrir, vuelve a tocar sin tener que pasar por la casilla. GDP5-EF

Eso es, pues en 6 meses lo vuelvo a abrir, pero en 6 meses hay una situación diferente y volvemos a trabajar otra cosa, porque además, a nivel educativo es que para la familia es necesario, es que si no, y no cierra nunca, nada, es meterlo ahí y que no mejoro, que me necesita... y que los mensajes que mandamos, claro, son nefastos, son contradictorios a nuestro plan de intervención. GDP5-EF

Y luego otra... aparte de todo lo que habéis dicho del plan de intervención, una de las cosas fundamentales que... que yo también... veo, en el ideal que debería establecerse... es, el tiempo que la persona y tú... establecéis es en ese recorrido del plan de intervención. Y, cerrar y evaluar conjuntamente ese plan de intervención, y... no abordar todas las problemáticas, sino aquellas que estén dispuestas el usuario a conocer. (...) Y, cerrar y evaluar conjuntamente ese plan de intervención, y... no abordar todas las problemáticas, sino aquellas que estén dispuestas el usuario a conocer (...) Entonces el tiempo y el cerrar la intervención, y usted venga otra vez, cuando tenga que... otra vez, creo... Por supuesto, uhm... cerramos cuando son las ayudas, terminan las ayudas, terminan todos los recursos que le hemos pedimos, pum, cerramos. Y no es esa el cierre, porque la persona se queda igual, tú le has resuelto le has dado... es como si hubiera ido a hacerse el padrón de habitantes. Entonces... desde ahí pues... no le ha dado ningún resultado. Entonces con lo cual, esa es una, parte fundamental del plan de intervención para mí. GDP3-TS1

En síntesis, no resulta sencillo determinar el momento más oportuno para el cierre de un expediente. Se plantea que ha de ser al completar una intervención que contemple objetivos concretos, realistas y revisables.

GDCR1-PSI: (INTERRUMPE) Y luego hay casos en los que los tienen y no hacen nada, porque no pueden. Porque a lo mejor la persona no es colaboradora o porque está saturada o por lo que sea. Pero tampoco lo cierran porque «cómo lo voy a cerrar...». Y entonces están ahí, como en tierra de nadie.

GDCR1-TS1: Estamos como que... nos metemos en unas bolas, a veces, nosotros mismos, ¿no?

GDCR1-TS3: Sí.

GDCR1-TS1: De no cerrar, por ejemplo, casos. No somos omnipotentes. Quiero decir, vamos a ver lo que hay que hacer y con unos objetivos concretos. Y en el tema de menores, por ejemplo, pues a veces hay que cerrar. Bueno, y otra cosa. La consecución de objetivos. A lo mejor hay que darse con un canto en los dientes si hemos conseguido los objetivos parciales, porque ha ido fenomenal, y para la situación de partida, conseguir unos objetivos parciales es muy importante.

\*\*\*

GDCR2-ES: (...) Y ahí yo creo que es fundamental que haya unos objetivos muy concretos y temporalizados. El gran problema que tenemos, por ejemplo, con menores, que abres un caso y no sabes nunca cuándo cerrarlo porque... a lo mejor se cumple un objetivo, pero otro no. Y no sabes... Que pienso que tiene que estar claro, tiene que estar temporalizado, y cerrar y evaluar. Porque si no, estamos siempre empantanados, enfangados con los casos. Entonces yo pienso que esto es importante. Tenemos un caso, tenemos una familia, tenemos un problema... una cosa que queremos trabajar, «y este es el diseño... el diagnóstico y el diseño del plan la intervención». «Estos son los objetivos, esto son las tareas y las actividades, los compromisos que alcanza la persona... y estos son, además...». El propio plan de intervención creo que tiene que tener ya diseñados los indicadores de evaluación que se van a tener en cuenta. Y sus indicadores, en un tiempo que está establecido, se va a evaluar y vemos si hay que hacer un nuevo plan, o hay que cerrar o hay que...

GDCR2-TS1: Yo quiero incidir en el tema de la temporalidad. Tienen que hacerse con un tiempo.

GDCR2-TS4: Acotado.

GDCR2-TS1: No puede ser, como más tenido experiencias, de casos de niños que empiezan a ir al centro socio educativo cuando son pequeñitos, porque vienen de una familia que tal... y como decía una compañera: «están ahí hasta que se van a la mili».

GDCR2-PSI: Bueno, yo puedo hablar de un caso... que está en intervención desde 1997...

(RIEN)

GDCR2-PSI: Y sin parar. Sin parar. Puedo decir que un caso que está en intervención sin parar desde 1997.

GDCR2-TS4: Y seguro que la lleva la misma profesional.

En relación con la determinación del momento más adecuado para cerrar un expediente, se encuentra la cronificación de casos. Las personas participantes se interrogan sobre la elevada dedicación en recursos que hay que hacer y se reconoce que actitudes de «tutela» generan tal cronificación. Por el contrario, el seguimiento y evaluación periódica de intervenciones que contengan objetivos concretos y realistas, o un diagnóstico compartido/consensuado, limitarían el fenómeno de la cronificación de casos.

GDCR2-PSI: Y habrá que soltarlos de la mano. Cuando uno es demasiado directivo, lo que hacemos es cronificar. Cogemos a la persona de la mano y lo hacemos menor de edad, por llamarlo de alguna manera, y claro, así pasa, que no los soltamos nunca. Porque si lo soltamos... «¿y si se cae?», «Pues si se cae, ¡qué le vamos a hacer!». Ya se levantará. Entonces en eso...

\*\*\*

Pero a lo mejor decir «bueno pues en situaciones así, las deberíamos revisar cada tres meses, cada cuatro meses, que me salga un chivato en la ficha social...».

GDCR1-PSI: Claro, claro.

GDCR1-TS2: Sí.

GDCR1-PSI: Es que si todo estuviese (INCOMPRESIBLE), por ejemplo, no pasaría lo que dicho ella de la cronificación de los casos. Los casos se cronifican porque el profesional tampoco sabe muy bien hacia dónde tirar. Si todos supiésemos más o menos los pasos que hay que seguir, sabríamos cuándo hay que darle fin, cuándo...

\*\*\*

GDCR2-ES: (...) Y ahí yo creo que es fundamental que haya unos objetivos muy concretos y temporalizados. El gran problema que tenemos, por ejemplo, con menores, que abres un caso y no sabes nunca cuándo cerrarlo porque... a lo mejor se cumple un objetivo, pero otro no. Y no sabes... Que pienso que tiene que estar claro, tiene que estar temporalizado, y cerrar y evaluar. Porque si no, estamos siempre empantanados, enfangados con los casos. Entonces yo pienso que esto es importante. Tenemos un caso, tenemos una familia, tenemos un problema... una cosa que queremos trabajar, «y este es el diseño... el diagnóstico y el diseño del plan la intervención». «Estos son los objetivos, esto son las tareas y las actividades, los compromisos que alcanza la persona... y estos son, además...». El propio plan de intervención creo que tiene que tener ya diseñados los indicadores de evaluación que se van a tener en cuenta. Y sus indicadores, en un tiempo que está establecido, se va a evaluar y vemos si hay que hacer un nuevo plan, o hay que cerrar o hay que...

GDCR2-TS1: Yo quiero incidir en el tema de la temporalidad. Tienen que hacerse con un tiempo.

GDCR2-TS4: Acotado.

GDCR2-TS1: No puede ser, como más tenido experiencias, de casos de niños que empiezan a ir al centro socio educativo cuando son pequeñitos, porque

vienen de una familia que tal... y como decía una compañera: «están ahí hasta que se van a la mili».

GDCR2-PSI: Bueno, yo puedo hablar de un caso... que está en intervención desde 1997...

(RIEN)

GDCR2-PSI: Y sin parar. Sin parar. Puedo decir que un caso que está en intervención sin parar desde 1997.

GDCR2-TS4: Y seguro que la lleva la misma profesional.

## 8.4. Características

### 8.4.1. Modelo común (estructura de contenidos) prescrito por la organización

Las personas participantes expresan la necesidad de disponer de directrices o de parámetros de actuación para planificar la intervención, que regulen el tipo de intervención, su duración, los objetivos generales, los motivos y momentos de cierre, etc. Ello evita la cronicidad en las intervenciones y facilita el trabajo del personal profesional. Como se ha señalado a propósito de la definición del modelo organizativo y del modelo de diagnóstico, las personas participantes esperan que el modelo de planificación de la intervención se realice con la participación profesional.

...pero unos criterios sí que son comunes. GDCR2-ES

Un modelo de mínimos. Porque lo hemos hecho, lo hemos hecho el criterio de cada unidad. GDCR2-TS4

\*\*\*

(...) tiene que ser generalizado y definido, pero también... pero también con un margen...GDP7-TS4

Una cosa es generalizar las áreas, pero la intervención... GDP7-PSI

Las áreas... En las áreas sí, porque tú tienes que ver todas las áreas, pero para cada familia tiene su traje... Tú tienes que hacer un traje a medida, de esa familia. GDP7-TS3

\*\*\*

Pero sin criterio, me refiero... Han, han querido establecerlo en todas las unidades iguales, en menores... tres días de tres entrevistas más una, más luego las nuestras... tú dices, vale, y la semana que tengo reuniones con los colegios y con tal, digo que me cuenta, como... dos entrevistas por ejemplo si hablo de doce menores... o como... una entrevista... pero he estado dos horas fuera... porque luego nos toca hacer el acta... Y... El día que tenga comisión que bajo a Consellería y tal... eso como... ah, es que eso no sabemos. Tú tienes que tener tres y días y ya. No, pero, pero... pregúntanos. GDP2-TS2

(...) a mí... nadie me ha dicho cómo tengo que hacer un, un... cierre de intervención ni como tengo que hacer una devolución. A eso me refiero cuando no hay procedimientos, cuando hay un cierto abandono hacia también no solamente, la... Lo cuantitativo, sino lo cualitativo. Entonces, la devolución, lo que tú estabas diciendo de cierres, que yo no sabía que lo estabais haciendo, sí que... a veces cortabais la atención, pero que no os lo cortabais desde ahí. Pues es muy recuperable, está muy bien... Y también, cómo se cierran, ¿no? Como cierra este compañero, como cierra el otro, cómo se debería de cerrar, cuáles son las cosas que se deberían de rescatar... Porque sí que se hace, pero se hace... también como se puede... GDP4-TS2

Que se tenga en cuenta a los técnicos... Porque por ejemplo lo que nos plantearon no hace mucho... que eso esté dentro del plan de intervención. Unas directrices de cada unidad... cuántas entrevistas tenemos que hacer, cuántas visitas tenemos que hacer... Perdona... Pe-... Para mí eso es una barbaridad, tú no puedes decir si tú no estás aquí... Ah-ah... tú no puedes decir que, por ejemplo, valoraciones en, en nuestra unidad eh... pues cada profesional tenemos que salir... Tres días, creo que eran tres días a valorar... uhm... tendré que ver yo... profesionalmente, personalmente, si tengo capacidad para salir tres días a valorar... porque a lo mejor salgo dos días, y voy hasta aquí y no saco lo que me dejo en pendiente, es decir, que no me impongas... tres días... cinco valoraciones. Cada uno tenemos que ver... nuestras capacidades y hasta donde llegamos y esa presión... GDP2-TS4

Claro, comprometerme así a ojos cerrados, pues no... Yo por mi parte... no, no creo que eso sea el problema, o sea yo me puedo comprometer con algo de lo que soy partícipe, y que siento mío, ¿no? De lo otro pues yo cumpliré por mis funciones... Evidentemente, y, y, y trabajaré, eh... con la dedicación, disponibilidad y cumpliendo con mis obligaciones, como siempre. Pero, hay diferencias, en trabajar con ilusión o no. ¿No? Y yo creo que para eso pues también hace falta, eh... que, el proyecto que surja, y, y, y el producto que surja, que lo sintamos también como nuestro, ¿no? Creo que eso es importante. Que no sea impuesto... que no sea impuesto... Porque si es impuesto es un poco compromiso vamos a conseguir más allá del cumplir con el A, B, C. Y estoy hablando a... a corazón abierto, vamos... no sé... GDP2-TS3

En la misma línea de ideas, plantean que se precisa una estructura común estandarizada y serán los contenidos concretos de la planificación para cada persona o familia los que necesariamente lo personalicen.

Que no se base solo en objetivos, recursos, aplicar... O sea, todo como muy estandarizado, pero luego dices: «Vale está muy bonito en el papel, pero ¿y qué?», o sea, la persona que se lleva... Yo como trabajadora social también me siento a gusto con lo que he hecho... Está muy... esquemati... muy condicionado. GDP7-TS1

(...) nosotros no lo tenemos estandarizado, ¿eh? O sea, lo tenemos por áreas y entonces tú defines. (...) Porque son áreas. O sea, tú pones «en el área de



vivienda, en el área de salud, área no sé qué...», y luego tú ya decides específicamente, esa familia, en esa unidad... O sea... eso ya no puede estar estandarizado.

GDP7-PSI

No es «clic, clic, clic...», como el diagnóstico. GDP7-PSI

Claro, no puedes poner a todos igual... GDP7-TS4

#### **8.4.2. Congruente con el contexto desde el que se realiza (SSAP)**

Las personas participantes plantean que la planificación de la intervención que diseñe ha de ser congruente con el contexto en que se realiza, es decir, ajustada a su ámbito competencial y, por tanto, a sus posibilidades de acción.

Con unos objetivos mínimos, teniendo en cuenta dónde estamos interviniendo, en Servicios Sociales Generales. Servicios Sociales Generales. Tienen que ser planes de intervención dentro de un contexto de Servicios Sociales Generales. No perder de vista eso. Yo siempre digo, «yo la gente le pongo un traje y se lo pongo con alfileres para la prueba». Mientras le aguante, va bien. Si luego se pega con grasilla y ya se le queda para siempre, ¡mira tú qué bien! Porque estoy en Servicios Sociales Generales, yo no puedo hacer un trabajo más exhaustivo, porque estoy donde estoy. GDCR2-PSI

#### **8.4.3. Necesidades y diagnósticos diferentes, planes diferentes**

Al igual que ocurrió en el diagnóstico, las personas participantes señalan que las situaciones diversas que abordan los SSAP requieren discriminar la necesidad o no de planificar una intervención posterior a partir del diagnóstico realizado, y, en este último caso, disponer de diferentes tipos de planes. Sobre esta característica volveremos más adelante al abordar las tipologías de planes necesarios en los SSAP.

Y... también habrá que hacer en algún momento... Tendremos que hacernos una pregunta... (RIE). Es que esto va a venir... pero... ¿no es necesario programas personalizados en todos los casos? GDCR1-TS4

Yo creo que no, yo creo que eso va a depender del diagnóstico. GDCR1-TS3

\*\*\*

Yo creo que lo primero que tenemos que saber, una vez hemos terminado el diagnóstico, es decidir si debemos iniciar un programa personalizado o no. Si la persona está en disposición de hacer, o no. GDCR1-TS4

#### **8.4.4. Multidisciplinar y coordinado interunidades... si necesario**

Se aboga por una aproximación multidisciplinar, en equipo, con relevancia del trabajo comunitario y grupal, atendiendo a la red social-vecinal y a las características del barrio. El trabajo comunitario permite una perspectiva de intervención basada en la prevención y el trabajo grupal, optimizar los

tiempos de atención. Se sugiere que la aproximación multidisciplinar a la planificación de la intervención señale objetivos comunes del plan y para la familia, pero específicos de cada profesional.

GDP5-TS4: Se me acaba de ocurrir, igual que tenemos, cuando, cuando tú abres la ficha social tienes las pestañitas de: «hoja del usuario», «seguimiento», «documento» ... una pestaña: «evaluación», donde salga la evaluación del psicólogo, del educador, del educador familiar... a ti... ¿eso no sería para ti un pantallazo?

GDP5-TS5: A mí me gustaría esas evaluaciones no por profesional, sino, de caso, evaluación del caso, por parte de todos, una reunión donde yo me siento con, con GDP5-PSI, con (NOMBRE DE PARTICIPANTE) o y contigo y digamos: «entonces, ¿qué?» y hacemos un diagnóstico, o una evaluación o un algo interdisciplinar, del trabajo que se ha hecho con esa persona, eh porque, porque se nos va la información y como desgraciadamente, tenemos media hora para cada caso, no puedes... no puedes nutrirte de toda la información que ya está escrita, eso es perder datos, perder tiempo... y perder de todo.

Y, y, me tenga que coordinar. No coordinar no, oiga usted, es que es una intervención, es que es una intervención conjunta, no coordinada. O sea tenemos que... ver los objetivos que sean los mismos, luego ya el específico ya tendrás tú y yo otro, pero el objetivo es que es el mismo, es que somos la misma administración. Y eso, es lo que nuestra estructura, cada vez se aleja más, o sea cada vez... GDP2-TS2

Sin... sin olvidar lo que dice GDP5-TS5, ¿no?, que es, lo que decíamos al inicio, si queremos un trabajo multidisciplinar pues vamos a sentarnos y además vamos a ver qué vamos a hacer cada uno, para no duplicar, para no... pero vamos a hacer un plan de intervención dónde ¿«está yendo al centro socio-educativo»? pues, ¿«allí qué vais a trabajar», no? «¿esto? vale, pues yo me retiro» o «si necesitas de mí, pues mmm me dices, ¿no?, y ya lo hacemos juntos», «Luismi, qué va a trabajar, pues esto, ¿vale? Pues va a trabajar esto, pues para que voy a estar yo también, ¿no?, en todo acaso yo... lo acompaño», «vale, pues tú te dedicas al acompañamiento», pues vale, sería más eficaz. GDP5-EF

Multiprofesional lo primero, y para eso lo que han dicho las compañeras. Ehh... los equipos... uhm... si hay otros recursos que son transversales, ¿por qué los profesionales no son transversales? ¿Por qué sólo tenemos psicólogo para la unidad de menores? ¿Por qué sólo tenemos los TIS para nada, ahora mismo?, porque son menos tramitadores, o sea, ¿vale? ¿no... es verdad? (RISAS). Yo creo que eso también sería importante. GDP6-TS1

(...) primero yo establecería un plan multidisciplinar interno, en el que puede ser una de las, de los puntales a trabajar, hacer participe a la familia y escuchar, pero primero eh yo pondría un tratamiento, por darle el paralelismo de la parte médica, un tratamiento primero, uhm de los médicos que hemos estudiado ese caso, vamos a establecer un tratamiento, y, posiblemente, todos llegaremos a la conclusión de que hay que hacer participe a esa familia en ese plan de actuación, pero yo primero me sentaría con, con, con mis compañeros (VOZ DE FONDO: equipo... equipo), que han estudiado y hablaríamos en privado, decidiríamos, y a partir de ahí, ya vemos. Habrá familias en las que sí, por favor,

deben participar, y quiero saber... y, y habrá familias o situaciones con las que, se... determine en equipo que... mejor que no, pero, por supuesto, primero un tratamiento de equipo, un plan de intervención, de equipo. GDP5-TS5

La aproximación multidisciplinar a la planificación de la intervención indica también que dicha planificación, en la que puede que sea necesario que participe más de una unidad funcional, requiere que exista un sistema de coordinación entre las diferentes unidades implicadas.

GDCR2-TS2: (...). Pero las unidades de inclusión tienen que ser para trabajar la inclusión. La unidad de dependencia y... cómo se llama... como es tan largo y tan raro... Tenían que dedicarse a eso. Y la unidad de familia y menor tenemos que dedicarnos a lo que nos tenemos que dedicar. Y tenemos que tener algo imbricado porque somos atención primaria. Entonces no podemos ser islotes. No podemos estar aislados y cada uno con su realidad y su historia. Que además cada vez se ven menos, hay reuniones independientes, hay... ¡Es que no saben! Lo que está haciendo una unidad no lo sabe la otra. Entonces, desde ahí creo que hemos entrado en una historia caótica que no sabemos ni cuál es nuestra profesión ni cuáles son nuestras funciones ni para qué estamos. Y cada uno se salva como puede.

#### **8.4.5. Incorpora perspectiva profesional y de las personas usuarias**

Las personas participantes plantean la necesidad de que la planificación de la intervención tenga en cuenta la perspectiva profesional y también la de las personas usuarias, integrándolas en una perspectiva conjunta, compartida y consensuada. De este modo, la planificación resultante contendría estos tres elementos clave.

Pero es como, es... volviendo al paralelismo médico, ¿no?, eh... si tú mandas un tratamiento, pero no se lo toman (RIE), pues de poco sirve, salvo que esté, en un... en un estado vegetativo y se lo tengan que meter por vena, ¿no?, que sería el único caso, pero si no... (...) También está toda la parte cultural de ellos, ¿no?, quiero decir, es que a veces nos empeñamos en determinados objetivos que es que no tienen que ver con su realidad, y que a lo mejor, el que se mantengan no pone en situación de riesgo al menor, en este caso que es desde menores, ¿no?. Es que pueden seguir haciendo... qué sé yo...»x» no se me ocurre ahora, pero «x», y no hay una situación de riesgo porque sigan haciendo esto, y sin embargo, no lo hemos tenido en cuenta, entonces, eh... partimos de, algunas premisas nuestras y a partir de ahí, planteamos un plan de intervención, ¿no?, entonces a veces, no casan su toma de conciencia porque no hemos, dedicado un tiempo a ver pues su parte, que ahí es lo de la participación de la familia en el plan de intervención, si ellos cuentan también su... su parte, lo que ellos hacen, por qué lo hacen, para qué lo hacen así, pues igual entiendes que esto se puede mantener, ¿no?, y tú estás empeñado en, en cambiar esa situación. GDP5-EF

Y lo del plan de intervención, pues también, con los tiempos. Porque tú puedes ver que una cosa es urgente, urgente. Desde tu urgencia, pero a lo mejor para la persona no es tan urgente. GDP1-TS1

#### 8.4.6. Compartido y consensado con las personas usuarias (toma de conciencia, implicación y garantía de éxito)

El carácter compartido y consensado del plan de intervención facilita la toma de conciencia de las personas usuarias y permite devolverles su capacidad de decisión sobre sus vidas. Ello contribuye a lograr una mayor implicación en el proceso de cambio y contribuye a aumentar las probabilidades de éxito de la intervención. El personal profesional orienta la intervención en el marco de los deseos y preferencias de las personas usuarias, en su beneficio.

Y aparte de realistas, tienen que ser consensados, siempre que se pueda. Porque la forma de que las familias se impliquen es porque «yo siento la necesidad del cambio». Y habrá que ver hacia dónde quieren cambiar. Lo mismo nosotros queremos que cambien por aquí, pero es que por aquí no vamos a llegar a ninguna parte. Y a lo mejor si vamos por aquí, pues chico, podemos llegar a un lugar donde luego podamos retomar otras cosas. O no, o no, pero bueno, habrá que consensuar las actuaciones que se van a llevar a cabo. GDCR2-PSI

Cuando tú consensas el plan de intervención, si se puede, y si no, le dices «mira, esto tiene que ser así y después ya hablamos». Pero tiene que tener... Tú le tienes que explicar el porqué y el para qué, si es que no es consensado. Y evidentemente se tienen que comprometer a cumplirlo, y si no se comprometen, es lo que decíamos antes, ¿cuál es mi papel? «Yo estoy aquí para acompañarte o para ayudarte a encontrar el camino que tú quieres y tal... pero si tú no haces lo que tienes que hacer, yo ya no podré seguir acompañándote». GDCR2-PSI

Hay que ajustar el sistema. Seguramente, que rebajar un poco... ¡incluso nuestras aspiraciones! Que a lo mejor no hace falta cubrirlo todo a la vez. A lo mejor podemos hacerlo por partes, a lo mejor podemos empezar por lo que la persona entiende que es más grave... Porque es una manera, un poco, de asegurarnos que va a continuar con nosotros... No sé. GDCR1-TS4

A ver, yo siempre parto de objetivos, a la hora de una intervención. Qué es lo que quiero. Y los objetivos, normalmente, se los planteas la persona, porque si no, no vas a hacer nada. Que yo, lo de excluir a la persona, yo creo que siempre se tiene que incluir. GDP1-TS3

Yo te digo, por ejemplo, en menores y en esta zona, nosotros sí que les decimos... Les hacemos una devolución. Por ejemplo, vemos primero al matrimonio, o a la madre, o al padre, si están separados... Luego, a los nenes, luego, a todos juntos... Y sí que les hacemos una devolución. Pero dependiendo de la familia y de la problemática que se plantea, es una u otra. Más consensuada... mira, «nosotros vemos esto, y esto es lo que desde aquí nosotros podemos ofrecer para hacer. ¿Estáis de acuerdo?». Y se llega a un consenso entre las dos partes. GDP1-PSI

Pues que ambas partes estén conformes con lo que firman (RÍEN) porque si no... No tiene ningún sentido. Una cosa es... Que haya partes en las que... eh... la familia dude que las vaya a conseguir, o que... nosotros... digamos esto es necesario y la familia no lo vea, pero entienda que para la administración es un ítem necesario. Pero tiene que ser conocido y aceptado por ambas partes. O

sea, no se puede hacer un plan de intervención si una de las dos partes sepa lo que tienen que hacer. O lo que se espera que haga. GDP2-TS2

Le das participación, le dices: «vale, nosotros creemos que necesitas cierta formación, \* pero, ¿tú qué harías?», «pues mira, a mí lo que me gustaría, es, poder en algún momento montarme una peluquería», «vale, pues ¿sabes de peluquería?», «no», «vale, ¿y si haces un cursillito aunque sea muy cortito de muy poco tiempo y ves si es un campo que te gusta?» Desde ahí es donde le das la participación, pero hombre tú llevas el enfoque a la inserción laboral, cómo lo va a ir haciendo... ahí sí que tienes, o te amoldas a la familia o rompes el plan de intervención y dices... GDP6-TS1

#### **8.4.7. Aquí y ahora: elaborado atendiendo al momento de la persona/familia**

Actualizado y adaptado a la situación de cada momento de las personas usuarias, a su grado de voluntariedad, a sus deseos y sus posibilidades, en un tiempo vital concreto (y que puede variar en el tiempo).

GDP1-PSI: Sí, sí. Te dice la pareja. O sea, nosotros vemos... Te dice este matrimonio... Hay un conflicto entre ellos dos, que si hubiera un distanciamiento entre la pareja y un trabajo individual por ambas partes, y luego, un trabajo de los dos, pues a lo mejor podrían seguir funcionando como familia. Pero actualmente, lo que está pasando en la casa, los nenes no pueden continuar ahí, por muy estupendos y maravillosos de fachada que sean, ¿no? Entonces nosotros le decimos «nosotros podemos ayudaros de esta manera y podemos estar con vosotros haciendo esto». Y entonces él te puede decir «vale, pues yo, de estas partes que vosotros me decís, o el trabajo en pareja, o el trabajo con los nenes a nivel familiar, sí. Pero el trabajo individual, no quiero ni tocarlo», por ejemplo. Pues se respeta. Sí que se consensua. Sí que al principio te quedas con lo que ellos... estoy hablando en familia. Y en familias de estas características. A lo mejor lo que ellos rechazan en un principio, si que ves tú que con los meses, a la larga, son ellos los que lo incorporan. No sé si me explico.

MODGDP1: Sí, sí.

GDP1-PSI: Entonces, que tú, desde tu posición tienes claro que eso es necesario, porque si no lo otro no se va a sustentar, y hasta que él no lo ve... Por eso, yo, lo de los ritmos y lo de los momentos...

GDP1-TS3: Tener sus tiempos...

GDP1-PSI: Es vital, para nuestro trabajo. Ellos que... pasados unos meses que te dicen «necesito esto, ahora sí que lo veo».

\*\*\*

GDP4-TS2: (...) ¿cuántas cosas les pedimos a las familias que tienen que hacer para estar bien? (PAUSA BREVE) A lo mejor les pedimos también demasiadas cosas, o no todas las familias pueden pasar, por el mismo baremo tampoco. Porque tienen otro sistema de funcionamiento, de creencias, de organización.

Qué, que es lo que diríamos para ti, qué es lo básico para mí, qué es lo básico para otra compañera de otro centro, ¿estamos compartiendo lo mismo?

GDP4-TS4: Claro, pero para eso...

GDP4-TS2: A la hora de valorar y a la hora de intervenir.

GDP4-TS4: Claro, pero para eso... es un poco lo que estamos diciendo. El papel fundamental del diagnóstico es justamente saber todo eso. Es justo, bueno, justamente saber, eh... con que problema... vamos a tratar, qué potencialidades tiene esa familia... que, sabes, y eso... como no lo podemos hacer pues porque nos metemos... rápidamente a saco... Es un poco cuando, cuando nos damos un poco de coces contra la pared, porque a lo mejor estamos pidiendo a las familias cosas... que no pueden cumplir, pero... que nos pasaría a nosotros, que tampoco podríamos cumplir.

GDP4-PSI: O que no está en el momento... para poderlas llevar a cabo.

\*\*\*

Yo creo que... eh... para la planificación y lo que debe contener un poco el plan de intervención es... lo que... yo creo que la premisa fundamental es... tener en cuenta el momento de la familia... Porque es muy importante para... hacer una planificación. Luego... la aceptación del plan, por parte de los, creo que es parte fundamental para desarrollar un plan de intervención. Y luego sí que es verdad que yo... establecería, uhm... marcar prioridades... y trabajar por áreas... porque... muchas veces lo que te preocupa a ti, realmente, no es lo que le preocupa a la familia... Entonces, habría que ver por dónde podemos empezar... y cuál es el momento en el que está. Y a partir de ahí, poder... desarrollar el plan de intervención, porque muchas veces los objetivos que nosotros nos marcamos no corresponden para nada con los objetivos que, la familia tiene, entonces... yo creo que, en ese proceso participativo es donde... tienen eso, el plan de intervención. Entonces, yo pondría énfasis ahí, ver en qué momento está la familia... por dónde podemos trabajar en función del momento de la familia, y luego establecer prioridades, evidentemente. Qué es lo que más le preocupa a ellos... Y... a partir de ahí desarrollar el plan de intervención. Porque muchas veces lo que hacemos cuando te viene la familia es... «eh, yo... nada... pues usted la renta... eh, tal... Le hacemos el pack entero». (RISAS). Te los sientas delante y le hacemos el pack entero. GDP3-TS4

Entonces nosotros le decimos «nosotros podemos ayudaros de esta manera y podemos estar con vosotros haciendo esto». Y entonces él te puede decir «vale, pues yo, de estas partes que vosotros me decís, o el trabajo en pareja, o el trabajo con los nenes a nivel familiar, sí. Pero el trabajo individual, no quiero ni tocarlo», por ejemplo. Pues se respeta. Sí que se consensua. Sí que al principio te quedas con lo que ellos... estoy hablando en familia. Y en familias de estas características. A lo mejor lo que ellos rechazan en un principio, si que ves tú que con los meses, a la larga, son ellos los que lo incorporan. No sé si me explico. (...) Entonces, que tú, desde tu posición tienes claro que eso es necesario, porque si no lo otro no se va a sustentar, y hasta que él no lo ve... Por eso, yo, lo de los ritmos y lo de los momentos... GDP1-PSI

#### **8.4.8. Lenguaje común**

Al igual que ocurrió en el diagnóstico, las personas participantes destacan la necesidad de contar con un lenguaje común para el diagnóstico, pues facilita la coordinación interprofesional y contribuye a unificar intervenciones.

Un lenguaje común en los planes de intervención también, porque a veces yo entiendo «no sé qué» y lo plasmo de esa manera... bueno, en principio, no tenemos ni siquiera los ítems cada uno, se ha hecho su plan de intervención (...)  
GDP6-TS1

#### **8.4.9. Carácter finalista**

Se señala también que la planificación de la intervención ha de ser finalista. Ello se relaciona con la necesidad de marcar objetivos temporalizados, concretos y de corto alcance y progresivos, de manera que los planes se inicien y puedan ser cerrados.

GDP4-TS3: Luego, debe de tener un carácter finalista, por favor (RÍEN). En mi caso sí que es más fácil, en el caso de personas mayores... o con discapacidad, como son, problemas de salud, yo creo que es más fácil que tenga el carácter finalista. Pero en caso de menores o de, inclusión, yo creo que muchas veces no puede ser, finalista. Es muy difícil. Son familias que siguen viniendo a Servicios Sociales durante muchos años. Pero bueno, en este caso somos... Por eso que el carácter finalista tiene que estar siempre presente, aunque sea difícil.

#### **8.4.10. Útil para personas usuarias (necesidades) y profesionales (guía)**

Planes de utilidad para guiar la intervención de los/as profesionales y para abordar las demandas y las necesidades particulares de las personas usuarias.

GDP7-TS2: Yo pienso en la parte profesional, igual si voy como usuaria de Servicios Sociales no lo sé, pero... pero que sea práctico para nosotros. O sea, dejar de hacer cosas de cara a completar expedientes o que queden bien los datos, sino que, nos sirva a nosotros para nuestro trabajo, porque si no va a pasar otra vez lo mismo de siempre.

De su necesidad, vamos a partir de su necesidad, (VOZ DE FONDO: Y muy completito), y ahí vamos a ver hacia dónde llegamos de la que yo creo que pueda ser la que tú necesites, pero como no parte de tu necesidad... puf... mal vamos.  
GDP6-TS4

Es que debemos partir de una demanda, de la persona... GDP6-TS5

#### **8.4.11. Sencillo en contenidos y elaboración**

La sencillez se destaca también como característica de la planificación, entendida en una doble vertiente: sencillez de los contenidos que comprende el plan de intervención, y sencillez en su elaboración.

Cuanto más sencillo, mejor. Cuanto más sencillo, mejor. Es decir, no hace falta poner 27.000 objetivos, 27.000 actuaciones, 27.000 tal... A lo mejor son líneas de actuación con una finalidad. GDCR2-PSI

Es simplificar. Porque si simplificamos, lo haremos. Entonces, vale más que no hagamos algo muy bonito, pero que hagamos algo con lo que nos podamos comprometer. GDCR2-PSI

Hacerlo sencillo. Que no sea farragoso (...). GDCR2-PSI

El tener una herramienta donde quede constancia de todo eso, de una forma clara, no con grandes florituras, a mí, de qué me sirven esas florituras. GDP5-TS4

#### **8.4.12. Concreto**

La planificación de la intervención debe ser concreta para que sea fácilmente evaluable, y congruente con unos objetivos concretos, de corto plazo, realistas y viables.

(...) entonces quizás, se deberían hacer como tú dices estos concretos, buscar los objetivos alcances a corto plazo y hacer ese plan, ese plan. Y cuando este objetivo, o estos objetivos en esta y esta área, o en un área sola, o en tres, pero en cada área sea algo muy concreto, y nos lo planteamos para un mes o dos, y entonces pasamos al siguientes. Como un sobresaliente... o con un notable o con un suficiente, pero podemos pasar a otro... GDP4-TS4

#### **8.4.13. Realista y viable**

En la línea de ideas anterior, el carácter concreto de los planes permite que éstos sean realistas y viables.

Entonces tienen que sus planes de intervención que sean realistas, realistas para la persona que demanda ayuda o sobre la que nosotros, supuestamente vamos a intervenir (...). GDCR2-PSI

Entonces tienen que sus planes de intervención que sean realistas, realistas para la persona que demanda ayuda o sobre la que nosotros, supuestamente vamos a intervenir desde un contexto de control. Tienen que ser realistas. Y aparte de realistas, tienen que ser consensuados, siempre que se pueda. Porque la forma de que las familias se impliquen es porque «yo siento la necesidad del cambio». Y habrá que ver hacia dónde quieren cambiar. Lo mismo nosotros queremos que cambien por aquí, pero es que por aquí no vamos a llegar a ninguna parte. Y a lo mejor si vamos por aquí, pues chico, podemos llegar a un lugar donde luego podamos retomar otras cosas. O no, o no, pero bueno, habrá que consensuar las actuaciones que se van a llevar a cabo. GDCR2-PSI

Claro... porque... lo... yo veo mucho que le pedimos a la familia cosas que no somos capaces de hacer ni nosotros mismos, millones de cosas... yo veo los planes, y digo «tío yo esto no». Voy a casa... y según ahí estaba toda desordenada, a la 9 de la mañana, menos mal no fueron a la mía... pienso yo, ¿no? Le pedimos unas exigencias que ni nosotros podemos hacer. GDP3-PSI



#### 8.4.14. Comprensible: lenguaje claro, sencillo y en positivo

Empleo de un lenguaje claro, también comprensible para las personas usuarias, y en positivo, destacando las metas y no las problemáticas.

Es que yo creo que hay que ir a cosas muy sencillas, hay que ir a no hablar palabras que no les llega ni saben lo que quieren decir. Que la gente a veces llega y dice «yo quiero el plan...». En menores, «yo quiero el plan» (RIE) ¡y no sabe ni lo que es el plan! (RIE) ¡Ni para qué sirve el plan! En Conselleria le han dicho que para recoger a su niño del centro de menores necesita que trabaje un plan, y van allí y piden el plan. Pero de qué estamos hablando, de que están hablando ellos, ¡nadie lo sabe! Entonces yo, ir a cosas así, muy sencillas. Cosas de este tipo, ¿no? GDCR1-TS1

\*\*\*\*

GDP4-TS2: Creo que tiene que ser muy concreto también... Y creo que... tiene que estar reflejado de una manera que la familia lo entienda. Que... que identifiquen en seguida esa frase que dice ahí qué es... Pero no tanto como... (INDESCIFRABLE) unos objetivos, que siempre tenemos que... sino que... bueno, utilizarlos también si es necesario pero que sea...

MODGDP4: Comprensible...

GDP4-TS2: Comprensible para ellos.

\*\*\*

Pero vamos a ver es...eh... un problema...vamos a ver, tú tienes una dificultad en la vida, ¿vale?, entonces: «no tengo trabajo», eso ya es negativo, ya pones el NO delante, ¿no?, entonces «mejorar la formación ocupacional», estás diciendo lo mismo, pero estás hablando en un lenguaje positivo. GDP6-TS2

Hablamos de la connotación positiva a la hora de reformular... (...) No desde el problema, sino, desde la necesidad a lo mejor de, de mejora o desde el... GDP6-TS3

\*\*\*

Con un lenguaje claro... yo a las alumnas de prácticas siempre les digo, una cosa es lo que ponéis en las memorias de la universidad, y otra cosa es lo que tenéis que poner en el plan de intervención (RÍEN). No, es que es verdad... o sea, el lenguaje español es que muy rico, y no hace falta ser grandilocuente para decir las cosas bien. Entonces, lo que no puedes poner es «el objetivo de lograr no sé qué, tal y cual... «y que, tú se lo lees a la persona y dice, «¿y eso qué es...? (ya te entiendo...) O sea... pues que, objetivo... «recuperar a mis hijos», «chica... si eso es que está claro». (RÍEN) ¿Para qué necesito hacer p-...? O mantener a mis hijos en casa, ítem... asistencia al colegio todos los santos días», sin el santo, pa las religiones. Pero vamos que el lenguaje tiene que ser adaptado... GDP2-TS2

\*\*\*

Que no sea súper técnico. GDP6-ES

#### 8.4.15. Soporte: herramienta informática sencilla

Disponer de una herramienta ágil, sencilla y sintética es, a juicio de las personas participantes, una necesidad en el actual contexto de excesivas tareas de carácter administrativo («papeleo»), de disposición de poco tiempo para la atención y de una gran presión asistencial (acumulación de expedientes sin resolver).

GDP5-EF: Que sí, si yo lo digo, además, nosotros tenemos diagnóstico, intervención y baja, y ahí hay un relato, y ahora, como lo tú decías de la ficha social, lo que hacemos es, el Informe, tenemos un seguimiento de intervención porque claro, la sábana es tan larga que si no, (VOZ DE FONDO: Se pierde) no sabes... entonces lo compensamos ahí para que sepan: «educación familiar es esto», y si quieres saber de educación familiar pues vas a esto y ya está.

GDP5-TS5: Los seguimientos son muy largos, muy largos, muy largos... si tú necesitas un dato no puedes ponerte a leer 3 horas, necesitaríamos pantallazos de, la situación de esa familia, de ese individuo a lo mejor, cada año o cada 3 años, pero pantallazos, que tú pudieses pinchar: «2011», «2016» cuál, cuál era la situación...

#### 8.4.16. Explicito: por escrito

Elaborar los planes por escrito hace más eficaz la intervención y se corre menos riesgo de interrumpirla sin haber realmente finalizado.

GDP5-TS4: Luego también, una cosa muy importante, mira eso me hace mucha gracia, porque GDP5-TS5, lo escribe todo, porque es verdad, es que yo hoy estoy aquí, pero mañana a lo mejor no estoy, ¿y si te toca a ti enlazar mi trabajo? Eso tiene que estar bien escrito, bien reflejado, dónde tú te quedas, para cualquier persona que retome eso, lo retome como se ha quedado y no con la... A mí me resulta, el médico me pregunta: «¿y ahora qué te pasa?» y dices: «joer, tío, si lo tienes ahí anotado», y el usuario también me lo dice. Entonces, una herramienta donde quedara todo eso reflejado.

Nunca he trabajado sin una dirección, o casi nunca. Siempre he tenido las líneas de actuación, lo he consensuado con la familia, pero escrito, no. Por escrito, no. Entonces... GDCR2-PSI

Sí. Escrito y firmado por las partes. Porque luego te quitas muchos problemas, sobre todo en el trabajo con menores, te quitas muchos problemas. Porque saben lo que había, a lo que nos hemos comprometido y lo que va a pasar después. Entonces te quitas muchos problemas. GDCR2-PSI

Luego también, una cosa muy importante, mira eso me hace mucha gracia, porque GDP5-TS5, lo escribe todo, porque es verdad, es que yo hoy estoy aquí, pero mañana a lo mejor no estoy, ¿y si te toca a ti enlazar mi trabajo? Eso tiene que estar bien escrito, bien reflejado, dónde tú te quedas, para cualquier persona que retome eso, lo retome como se ha quedado y no con la... A mí me resulta, el médico me pregunta: «¿y ahora qué te pasa?» y dices: «joer, tío, si lo tienes ahí anotado», y el usuario también me lo dice. Entonces, una herramienta donde quedara todo eso reflejado de tal forma que no... que esa persona... GDP5-TS4

Y de hecho cuando haces... cuando hace eso con las familias que pones por escrito, eh... Pues lo que pre... de dónde partimos, dónde hemos llegao... las familias mismo se sorprenden, porque efectivamente llevamos la sensación que llevo aquí tres años y mi... situación está igual, si no llevo aquí seis meses, y en seis meses vale, es verdad que me queda por conseguir. Pero ya, he alcanzado...  
GDP4-TS1

Y de hecho cuando haces... cuando hace eso con las familias que pones por escrito, eh... Pues lo que pre... de dónde partimos, dónde hemos llegao... las familias mismo se sorprenden, porque efectivamente llevamos la sensación que llevo aquí tres años y mi... situación está igual, si no llevo aquí seis meses, y en seis meses vale, es verdad que me queda por conseguir. Pero ya, he alcanzado...  
GDP4-TS1

#### 8.4.17. Objetivos: características necesarias

A juicio de las personas participantes, conviene establecer objetivos concretos y realistas, adaptados al contexto y posibilidades de las personas usuarias, e incluyendo resultados previsibles en diferentes plazos. Esto permite que las personas usuarias tomen mejor conciencia de sus avances y estén más motivadas, permite el cierre de casos cuando procede, y genera satisfacción en el personal profesional.

- Compartidos/consensuados con las personas usuarias, con las limitaciones de los contextos de control.

GDP2-TS2: Claro, porque la asistencia al colegio para mí puede ser una, y para ellos otra. Y puede ser que vaya todos los días al instituto, pero chico llega a las diez de la mañana, si es que le cuesta levantarse. Pues a lo mejor en un primer plan de intervención para mí el objetivo de que llegue a las diez de la mañana y vaya todos los días está bien, y cuando evalúe digo, venga ya... ahora llega ya a las nueve. Claro... por eso digo, que tiene que, que estar pactado y muy clarificado y muy concreto.

- Concretos. Utilizar objetivos concretos permite especificar logros de corto alcance, más fáciles de alcanzar y evaluar. Ello permite iniciar y cerrar intervenciones y genera satisfacción y percepción de cambio en personas usuarias y profesionales.

Vamos a ver lo que hay que hacer y con unos objetivos concretos. Y en el tema de menores, por ejemplo, pues a veces hay que cerrar. Bueno, y otra cosa. La consecución de objetivos. A lo mejor hay que darse con un canto en los dientes si hemos conseguido los objetivos parciales, porque ha ido fenomenal, y para la situación de partida, conseguir unos objetivos parciales es muy importante  
GDCR1-TS1

Yo creo que es fundamental que haya unos objetivos muy concretos y temporalizados. GDCR2-ES

Y a lo mejor los plazos, ¿no? Con este tipo de familias... los largos plazos, objetivo a largo plazo... como que no... uhm... no sé, uhm... plantear a una familia un objetivo a largo plazo, es y... a lo mejor con objetivos más cortos, con espacios pequeños de tiempo... y además esto a la familia también yo creo que le puede reforzar, conseguido esto vamos a pasar a lo otro. Pero no hacer no, no plantearnos un gran... un gran objetivo... GDP4-TS3

(...) entonces quizás, se deberían hacer como tú dices estos concretos, buscar los objetivos alcances a corto plazo y hacer ese plan, ese plan. Y cuando este objetivo, o estos objetivos en esta y esta área, o en un área sola, o en tres, pero en cada área sea algo muy concreto, y nos lo planteamos para un mes o dos, y entonces pasamos al siguientes. Como un sobresaliente... o con un notable o con un suficiente, pero podemos pasar a otro... GDP4-TS4

(...) al final dices: bueno, y yo, ¿qué quiero conseguir, o la familia qué necesita?, ¿no?, o ¿qué me está pidiendo tal...? Y para mí es mucho más satisfactorio, y yo eso no siempre lo escribo, pero al menos me lo pongo en, en la cabeza, ¿no?, pero cuando decíais en la charla, ¿no? los efectos colaterales, o como se... el hecho de que tú hayas hecho un pequeño cambio aquí (VOZ DE FONDO: Impacto) ...exacto el impacto, gracias, ¿no?, que tiene un efecto, pues... a mí esto es lo que me sirve luego en el plan, ¿no?; «es que la madre ha empezado a mirar al niño cuando tal...» Pues mira, pues eso, a lo mejor no hemos, conseguido que vaya al colegio todos los días, ¿no?, pero... que la madre cuando el nene está por ahí, no le pierda la mirada y... cuando se sube al sofá y el niño no se abra la cabeza porque sabe dónde está su hijo y está pendiente de él, para mí eso ya es un, un logro, ¿no? No sé, a veces los objetivos tienen que ser más concretitos (...) GDP5-EF

- Realistas y alcanzables → ajustados a las situaciones y negociados con las personas usuarias.

Los programas personalizados que se acompañan a las prestaciones económicas, ¡son brutales! ¡Yo no sería capaz de hacer eso! ¡Que no sería capaz! Ante un caso de una familia que pueda tener... pues imaginemos... un discapacitado, una persona con diversidad funcional, vamos a suponer. En la familia... otro niño que presenta en algún momento absentismo, un tema de carencia de medios económicos... Montamos un programa personalizado con mogollón de actividades y mogollón de objetivos brutales, que yo no sé sí... GDCR1-TS4

Pero a lo mejor, a lo mejor lo que nos tenemos que plantear cuando hablamos de diseño de objetivos, como diseñamos los objetivos. Porque luego los tienes que medir, y no puedes decir «el niño...»... «que el niño vaya todos los días al colegio...». Si no ha ido nunca, no pongas que vaya todos los días. Tendrás que poner «progresivamente se incorporará tres días, no sé qué...». Y ver, también, el impacto de los efectos de la unidad familiar. Y relacionar... cómo unos objetivos van con otros. Yo creo que es muy importante que, a la hora de definir las cosas, las definamos de manera que luego podamos valorarlas de acuerdo a las potencialidades. Y que las personas las entienda. Porque una cosa es que los objetivos que tengas tú como profesional (...) GDCR1-TS3

O plantear objetivos más pequeñitos, reales. Porque nos planteamos unos objetivos... GDCR2-TS4

Los objetivos tienen que estar ajustados. Tienen que estar ajustados a las situaciones... GDCR1-TS3

- A corto plazo.

Y a lo mejor los plazos, ¿no? Con este tipo de familias... los largos plazos, objetivo a largo plazo... como que no... uhm... no sé, uhm... plantear a una familia un objetivo a largo plazo, es y... a lo mejor con objetivos más cortos, con espacios pequeños de tiempo...y además esto a la familia también yo creo que le puede reforzar, conseguido esto vamos a pasar a lo otro. Pero no hacer no, no no plantearnos un gran... un gran objetivo... GDP4-TS3

(...) entonces quizás, se deberían hacer como tú dices estos concretos, buscar los objetivos alcances a corto plazo y hacer ese plan, ese plan. Y cuando este objetivo, o estos objetivos en esta y esta área, o en un área sola, o en tres, pero en cada área sea algo muy concreto, y nos lo planteamos para un mes o dos, y entonces pasamos al siguientes. Como un sobresaliente... o con un notable o con un suficiente, pero podemos pasar a otro... GDP4-TS4

Los objetivos cortos también vienen muy bien. GDP6-TS5

- Comprensibles para las personas usuarias.

Yo creo que es muy importante que, a la hora de definir las cosas, las definamos de manera que luego podamos valorarlas de acuerdo a las potencialidades. Y que las personas las entienda. Porque una cosa es que los objetivos que tengas tú como profesional (...) GDCR1-TS3

- Escalonados y progresivos (de menor a mayor alcance). Se plantea que los objetivos ha de ser graduales y se ha establecer prioridades entre ellos, atribuyendo la máxima prioridad a la cobertura de las necesidades básicas, antes de abordar objetivos de otras áreas.

Pero a lo mejor, a lo mejor lo que nos tenemos que plantear cuando hablamos de diseño de objetivos, como diseñamos los objetivos. Porque luego los tienes que medir, y no puedes decir «el niño...»... «que el niño vaya todos los días al colegio...». Si no ha ido nunca, no pongas que vaya todos los días. Tendrás que poner «progresivamente se incorporará tres días, no sé qué...». GDCR1-TS3

Hay que ajustar el sistema. Seguramente, que rebajar un poco... ¡incluso nuestras aspiraciones! Que a lo mejor no hace falta cubrirlo todo a la vez. A lo mejor podemos hacerlo por partes, a lo mejor podemos empezar por lo que la persona entiende que es más grave... Porque es una manera, un poco, de asegurarnos que va a continuar con nosotros... No sé. GDCR1-TS4

Y a lo mejor los plazos, ¿no? Con este tipo de familias... los largos plazos, objetivo a largo plazo... como que no... uhm... no sé, uhm... plantear a una familia un objetivo a largo plazo, es y... a lo mejor con objetivos más cortos, con espacios pequeños de tiempo...y además esto a la familia también yo creo que le puede

reforzar, conseguido esto vamos a pasar a lo otro. Pero no hacer no, no plantearnos un gran... un gran objetivo... GDP4-TS3

(...) entonces quizás, se deberían hacer como tú dices estos concretos, buscar los objetivos alcances a corto plazo y hacer ese plan, ese plan. Y cuando este objetivo, o estos objetivos en esta y esta área, o en un área sola, o en tres, pero en cada área sea algo muy concreto, y nos lo planteamos para un mes o dos, y entonces pasamos al siguientes. Como un sobresaliente... o con un notable o con un suficiente, pero podemos pasar a otro... GDP4-TS4

Cuando empieza la renta y ves las necesidades básicas cubiertas, que han cobrado ya los atrasos... Todos estos casos... Que tú misma te sitúas como una figura de acompañamiento, que son la renta, creo que es básico, es el escalón uno. Tú mismo les devuelves. Haces el seguimiento, ¿no? Han cobrado, han pagado tal... Digamos que la situación acuciante ya ha terminado, ¿no? Ese diagnóstico ya no es de necesidad económica, sino que ya es otro tipo de valoración. Y entonces tú le haces la devolución: «Mira, pues ahora te voy a derivar a algún curso...». Yo siempre derivo a los recursos sociolaborales, una vez que hayan cobrado. No hablo de eso cuando no han cobrado todavía... GDP1-TS4

- Temporalizados (situados en el tiempo)

Yo creo que es fundamental que haya unos objetivos muy concretos y temporalizados. GDCR2-ES

- Medibles.

Pero a lo mejor, a lo mejor lo que nos tenemos que plantear cuando hablamos de diseño de objetivos, como diseñamos los objetivos. Porque luego los tienes que medir, y no puedes decir «el niño...»... «que el niño vaya todos los días al colegio...». Si no ha ido nunca, no pongas que vaya todos los días. Tendrás que poner «progresivamente se incorporará tres días, no sé qué...». GDCR1-TS3

(...) hacer unos objetivos que realmente se puedan medir, porque a veces hacemos unos objetivos tan bonitos (AFIRMAN) y tan... de «corta y pega» que piensas: ¿y esto ahora cómo lo meto? GDP5-TS1

## 8.5. Tipologías

La primera cuestión que surge en relación con la necesidad o no de planes de intervención diferenciales en los SSAP es la propia pertinencia de dichos planes, pues se alude a situaciones en las que éstos pueden no ser necesarios.

Y... también habrá que hacer en algún momento... Tendremos que hacernos una pregunta... (RIE). Es que esto va a venir... pero... ¿no es necesario programas personalizados en todos los casos? GDCR1-TS4

Yo creo que no, yo creo que eso va a depender del diagnóstico. GDCR1-TS3

\*\*\*

Yo creo que lo primero que tenemos que saber, una vez hemos terminado el diagnóstico, es decidir si debemos iniciar un programa personalizado o no. Si la persona está en disposición de hacer, o no. GDCR1-TS4

Aclarado lo anterior, del discurso de los grupos se pueden extraer varias tipologías básicas de planes de intervención individual y familiar.

### 8.5.1. Tipología 1 según el grado de voluntariedad

Con base en el principio de autonomía, y excluyendo las prescripciones legales a cumplir en los contextos de control, las personas participantes señalan que la planificación de la intervención ha de atender a los niveles de voluntariedad y posibilidades de las personas usuarias, dado que hay posibilidad y receptividad variable a colaborar, por diferentes circunstancias del contexto de éstas que han de tenerse en cuenta. En consecuencia, las personas participantes señalan que la disyuntiva entre intervenir o no con base en los aspectos mencionados configura la primera tipología de planes de intervención, en la que la «no intervención» se considera también una forma de intervención, y también proporciona un criterio inicial para priorizar el trabajo. Así podríamos hablar de:

- No intervención.
- Intervención voluntaria.

«... y si tú estás de acuerdo, vamos a hacer un plan de intervención. Y si no estás de acuerdo en lo que yo veo, pues a lo mejor no tenemos que ir a ningún sitio y se queda aquí la cosa». Es que a veces somos como demasiado proteccionistas. GDCR1-PSI

Además, la propia ley lo dice: la atención centrada en la persona. Se tiene que implicar. Y si no quiere, no quiere. No hay trabajo. GDCR2-TS1

\*\*\*

GDP6-TS1: (...) Entonces, este proceso de negociar con todo el rato eso, es fundamental, porque si no, no vas a ningún lado, incluso para no ir a ningún lado. Incluso para decir al cabo de un tiempo «bueno pues hasta aquí hemos llegado», eh..., no, no tal... «habrá otro momento...» Eh...

GDP6-TS1: Es el momento de dejarlo, vamos a ver qué pasa.

GDP6-TS4: Que también los hay y no nos tenemos que frustrar, si es que: «lo tengo que resolver, lo tengo que resolver», no señor, es que hay cosas que dices: «hasta aquí» y no se puede más ahora mismo, ya veremos, más adelante. Y eso nos cuesta... Puf...

\*\*\*

Porque desatasca o tal, y bueno, a veces hay que coger y simplemente decir: «pues os damos este empujón...» y no intervenir es una intervención. GDP6-PSI

### 8.5.2. Tipología 2 según su duración

Las personas participantes también establecen diferencias en la planificación de la intervención atendiendo a la duración prevista o necesaria que ésta ha de tener. Así sugieren tres tipos de planes:

- Intervención a corto plazo
- Intervención a medio plazo
- Intervención a largo plazo

También, la temporalidad, ¿no? Para que la intervención sea... lo que hablábamos antes, de los casos que sean de corto y medio plazo, creo que es interesante también para nosotros, decir «bueno, esto es un caso de largo recorrido, por esto, simplemente son dos o tres intervenciones, se cierra y ya se pasara a una nueva intervención». ¿No? Que nos ayudará, a veces, a hacer... a continuar con los casos, y a veces, a cerrar casos, ¿no? GDP1-TS4

### 8.5.3. Tipología 3 según el alcance del plan, diferente en función del diagnóstico, del tipo de intervención necesaria y de los acuerdos con las personas usuarias

Más allá del grado de voluntariedad hacia el cambio y de la duración de la intervención prevista/necesaria, las diferencias en los planes residen sobre todo en el contenido personalizado del plan acordado con las personas usuarias y en la unidad/profesional que lo realiza.

## 8.6. Técnicas y fuentes de datos

(...) es que efectivamente no se puede, hacer un plan de intervención sin un buen diagnóstico. GDP5-EF

### 8.6.1. Técnicas de planificación

Respecto a las técnicas necesarias para el diseño de los planes de intervención, en general, no se mencionan técnicas específicas que no sean desarrollar un proceso de planificación aplicada a las situaciones de personas y familias. Algunas personas participantes explicitan el uso de técnicas gráficas no tanto para el diseño como para la evaluación.

Yo es que cada vez soy más partidaria... cada vez escribo menos y cada vez dibujo más. Y me parece que es una buena manera de transmitir a otros lo que hay. Y luego, también, de utilidad, porque a mí no me lleva mucho tiempo ver un gráfico. Hicimos unos gráficos de educación familiar, y unas barras señalaban los objetivos en determinados temas y las otras, los resultados. Y tú ves el gráfico de repente y no tiene es que leer siete hojas de... los objetivos socio familiares, los de organización familiar, los de comunitaria, los de no sé qué y no sé cuántos... sino que tú, en medio folio, ves el resultado final de la intervención, de, por ejemplo, educación familiar. GDCR1-TS1



## 8.6.2. Punto de partida: el diagnóstico compartido (codiagnóstico)

Por el contrario, sí se señala que la principal fuente de datos para la planificación de la intervención es el diagnóstico compartido (codiagnóstico).

Yo pienso que el plan de intervención va a ser más sencillo de diseñar, porque el propio diagnóstico te está indicando por dónde tiene que ir el plan. GDCR2-ES

Pero ¿no es un proceso? Digo yo. O sea, si en el diagnóstico... El diagnóstico debe de ser compartido con la persona, es decir... «a mí me parece que lo que te está pasando es tal... ¿estamos de acuerdo...? Pon pon pon... sí». Hago el plan de intervención... Y es materializar lo que ya hemos diagnosticado previamente, conjuntamente. GDCR2-TS1

Claro yo por ejemplo, en... el trabajo de comunitaria tengo que decir que sí que, he tenido la suerte porque tenemos que hacer proyectos en lo que nos basamos en... un breve diagnóstico... de... conocimiento del entorno... Y tenemos que planificar las actividades. Pero siempre... eh... lo que pienso que se puede extrapolar... el hacer también la de individual, siempre, tiene que estar basado en el diagnóstico. Yo creo que tiene que estar basado en un estudio de la realidad que tiene esa persona, la familia, la comunidad... Y... debería ser para... mi parecer... participativo, consensuado... para que tenga éxito. GDP3-ES

## 8.7. La participación de las personas usuarias

La manera de establecer las responsabilidades, que tú preguntabas, pues es más desde el co-diagnóstico... Desde el «co». «Tú conmigo y yo aquí...». GDP1-TS1

Yo, un poco, en relación a eso, creo que cuando tú sientes que algo es tuyo, es como que lo... acoges mejor, (...) cuando tú haces participe a la familia lo acoge como algo suyo, no es como algo que yo te pongo aquí y esto es lo que yo... quiero decir, que no en todos los casos a lo mejor se puede, (...), lo siente como un proyecto suyo, como algo propio, no es que viene Pepita Pérez, y me planta aquí esta actividad esta tarde, ¿no?, que yo entiendo que no a lo mejor en todas las circunstancias, sobre todo protección y determinadas... pero yo sí que pienso que de una manera o de otra, hay que hacer participe a la familia siempre, que eso no quita que tú antes en el equipo... hayas visto... GDP5-TS2

### 8.7.1. Consenso sobre la necesidad de la participación: derecho y deber

Es manifiesto el acuerdo sobre la idoneidad de promocionar una perspectiva más participativa en los SSAP respecto a las personas usuarias, estrategia que permite garantizar la personalización de la planificación y que su punto de vista esté incorporado. También es común reflexionar y discutir sobre cómo ha de materializarse esa participación, en qué grado y momento.

Yo, es que un derecho... Yo más lo veo una obligación (RIE). Una obligación. La persona... Los usuarios, si no participan en el cambio, no hay cambio posible. Entonces no es que sea un derecho, es que tiene que ser una obligación. El

derecho lo tienen, no sé, creo yo. O sea, no veo la importancia de decir que es un derecho, me parece más importante que sí que se posibilitara una contraprestación: «usted va a recibir una ayuda de lo que sea, aunque solo sea profesional, del técnico, pero a cambio tiene que comprometerse con alguna serie de cosas», no lo sé... GDP7-PSI

Tú tienes que saber, si quieres llegar a un consenso con una persona porque tú has percibido áreas que tú le puedes decir «mira, desde el punto de vista técnico aquí veo esto, y tú estás viendo esto... Vamos a ver, un poco, cómo podemos acercarnos, cómo podemos ver, por dónde empezamos, qué hacemos... para ti (como decía GDCR1-TS4)... tú, ahora, si tuvieras que hacer algo en este momento, con toda esta situación, yo te puedo decir mira, la vivienda en la que estás es de alquiler y dentro de un mes no tienes dinero para pagar el alquiler, y tú, a lo mejor, en vivienda, has puesto que estas en un siete, y yo creo que no es un siete». Y él te puede decir «ya, pero es que tengo la vivienda de mi madre donde yo me puedo ir». Entonces, tú puedes decir «vale, pero vamos a ver cuánto tiempo vas a estar en la vivienda de tu madre y a lo mejor no tenemos que empezar por el área de vivienda, tenemos que empezar por otra área». Él te puede decir «mira, a mí lo prioritario ahora es encontrar un trabajo». Tú imagínate que te dice «yo, es que en el área de empleo me veo en un tal...», y tú lo puedes decir «bueno, pues tenemos esto, lo otro, empezamos por aquí o empezamos por allí». Pero yo creo que el objetivo de ese encuentro es que entre los dos sepamos qué hemos encontrado en esa situación. Y hacerlo con papel me parece muy importante, porque lo personalizas. Pones la situación encima de la mesa y le dices «mira, aquí, vamos a ver entre los dos lo que vemos cada uno y luego la visión conjunta, y vamos a trabajar lo que tú estás planteando en este momento». Y te pones en la situación. GDCR1-TS3

\*\*\*

GDP7-TS1: Claro, y «¿tú qué estás dispuesto a hacer?» (ASIENTEN)

GDP7-TS1: Porque también a veces...» Vete a la UCA». Bueno, vamos a ver, a lo mejor en ese momento vital, como decías tú antes, pues no acepta su toxicomanía... o yo qué sé, mil cosas, ¿no? Entonces a lo mejor... «¿Qué está dispuesto a hacer»? Somos muy directivos también creo yo...

GDP7-TS4: Imponerle...

GDP7-TS1: Entonces a veces, un poco cambiar esa «directividad», y que él... «¿Qué ofreces?, ¿hasta dónde podemos llegar y qué puedes ofertar tú?». Y tú estar de guía, solo, y de acompañamiento, porque a veces...» Tienes que hacer esto», «tienes que hacer lo otro...», «entonces llevas los niños al colegio...» (RIE).

\*\*\*

(...) muchas veces los objetivos que nosotros nos marcamos no corresponden para nada con los objetivos que, la familia tiene, entonces... yo creo que, en ese proceso participativo es donde... tienen eso, el plan de intervención. GDP3-TS4

Asimismo, el amplio consenso sobre la necesidad de participación de las personas usuarias en la planificación de la intervención se fundamenta, como

en el caso de la participación en el diagnóstico, en que éstas han de ser las que autónomamente tomen las decisiones sobre sus vidas; el personal profesional debe respetar sus decisiones y desempeñar funciones de información, de orientación y de acompañamiento no directivo.

Pues él es el único protagonista... La persona para la que voy a trabajar. O sea, la persona... GDCR1-TS2

Y escogen y deciden ellos. Yo no decido. GDP1-TS4

Bueno yo... uhm, yo a la pregunta que... decías de articular la participación de las personas en todo este proceso... Yo creo que, eh... la premisa fundamental es que, nuestro trabajo está basado en la relación de ayuda. Que eso es lo que... le debe quedar claro a los usuarios y a las familias. Y que esto es un proceso donde estamos, uhm... de una manera como viene ha dicho GDP3-ES, eeeh... acompañando... Finalmente, uhm, él... Es el que toma las decisiones y las riendas de su vida, y se elige un camino o elige otro. Nosotros estamos en un planteamiento de acompañamiento, pero finalmente las decisiones, las toma él. Muchas veces yo, en las entrevistas, eh... Se las digo. Yo, veo esto, pero... finalmente tú eres el que tiene que tomar la decisión respecto a esto, o a lo otro, ¿no? Entonces, es verdad que... que, la imagen que muchas veces tenemos es de imponer de... dirigir, de controlar... Y esa, imagen, evidentemente no nos ayuda en los procesos participativos de las personas. Entonces yo creo que, eh... tiene que estar basada en la relación de ayuda, esa como premisa fundamental. Y luego, dejar bien en claro que esto, es, un acompañamiento. Nosotros, somos, como bien dice GDP3-ES, pues un instrumento, una herramienta más, pero evidentemente, no somos la persona que, de alguna manera, dirige su vida, y va a controlar... y, y, y va a decir por dónde tienen que ser las cosas. GDP3-TS5

Yo creo que... que cuando se va a un especialista de lo social, lo que tú necesitas es un, que te den una orientación de cómo reconducir tu vida. Una orientación, que te oriente, que te digan cómo lo tienes que, que, que hacer, ya esté más de acuerdo o menos de acuerdo... (...) Eh yo, lo que sé que esperan es que nosotros orientemos: «fíjate, a lo mejor, esto tendría que ir por aquí», «¿qué te parece si ahora lo hacemos así o lo hacemos así...?» es diferente la devolución de un médico que desde... desde la perspectiva desde lo social pero es un reconducir, un orientar cómo puedes reconducir tu vida. GDP5-TS5

Pues habrá que, hablarlo y reformar, porque él solo no puede, él si sale del despacho él solo no va a poder. Si ha llegado ahí es porque no puede, si se establece una dinámica de que «tenemos que hacer esto, tienes que tomarte el «gelocatil... bla, bla...» y te dice: «yo no me voy a tomar el «gelocatil porque me salen picores por la nuca y no se qué», pues habrá que redefinir qué te voy a dar, cómo te voy a orientar, pero por supuesto él es partícipe y tenemos que llegar al «paracetamol», que sí que le sienta bien y que yo considero que eso le va a quitar los dolores. Entonces yo estoy de orientador y él de ejecutor porque él es el que se «tiene que tomar las pastillas» GDP5-TS5

Cuando tú consensuas el plan de intervención, si se puede, y si no, le dices «mira, esto tiene que ser así y después ya hablamos». Pero tiene que tener... Tú le tienes que explicar el porqué y el para qué, si es que no es consensuado. Y

evidentemente se tienen que comprometer a cumplirlo, y si no se comprometen, es lo que decíamos antes, ¿cuál es mi papel? «Yo estoy aquí para acompañarte o para ayudarte a encontrar el camino que tú quieres y tal... pero si tú no haces lo que tienes que hacer, yo ya no podré seguir acompañándote». GDCR2-PSI

Yo estoy aquí para acompañarte o para ayudarte a encontrar el camino que tú quieres y tal... pero si tú no haces lo que tienes que hacer, yo ya no podré seguir acompañándote». GDCR2-PSI

(...) cambiaría que la persona cogiese cómo más protagonismo, más responsabilidad, más relevancia en lo que es el plan de intervención. «Yo te lo catalizo, yo te lo facilito...». Es como los médicos. Yo te voy a decir el diagnóstico, te voy a decir más o menos si por aquí o por allá, «pero como tú no te cuides, como tú lo sientas que tienes que hacer esto...». Eso le daría como una... como un aire fresco, ¿no? Que el trabajador social, que la trabajadora social está, pero... el que está, eres tú. Parece que eso... «plan de intervención, los objetivos...», la persona se queda ahí... GDP1-TS1

Tú como profesional ayudas, acompañas... Acompañas, como decía... Pensando qué decide, pero tú le estás ayudando a que decida... Algo sí que hacemos ¿no? (RIE). GDP7-TS4

Entonces nosotros le decimos «nosotros podemos ayudaros de esta manera y podemos estar con vosotros haciendo esto». Y entonces él te puede decir «vale, pues yo, de estas partes que vosotros me decís, o el trabajo en pareja, o el trabajo con los nenes a nivel familiar, sí. Pero el trabajo individual, no quiero ni tocarlo», por ejemplo. Pues se respeta. Sí que se consensua. Sí que al principio te quedas con lo que ellos... estoy hablando en familia. Y en familias de estas características. A lo mejor lo que ellos rechazan en un principio, sí que ves tú, que con los meses, a la larga, son ellos los que lo incorporan. No sé si me explico. GDP1-PSI

Pero la persona sabe que durante un tiempo tienen una capacidad de decisión, de si por aquí y por allá, y que además, que tiene un tiempo, que también, todos nos gusta tener esperanza, ¿no? De decir «bueno, en tres años... pues me va a dar tiempo a mí a organizar todo esto». (...) Yo, los derivo, en el caso en el que sale algo en ese momento, porque luego sé que luego no hay posibilidad y entonces digo «mira, puedes ir, puedes ver... Faena que tienes... O sea, faena que tienes en tanto que te he llamado y te he dado esa información. Tú tienes que recibir esa información que yo te dé, como tú quieras». Para facilitar, porque no estamos en la fase de seguimiento todavía, allí, en el (NOMBRE DE EQUIPO SOCIAL DE ZONA). La manera de establecer las responsabilidades, que tú preguntabas, pues es más desde el co-diagnóstico... Desde el «co». «Tú conmigo y yo aquí...». GDP1-TS1

Le acompañamos en lo que se puede y les haces partícipe en lo que se puede y respetas... por lo menos, intentando respetarlo GDP6-TS4

Entonces... empoderar, responsabilizar... que forme parte, de, del diagnóstico, del plan de intervención... GDP3-PSI

No obstante, dicho rol profesional también está sujeto a las limitaciones y prescripciones derivadas de intervenciones desarrolladas en contextos de control.

Cuál es tu responsabilidad dentro de toda esta historia. Yo no soy un profesional de la ayuda, por llamarlo de alguna forma... De un recurso equis o privado. Yo estoy en un contexto institucional con una ley que me obliga a tomar determinadas acciones. Entonces «yo llego hasta aquí, pero si tú no das más, yo tengo que seguir en esta línea». «O puedo acompañarte hasta aquí, tú quisieras que te acompañara más, pero no puedo... Ya tengo que derivarte a otra historia». Es decir, qué puedo hacer, y qué no puedo hacer yo. Es decir... GDCR2-PSI

### 8.7.2. Cambio de mentalidad: de la directividad a la participación

(...) no estamos acostumbrados, y vuelvo al diagnóstico, no estamos acostumbrados a los codiagnósticos, a las devoluciones... No estamos acostumbrados. No digo que no sepamos hacerlo, digo que no lo estamos haciendo, no lo hemos hecho hasta ahora. Pero es que nos pasa lo mismo en el programa personalizado. Tampoco somos... Entonces, articulamos medidas, o planteamos actividades o tal... que están muy lejos de lo que la persona entiende que es necesario o tal. ¿Qué sucede? Que al final fracasan también los programas personalizados. GDCR1-TS4

Tal y como también se señaló en relación al codiagnóstico, está extendida la idea de que debe haber un cambio en los modos de entender la interacción personas usuarias-profesionales en los SSAP, hacia modalidades más participativas y respetuosas con los deseos y preferencias de las personas. Este camino requiere de un cambio de conciencia y de hábitos del personal profesional, de las personas usuarias y de la organización.

Entonces, es verdad que... que, la imagen que muchas veces tenemos es de imponer de... dirigir, de controlar... Y esa, imagen, evidentemente no nos ayuda en los procesos participativos de las personas. Entonces yo creo que, eh... tiene que estar basada en la relación de ayuda, esa como premisa fundamental. Y luego, dejar bien en claro que esto, es, un acompañamiento. Nosotros, somos, como bien dice GDP3-ES, pues un instrumento, una herramienta más, pero evidentemente, no somos la persona que, de alguna manera, dirige su vida, y va a controlar... y, y y va a decir por dónde tienen que ser las cosas. GDP3-TS5

No estamos acostumbrados, y vuelvo al diagnóstico, no estamos acostumbrados a los codiagnósticos, a las devoluciones... No estamos acostumbrados. No digo que no sepamos hacerlo, digo que no lo estamos haciendo, no lo hemos hecho hasta ahora. Pero es que nos pasa lo mismo en el programa personalizado. Tampoco somos... Entonces, articulamos medidas, o planteamos actividades o tal... que están muy lejos de lo que la persona entiende que es necesario o tal. ¿Qué sucede? Que al final fracasan también los programas personalizados. GDCR1-TS4

GDCR2-TS1: Y que haya unos sistemas de selección que... Según el modelo de intervención que queremos tirar para adelante. No me sirve gente directiva

en los Servicios Sociales, con la ley que tengo, con la atención centrada en la persona... O sé implica... o trabajamos conjuntamente, o no vamos a ningún sitio. Es decir, es un cambio de chip.

«Te tienes que ir a una residencia... porque es lo que tengo a mano». «Pero es que no me quiero ir a una residencia, que si me llevas una residencia, ¡me muero!». Tengo que respetar los deseos. GDCR2-TS1

Sí, requiere un cambio, de lo que te digo yo, o creo, de no querer ir tan rápido. O sea, mentalizarme a que tengo que ir más despacio, y que le tengo que generar espacio para esa persona, y no puedo hacerlo en 2 entrevistas. Que me tendré que tener... Pues programarme pues unos seguimientos, una serie de cosas que ahora mismo no las hago, porque voy a ver si en vez de sacar 3, saco 4. Entonces, tengo que cambiar yo ese chip también. Es decir, no se trata de sacar 4, se trata de, a lo mejor, sacar uno, pero... GDP7-TS5

Asimismo, se indica que el paso de la actitud directiva a la participación requiere disponer del tiempo necesario, pues esta segunda requiere una inversión temporal mayor del personal profesional.

Cuando ella estaba diciendo que somos muy directivos y es verdad, pero yo creo que somos muy directivos porque queremos ir rápido y por la presión que tenemos de ir rápido. Entonces pues un poco... GDP7-TS5

También se señala la necesidad de que dicha interacción se establezca a partir de una relación de igualdad y de simetría de poder entre los dos agentes implicados en ella.

Una relación de igualdad. Y no ser el controlador. Porque si no, cómo puedes establecer acuerdos... GDP1-TS3

Más simétrico, pero con autoridad, ¿no? GDP7-TS1

Pero autoridad latente. GDP7-TS4

### 8.7.3. Estrategias para la participación

Las estrategias que las personas participantes expresan para materializar la participación de las personas usuarias en la planificación de la intervención son:

- Plan de intervención consensuado, como estrategia de toma de conciencia para el cambio y de garantía de mayor implicación y éxito. Se manifiesta que se ha de consensuar con las personas usuarias el contenido siempre que el tipo de intervención lo permita (puede que no sea posible en contextos de control). La búsqueda de consensos tiene diversas y numerosas implicaciones con otros conceptos que han emergido en las sesiones. El principal efecto es la toma de conciencia de la persona usuaria respecto de su situación, mostrándose así más colaborativa y receptiva para cumplir los objetivos de la intervención posterior. La ausencia de participación

se advierte en actitudes de los/as profesionales caracterizadas, según reportan, por ser «directivos», «salvadores», «controladores» o «tutores». La búsqueda de consensos requiere, por otra parte, de disponer de más tiempo para atención personal, además de un cambio de percepción, expectativas y hábitos en profesionales y personas usuarias.

Yo creo que más que una devolución, es compartir y consensuar. Y que de ahí salga un documento que tengamos los dos, firmado por los dos... acordado. Que los dos compartamos. Y recoger lo que hemos consensuado y decir lo que no hemos consensuado. Y qué se deja para otro momento. Porque tú no vas a consensuar todo. Entonces yo creo que es importante tanto recoger lo que se ha consensuado como lo que se ha quedado sin consensuar. GDCR1-TS3

Si no partimos de decir «hemos salido de esta reunión y hemos visto que por donde vamos a empezar a trabajar es por aquí, porque vemos que es necesario esto y esto...». Si no compartes lo que está pasando, es imposible que trabajes... GDCR1-TS3

- Utilizar técnicas, gráficas o de otro tipo, que proporcionen información sobre el plan de intervención y su evaluación.

Yo es que cada vez soy más partidaria... cada vez escribo menos y cada vez dibujo más. Y me parece que es una buena manera de transmitir a otros lo que hay. Y luego, también, de utilidad, porque a mí no me lleva mucho tiempo ver un gráfico. Hicimos unos gráficos de educación familiar, y unas barras señalaban los objetivos en determinados temas y las otras, los resultados. Y tú ves el gráfico de repente y no tiene es que leer siete hojas de... los objetivos socio familiares, los de organización familiar, los de comunitaria, los de no sé qué y no sé cuántos... sino que tú, en medio folio, ves el resultado final de la intervención, de, por ejemplo, educación familiar. GDCR1-TS1

- Velar por la calidad del vínculo o relación de ayuda que se establece con las personas usuarias. Un buen vínculo es un facilitador para llegar a acuerdos sobre la intervención. En este sentido, una atención profesional cercana, empática, con actitud motivacional, satisface tanto a usuarios/as como a profesionales.

Se ha hablado de participar y de consensuar en la medida de lo posible, los objetivos. Pero sí, eh... a mí me parece que sí, bueno el hablar más de la relación, del vínculo como relación uhm de ayuda, de aceptación de una mutua relación de, de dependencia en, con el usuario. GDP5-PSI

\*\*\*

GDP5-TS1: Es que creo que el vínculo es fundamental, o sea, es una estrategia de intervención brutal (ASIENTEN), entonces nosotros en el proyecto del cementerio, la primera estrategia que pusimos para intervenir, era la vinculación, es que sin eso no puedes, de verdad... pero claro eso se requiere tiempo.

GDP5-PSI: Comunicación.

GDP5-TS2: Y comunicación...

- Mostrar una actitud transparente y honesta para llegar a un acuerdo sobre el plan de intervención posible. Se insta a ser transparente con las personas usuarias, explicar las situaciones, procedimientos y recursos, con un lenguaje accesible, tal y como se menciona en anteriores apartados. Se considera también que las personas usuarias informadas tendrán menor tendencia a demandar con exclusividad prestaciones de tipo económico.

GDP6-PSI: Pero, pero ahí es muy importante... algo... algo también que para mí es muy importante, es...eso lo decía al principio: no sé si vamos a hacer, si vamos a ayudar, si esto lo hacemos bien o tal...lo que sí le digo es que somos, absolutamente transparentes, que agendas ocultas no tenemos. Y, entonces, esto viene, viene de un juzgado, viene de un divorcio muy largo, la situación que nosotros creemos es que es esta, y si ustedes no están con la condición de sentarse y, y hablar, aquí no pasa nada, nosotros hacemos un informe en el que, además, no les vamos a crucificar ni nada de eso, esta familia no está en el momento de trabajar una situación que no se puede trabajar, ahora sí, su hijo lo va a pasar «como el culo» pero...

GDP6-TS4: Nosotros también devolvemos eso: usted no quiere intervención, pero yo tengo que informar a fiscalía de esta situación...

GDP6-PSI: Para sacar demandas que la gente no nos dice, es porque hay que hacer transparencia con determinadas cosas.

GDP6-TS1: Tienes que diferenciar cuál es la consecuencia...

GDP6-PSI: Y que ellos puedan decir: «yo no quiero venir aquí, que aquí me han mandado», «ah vale, pues a partir de ahí hablemos ya claramente, que me han mandado a usted e igual yo a usted tampoco le quería conocer, en principio», «los dos un juez, nos ha obligado a usted y a mí a sentarnos aquí» (RISAS).

\*\*\*

Es decir, trabajar también el plan, compartido con la persona, eso como algo que es básico y necesario... Y también soy honesta, es decir, «mira yo ahora mismo lo que tengo es «sota» ... Me gustaría tener un abanico, una carta de servicios, y no tengo absolutamente nada, te mando a mediación laboral, y te llegará cuando... Te mando aquí...». Es decir, y también en eso hay que ser honestos. Y con casos que tengo en partidas, o te vienen aquí y tienes que negociar otra serie de recursos porque claro, nos los vas a hacer ir de un lado a otro. Los recursos los tenemos como los tenemos. Pero yo creo que con consensuar... Y también, nosotros, contando con las limitaciones de nuestra realidad a nivel de servicios. GDP7-TS3

- Rol profesional: acompañante. Como se ha señalado con anterioridad, es extendida la idea de que el personal profesional tiene un rol de acompañantes de las personas usuarias en sus procesos de cambio, debiendo escuchar, ayudar, orientar, y respetar y promocionar su autonomía, sus



deseos y sus ritmos. Sobre la mesa se reflexiona sobre la dificultad de pasar de un rol «perseguidor» a otro de «acompañante».

GDP6-TS1: Pero es verdad, hay una cosa que nunca hemos puesto, y ahora lo estaba pensando en los planes de intervención, nunca le hemos dicho a la familia: «¿qué esperas de nosotros?».

GDP6-TS3: Yo, siempre es la primera pregunta, a mí me gusta, creo que es vital, que esperas viniendo aquí, qué expectativas tienes, en qué crees que te podemos ayudar...

GDP6-TS1: No, eso sí, que esperas de la intervención...pero como... uhm psicóloga o como trabajadora social, ¿qué puedo hacer yo en tu familia?

GDP6-TS3: Eso es.

(ASIENTEN)

GDP6-TS1: Yo creo que eso sería una manera...

\*\*\*

No, es que «que tengo que estar porque tengo que estar porque me lo han pasado». Y eso... Lo que tiene que ver con... con el rollo ese de «tutor», de ser trabajador social, «que tengo que estar detrás para... Porque si no, se me va a ir...» GDCR1-PSI

#### **8.7.4. Garantía de participación: documentarla por escrito → contrato**

Tiene que haber algo que garantice que el usuario ha participado en su diagnóstico y en su plan de intervención. Porque, además, la ley lo dice. Entonces, nosotros creo que debemos garantizarlo. GDCR2-ES

Además, se señala que, para garantizar que dicha participación se ha producido, ésta debe ser documentada por escrito.

Tiene que haber algo que garantice que el usuario ha participado en su diagnóstico y en su plan de intervención. Porque, además, la ley lo dice. Entonces, nosotros creo que debemos garantizarlo. GDCR2-ES

Se sugiere que el formato adecuado para el plan de intervención consensuado sería el de un contrato, suscrito por personas usuarias y profesionales. Ello permite documentar la participación de las personas usuarias y, en contextos de control, disponer de evidencias del incumplimiento de los compromisos acordados, en caso necesario.

Un plan de intervención también tiene que tener un poco de formato de contrato, de contrato. GDCR2-PSI

Sí. Escrito y firmado por las partes. Porque luego te quitas muchos problemas, sobre todo en el trabajo con menores, te quitas muchos problemas. Porque saben lo que había, a lo que nos hemos comprometido y lo que va a pasar después. Entonces te quitas muchos problemas. GDCR2-PSI

Sí, eso sería como una especie de contrato de dos partes. GDP4-TS2

Sí, sí... ya que es un acuerdo, y que tiene firmarse por todas partes, que cada uno tenga claro lo que, le corresponde hacer. GDP2-TS5

A este respecto, se plantea que documentar esta participación con la firma de un acuerdo compartido requiere el tiempo necesario para que la familia lo valore y lo suscriba.

(...) para firmar un plan de intervención hay que tomarse varias sesiones, y la primera a lo mejor con un folio en blanco con la persona: «¿qué está pasando?». Y a lo mejor, claro que hay puntos que te los van a discutir, te van a decir: «no, paso». A lo mejor, ese es el punto que hay que trabajar, que esto es un tema legal, que no es mi decisión y hay que explicárselo, y hay que ser franco con la persona. Decir: «ya, pero esto no es mi opinión, esto es una ley», y eso también es trabajable, y eso es una manera de implicar a las personas cuando son intervenciones que no son queridas, que son (VOZ DE FONDO: impuestos) impuestos, o incluso familias cautivas de... de nuestro trabajo. Entonces, creo que sí que se puede incorporar la participación de las personas. GDP6-TS3

Yo se los doy, y se los llevan, la gente se los lleva y luego te los devuelven. GDP6-TS1

Se lo lleva, y luego en la segunda sesión, normalmente, lo traen. Se lo han meditado, le han dado vueltas, ponemos, hacemos un común, y luego ya, a lo mejor en una sesión, firmamos ese plan. GDP6-TS3

Eso requiere una confianza con la familia. GDP6-TS1

Desde luego, y establecer unas bases... de esa relación de ayuda... y claro que sí. GDP6-TS3

### **8.7.5. Límites a la participación según el contexto de intervención**

Aunque es amplio el consenso acerca de la necesidad de que las personas usuarias estén incorporadas a la planificación del proceso de intervención, las personas participantes informan de la existencia de límites a la participación de las personas usuarias en función del contexto de intervención, especialmente en contextos de control (presuntos incapaces o personas con limitaciones en su capacidad de obrar, menores en situación de riesgo, etc.). En ellos, no siempre son conciliables los deseos y preferencias de las personas con las prescripciones legales que orientan la intervención del personal profesional.

Es que a veces el plan de intervención es obligado, no es... O sea no es... una coparticipación maravillosa. GDP7-PSI

Yo estoy en un contexto institucional con una ley que me obliga a tomar determinadas acciones. Entonces «yo llego hasta aquí, pero si tú no das más, yo tengo que seguir en esta línea». «O puedo acompañarte hasta aquí, tú quisieras que te

acompañara más, pero no puedo... Ya tengo que derivarte a otra historia». Es decir, qué puedo hacer, y qué no puedo hacer yo. Es decir... GDCR2-PSI

Yo, un poco, en relación a eso, creo que cuando tú sientes que algo es tuyo, es como que lo... acoges mejor, (...) cuando tú haces partícipe a la familia lo acoge como algo suyo, no es como algo que yo te pongo aquí y esto es lo que yo... quiero decir, que no en todos los casos a lo mejor se puede, (...), lo siente como un proyecto suyo, como algo propio, no es que viene Pepita Pérez, y me planta aquí esta actividad esta tarde, ¿no?, que yo entiendo que no a lo mejor en todas las circunstancias, sobre todo protección y determinadas... pero yo sí que pienso que de una manera o de otra, hay que hacer partícipe a la familia siempre, que eso no quita que tú antes en el equipo... hayas visto...GDP5-TS2

También se apunta a la dificultad de intervenir en contextos de intervención que asignan un doble rol contradictorio al personal profesional (ayuda-control), generando situaciones de conflicto de rol.

En inclusión yo creo que sea la misma figura, el trabajador social el que sea el que acompañe y a la vez el controlador, creo que no... Chirría por todos lados. Porque hace que no confíe la persona en ti. (...) Hace que no confíe la persona en ti, a la hora de cuando le planteas un plan de intervención, o un caso... porque va a estar todo el rato, yo pienso, desconfiando... «ahora mismo me la pega, ahora... y me quedo sin la ayuda». GDP1-TS3

## 8.8. Síntesis

En síntesis, respecto la planificación de la intervención en los SSAP, la construcción compartida de las personas participantes acerca de la planificación ideal de la intervención individual y familiar, necesaria, pertinente y adecuada a las necesidades actuales de estos servicios reúne los siguientes rasgos:

**Tabla 19. Rasgos definitorios de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP**

| <b>Categoría</b> | <b>PERSONAL DIRECTIVO</b>  | <b>PERSONAL PROFESIONAL</b>   |
|------------------|--|---|
| <b>Concepto</b>  | ---  | Pauta o guía de trabajo («hoja de ruta»)<br>Instrumento para generar cambios  |
| <b>Finalidad</b> | ---  | Responder a las demandas y a las necesidades diagnosticadas<br>Guiar la intervención profesional<br>Promover la toma de conciencia  |
| <b>Contenido</b> | <p>Contenidos mínimos comunes</p> <p>Contenidos concretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos a alcanzar</li> <li>• Resultados previstos</li> <li>• Actividades a realizar</li> <li>• Prioridades</li> <li>• Plazos (temporalización)</li> </ul> | <p>Contenidos mínimos comunes y contenidos específicos por unidades</p> <p>Contenidos integrales, transversales</p> <p>Contenidos concretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas de intervención</li> <li>• Objetivos a alcanzar</li> <li>• Actividades a realizar</li> <li>• Agentes implicados y sus responsabilidades/compromisos (profesionales, personas usuarias, otros municipales y no municipales)</li> <li>• Sistema de coordinación entre los agentes implicados</li> <li>• Recursos necesarios (municipales y no municipales)</li> <li>• Prioridades</li> <li>• Plazos (temporalización)</li> <li>• Sistema de seguimiento y evaluación conjunta temporalizado, con indicadores medibles</li> <li>• Consecuencias de su incumplimiento</li> <li>• Criterios de cierre y terminación</li> </ul> |

| Categoría              | PERSONAL DIRECTIVO   | PERSONAL PROFESIONAL  |
|------------------------|--|---|
| <b>Características</b> | <p>Modelo común prescrito por la organización<br/>                     Compartido y consensuado con las personas usuarias<br/>                     Congruente con el contexto desde el que se realiza (SSAP)<br/>                     Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartidos/consensuados con las personas usuarias, con las limitaciones de los contextos de control</li> <li>• Concretos</li> <li>• Realistas y alcanzables negociados con las personas usuarias</li> <li>• Medibles</li> <li>• Comprensibles para las personas usuarias</li> <li>• Escalonados y progresivos (de menor a mayor alcance)</li> <li>• Temporalizados (situados en el tiempo)</li> </ul> | <p>Modelo común (estructura de contenidos)<br/>                     Lenguaje común<br/>                     Explicito → por escrito<br/>                     Punto de partida: el diagnóstico<br/>                     Aquí y ahora → elaborado atendiendo al momento de la persona/familia<br/>                     Incorpora perspectiva profesional y de las personas usuarias<br/>                     Compartido y consensuado con las personas usuarias (toma de conciencia, implicación y garantía de éxito)<br/>                     Multidisciplinar<br/>                     Integral, transversal<br/>                     Carácter finalista<br/>                     Concreto<br/>                     Realista y viable<br/>                     Elaboración sencilla<br/>                     Comprensible → lenguaje claro, sencillo y en positivo<br/>                     Coordinado interunidades<br/>                     Respuesta a demandas de las familias y a las necesidades diagnosticadas<br/>                     Incorporado a una herramienta informática sencilla<br/>                     Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartidos/consensuados con las personas usuarias, con las limitaciones de los contextos de control</li> <li>• Concretos</li> <li>• Medibles</li> <li>• Realistas</li> <li>• A corto plazo</li> </ul> |

| Categoría  | PERSONAL DIRECTIVO  | PERSONAL PROFESIONAL  |
|--|---|---|
| <b>Tipologías</b>                                | Primero, es necesario establecer la pertinencia o no del plan<br>Planes diferenciados por su grado de voluntariedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No intervención</li> <li>• Intervención</li> </ul>  | Planes diferenciados por su grado de voluntariedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No intervención</li> <li>• Intervención</li> </ul> Planes diferenciados por su duración: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención a corto plazo</li> <li>• Intervención a medio plazo</li> <li>• Intervención a largo plazo</li> </ul> Planes diferenciados por su alcance, diferente en función del diagnóstico y del tipo de intervención necesaria |
| <b>Técnicas y fuentes de datos</b>               | Punto de partida: el diagnóstico compartido (codiagnóstico)<br>Técnicas de planificación  | Punto de partida: el diagnóstico compartido (codiagnóstico)   |
| <b>La participación de las personas usuarias</b> | Coparticipación de las personas usuarias: plan de intervención consensuado<br>Límites en función del contexto de intervención, especialmente en (contextos de control (presuntos incapaces o personas con limitaciones en su capacidad de obrar, menores en situación de riesgo, etc.). | Coparticipación de las personas usuarias: plan de intervención consensuado en el que la familia toma parte en las decisiones (acuerdos)<br>Límites en función del contexto de intervención, especialmente en (contextos de control (presuntos incapaces o personas con limitaciones en su capacidad de obrar, menores en situación de riesgo, etc.).<br>Útil contar con su visión por escrito   |

Fuente: elaboración propia.

**CUARTA PARTE.  
RESULTADOS SOBRE LA PERSPECTIVA  
DE LAS PERSONAS USUARIAS**





## 9. La participación en el diagnóstico y la planificación de la intervención desde la perspectiva de las personas usuarias

Elena M. Cortés-Florín  
Víctor M. Giménez-Bertomeu  
*Universidad de Alicante*

Se recogen, a continuación, los resultados obtenidos de las entrevistas en profundidad, siguiendo las categorías deductivas e inductivas utilizadas durante el proceso de análisis del contenido de los discursos. Con respecto a las categorías, «Concepto», «Importancia» y «Objetivos» de la participación de las personas usuarias, los resultados no muestran grandes diferencias entre las fases del proceso de intervención social objeto de análisis (diagnóstico y planificación de la intervención mediante planes de intervención), por lo que se ha optado por presentarlas unidas para que la información recogida siga una lógica que sea cercana a la realidad expresada por las personas usuarias. Por el contrario, los resultados se muestran por separado para el diagnóstico y para la planificación de la intervención (plan de intervención) en las categorías «Responsabilidades» y «Roles y actitudes».

### 9.1. Concepto

Para comenzar, el significado de participar para las personas participantes se traduce en «ser tenida/o en cuenta».

Pues no sé, para mí sería una ventaja (...) Porque me sentiría, así como importante, de que puedan entender mis decisiones y cosas de esas. Tenerme en cuenta. [EP05]

Porque son las personas con las que se está trabajando y si no se tiene en cuenta esas opiniones no estás haciendo bien tu trabajo, es lo que yo pienso, o sea, si no tienes en cuenta las opiniones de las personas con las que trabajas, ya sean compañeros o usuarios, pues entonces qué haces trabajando en Servicios Sociales.

En otro trabajo no te digo que no, pero en Servicios Sociales pues no sé, yo lo veo importante que se tenga en cuenta también al usuario. [EP16]

Los resultados también reflejan que para las personas usuarias participar en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) significa «ser ayudada/o» o «pedir ayuda» en relación con un problema o necesidad individual o familiar.

(...) la idea de participar es más la idea de poder ser ayudado en el contexto de un problema que tienes en la familia [EP09]

No son decisiones porque no es una decisión, es mi necesidad, entonces, yo tengo que acudir a que me ayude, no decir «mira, yo quiero que vaya». No. Es muy distinto (...) [EP10]

Participar es con mis propias palabras yo te diría que participar, es decir, abrirte a ellos y pedir ayuda. Simplemente. Luego ellos ya te dan opciones y te dan, pues mira, si quieres ir a un grupo o si necesitas ayuda de algún tipo, pero expresarte tú misma y compartir es esencial porque si no ellos no saben qué tipo de problemas tienes. [EP04]

Asimismo, expresan que requiere «dar opinión», «compartir» y «expresarse», además de «ser escuchados/as» por las y los profesionales para poder llegar a conocer las necesidades o problemas de la persona, y así resolverlas.

Es dar opinión. (...) Pues eso tengo que decidir, porque todavía estoy en progreso. [EP02]

Dar tu opinión y no solo en mi caso, porque seguro que en muchos casos es parecido a mi caso, hay que darse cuenta, hay que resolverlo lo antes posible. [EP02]

Presentarse, ¿no? Presentarse, presentarse en el aula, claro (...) Justo, justo, venir aquí, escuchar y que te escuchen. (...) Pues que me escuchen, cuando te hace falta un apoyo pues llamar y que estén ahí, como esté en el día de hoy. [EP03]

Por su parte, también se recoge que significa «apoyar», «informar», «aportar cosas nuevas» y «guiar», tanto en el diagnóstico como en el plan de intervención.

La responsabilidad, apoyar, informar, guiar, aportar cosas nuevas, para mí sería participar, porque una persona que participa, participa con energía, con positividad. Bueno, puede haber de todo, pero (...) [EP08]

En de sus discursos también se identifica el hecho de «tener voluntad» para hacer las cosas y participar en el proceso de intervención.

Participar es algo imposible porque hay que poner buena voluntad para hacer las cosas, eso es participar realmente, eso es participar. [EP11]

Ponerle voluntad, buena voluntad, eso es participar. Si es una obligación ya no es una participación [EP11]

Por otra parte, se refleja la implicación del núcleo familiar en ese proceso de ayuda, al recogerse que participar es o debería ser una «ayuda» ante un

problema individual y/o familiar, que se comparte con varias personas miembros de la unidad familiar y las y los profesionales, para «tomar decisiones en conjunto», «compartir puntos de vista», «ser escuchadas/os» y «buscar soluciones en conjunto».

Aquí se mezclan las dos cosas, entonces como no es tampoco un juicio para ver quién tiene más la razón, sino un intento de ayuda en una situación en la que no es algo sencillo, pues yo considero que está bien planteado, si me dices: «¿y te han dado la razón?», pues no y me preocuparía si se le diera a una de las dos partes la razón. (...) Bueno, en general yo creo que básicamente estaba la proyección de un problema familiar, entonces ahí se escuchaba un poco por parte de las dos profesionales que nos atendieron. En cuanto a decisiones y demás no, pero en cuanto a analizar un poco el origen del problema y demás, yo en ese sentido estoy satisfecho, la opinión que se puede recoger es, la visión que yo tenía de un problema familiar, que es una visión al menos que se comparte con otra persona, los niños, con mi exmujer, que en este caso es por un problema familiar y demás. (...) Sí, este planteamiento por ejemplo de este caso nuestro es algo que su resolución es muy progresiva si es que en un momento dado la tiene, pero sí que es verdad como las partes en un momento dado necesitan pues ser escuchadas para poner puntos de vista, en ese sentido, por ejemplo, la opinión que he recibido por parte de mis hijos ha sido muy positiva. Y este es para mí por decirlo en sí un marcador muy importante [EP09]

## 9.2. Importancia y condiciones

En este apartado se recoge la importancia que tiene para las personas entrevistadas participar en la toma de decisiones de su proceso de intervención social, así como las que, a partir de su experiencia, son condiciones para la participación.

Las personas usuarias valoran la participación como una «oportunidad» para poder tomar decisiones sobre sus necesidades personales y/o familiares en el contexto de los Servicios Sociales. Al mismo tiempo, expresan que a la hora de participar se generan «sentimientos de satisfacción» al sentirse valoradas/os.

(...) estoy muy satisfecho por la parte que hemos tenido y también pues eso mis hijos se han sentido muy cómodos en las entrevistas, se han realizado entrevistas, básicamente esto ha sido una labor de realizar entrevistas, analizar el contexto familiar, y más que una terapia sería un seguimiento, intervención de seguimiento por decirlo así. [EP09]

Además, en los resultados se refleja la importancia de «sentirse escuchadas/os» por parte de las y los profesionales durante el proceso de intervención, tanto en la fase de diagnóstico como en el diseño de la intervención.

O sea, yo de momento estoy... yo estoy contenta, ¿sabes? (...) Muy bien. Bien, escuchada. Y bien. [EP04]

(...) las partes en un momento dado necesitan pues ser escuchadas para poner puntos de vista (...) [EP09]

(...) te encuentras a una persona que en cambio te escucha, pues para mí yo siempre lo digo y por eso quizá me emociono cuando recuerdo todo, digo: ha sido muy importante y muy positivo, y siempre se lo agradeceré. [EP14]

Claro, es muy importante que te escuchen, que sepan que esta persona que a lo mejor porque la pobreza da vergüenza. [EP08]

Sí, se consideran escuchados, se consideran tenidos en cuenta, eso siempre es importante, e independientemente que no haya habido más que unos pocos, es decir que no se haya avanzado en las partes críticas en un momento dado de la resolución y demás, que es donde siempre hay unas complicaciones mayores, pues yo creo que en general la sensación es positiva. [EP09]

(...) ella se puso a escuchar también nuestra versión y eso fue muy importante para nosotros. [EP14]

(...) me escuchó bastante, y la verdad es que no puede ser que en 3 meses cobres 60 euros porque... me ayudó a las 3 semanas o así, me ingresó 300 euros, para pagar pues mis cosas y poder salir adelante, es que si no se me era imposible. [EP03]

Lo necesito, a día de hoy que me ayuden y que... y que me escuchen. [EP03]

... yo me he sentido escuchado [EP09]

(...) ella se puso a escuchar también nuestra versión y eso fue muy importante para nosotros. Entonces eso personalmente yo pienso que en todo lo que luego ha resultado esta evolución positiva que al menos ha tenido el caso concreto de mi hijo, ha sido fundamentalmente por ella. [EP14]

Muy escuchada, el trato era muy cercano, era como si las conociese de toda la vida, les podía contar. Iba con miedo, sí, pero les podía contar y sabiendo que son profesionales y que no pueden decir absolutamente nada ni pueden decir fuera nada tampoco, entonces yo tenía un poco más de tranquilidad en ese sentido. [EP16]

(...) esa comprensión, esa facilidad y tranquilidad que te dan no se puede hacer nada porque te bloqueas, pero si te da nada más entrar con la sonrisa o con «ay, mira bienvenido, siéntate, ¿cómo te encuentras?» y esto, «¿qué tal la situación, cuéntame». Y son cositas sencillas que te deja estar tranquila y dices. «ay, qué persona más maja». Pero si viene uno con la cara amargada solamente en la mirada. Yo tenía una que mira... [EP08]

## 9.2.1. Condiciones para la participación

### 9.2.1.1. Condición 1: estar bien y sentirse bien

Por una parte, se expresa la importancia de «estar bien», tanto personalmente como psíquicamente, para poder tener la capacidad de participar en la toma de decisiones.

Si, si yo no me encuentro bien mentalmente no funciono. Igual que yo supongo que les pasará a muchísimas otras personas que tienen muchas cargas encima, necesitas verlo también un poco desde fuera para ver cómo está, para analizar la situación, porque desde dentro lo ves todo muy negro, por ejemplo, desde fuera lo puedes ver negro, pero ya no lo ves tan negro como desde dentro, entonces ya tienes otra perspectiva. Entonces es bueno también estar bien mentalmente hablando, porque la salud mental es mucho más importante para mí que la salud física, y lo sé por experiencia. Entonces sé de lo que hablo y yo he estado muchísimo tiempo mal mentalmente hablando, en plan de salud mental, y las decisiones que he tomado no han sido las mejores y ahora que me encuentro mejor pues sí que es cierto que las decisiones que estoy tomando son mejores, hay una gran diferencia. No sé si me explico. [EP16]

(...) hay como un bloqueo emocional, estás, pero estás muy bloqueada, porque estás muy angustiada, porque no sabes dónde va a acabar esto, no sabes si se va a solucionar... [EP14]

Claro, y hay muchas personas que están psicológicamente fastidiadas, por decirlo de una manera. También eso tendría que valorarse, porque si una persona está en tratamiento, que no es ni más ni menos, sino en tratamiento, está más que comprobado que si una persona está con medicamentos, los medicamentos no dejan que la lucidez sea la suficiente para arreglar papeles, para arreglar papeles simplemente, esa persona no tiene la fuerza ni la capacidad para arreglar papeles, psicológicamente tendría que verse que a esa persona le va a costar mucho arreglar papeles y lo que va a hacer es desistir, porque lo único que tiene ganas esa persona cuando está presionada por el sistema, que no la ayuda, no la apoya personalmente, lo único que tiene ganas es de abrir la ventana y saltar y es lo que más está sucediendo en España hoy en día, que se está tapando, que son 10 suicidios al día. [EP11]

#### 9.2.1.2. Condición 2: acceso y disponibilidad de información

Asimismo, se explicita la importancia de tener acceso a la información para estar informadas/os, y, por tanto, llegar a ser capaces de tomar decisiones.

Claro, me interesaría poder enterarme de mi caso y saber cómo lo hacen. Me gustaría saber cómo lo gestionan (...) Claro, es muy importante, el tener acceso a la información, porque ayuda a mejorar tú también, y a él a mejorar o a ella. [EP08]

Hombre, la información es importante, no todo el mundo está capacitado para saber las leyes que hay y el sistema cómo funciona, porque si hay, no sé, otra cosa, otra opción, si hay una opción de «bueno, es que vas a entrar en un cursillo para barrer tres veces a la semana ocho horas, y en vez de cobrar 300 vas a cobrar 400 o 500», lo que sea, ¿me entiendes? [EP11]

No lo he pedido. Tampoco lo he pedido, la verdad. Tampoco en cualquier momento, porque entonces es como vengo todos los días y pido mi informe, pero si lo necesito para equis cosas o sí que es cierto que me gustaría leerlo y demás, pues sí tener acceso a ese informe, con el profesional delante, porque a fin de cuentas es un informe y no te lo puedes llevar como tal, a no ser que... Sí,

incluso si te lo llevas que sea copia y que en todo momento aquí haya otro. (...) Entonces sí que veo importante que puedas acceder a tus informes, siempre y cuando lo hagas con cabeza, que esté autorizado. (...) [EP16]

Este acceso a la información parece vincularse con una percepción de mejora de su bienestar, y con una buena percepción de las relaciones entre profesionales y usuarias/os.

Toda, toda, toda, toda, mira yo pues había muchas cosas que por ejemplo lo del Ayuntamiento X, lo de eh, pues sitios de comidas y muchísimas cosas que yo desconocía, direcciones, teléfonos y todo y todas esas cosas me las facilitaban: «mira, vete allí, apúntate, inscríbete, haz este curso, intenta, para los niños hay esto». Como que me daba esa... que cuando tú llegas a un sitio con muchos problemas yo creo que es muy difícil escucharte y a la vez darte un poco de alternativas, sí que me escuchaba y a la vez me decía: «a ver, vamos a plantearnos esto, intenta hacer esto», como que aparte de soluciones me daba más alternativas y eso yo lo veía para mí como un respiro, la verdad. [EP12]

Entonces yo debo decir que mi experiencia personal ha sido muy positiva en ese sentido porque X en concreto pues es una persona pues que, es buena, es una persona que escucha. Teniendo en cuenta la carga que traíamos de expedientes, y expedientes... (...) ya una vez que hay alguien en la Administración que también da una... vamos a escuchar a la familia y a ver qué necesita el niño, más o menos no se soluciona el momento, sigue habiendo muchos problemas a lo largo de los años, pero yo sí que creo que ha habido finalmente una evolución positiva y que en eso mi experiencia al menos X ha sido fundamental. [EP14]

### 9.2.1.3. Condición 3: buen trato profesional

Los resultados muestran la importancia que «ser tratadas/os bien» por parte de las y los profesionales durante el proceso de intervención tiene para las personas usuarias.

Por un lado, los componentes del buen trato son las «conductas empáticas y de respeto mutuo», y actitudes «vocacionales» y de «profesionalidad» que faciliten la participación.

(...) si hablas a una persona que se pone en tu piel sabes que te escucha y entiende lo que estás viviendo, pero si tienes una persona sin sentimientos, justamente con la mirada sabes que le da lo mismo. [EP08]

(...) es muy importante que esa persona tenga esa vocación, porque está claro que todas las personas que vengán a un centro social tienen una cantidad de problemas o circunstancias y entonces si a ti se te presenta una persona que profesionalmente no te puede ayudar, encaminar, escuchar u orientar tú te vas a sentir como que más desbordada de lo que ya está, pero si tú... [EP12]

Claro, es muy importante que te escuchen (...) imagínate esa persona y esa persona lo que necesita es una atención, una escucha, un apoyo. Pero si la dejas así mirándola o tratándola mal, gritándola, la bloqueas y la dejas más humillada. Y si se siente impotente de no poder hacer nada, imagínate cómo estaría. [EP08]

Por otro lado, recibir un buen trato profesional consiste también en ser tratadas con respeto, «sin discriminación» ni «juicios de valor».

Sí, porque no me siento... no me siento juzgada, no me siento que vaya a ir a por mí (...), porque eso también como lo piensas porque es una asistente social, y quieras que no hay que tener un poco de respeto. No me siento en ese sentido como otras «es que voy allí y me da miedo» [EP01]

(..) me lo puso fácil, básicamente, aunque sea repetitivo, siempre te voy a decir lo mismo, escuchándome, es que escuchaba, es que te escuchaba y te escuchaba con atención, pero procurando no prejuzgarte. Esa ha sido mi experiencia. [EP14]

(...) escuchaba, y yo veía que hacía el esfuerzo de poner atención sin prejuzgar, Ponía atención, atención a ver realmente, porque también te solía analizar, «dices esto porque estás muy rota, dices esto porque estás muy dolida, esto yo tal», por supuesto que todo eso lo sabía ver. Al menos muchas cosas yo veía que sí, que me las sabía ver, y yo decía: «Es verdad», porque ahora yo me acuerdo de todo eso y me emociono, pero cuando eso pasaba yo recuerdo que lloraba durante horas, me rompía. Igual en ese momento estás tan rota que, claro, lo ves todo como pim, pam, pum. de intentar sacar datos objetivos [EP14]

#### 9.2.1.4. Condición 4: buena comunicación entre profesionales y personas usuarias

Se manifiesta también que es o debería ser importante que haya una buena comunicación entre profesionales y personas usuarias para que desarrolle el proceso de toma de decisiones.

Muchísima, muchísima, muchísima, de verdad, porque si no hay esa comunicación muchas veces puedes llamar aquí al... lo que me pasó a mí al principio, yo llamaba aquí al centro y «sí, le llamaremos, le llamaremos...», y nunca me llamaban. Cuando por fin me dieron la cita pues ya era un poco tarde, porque luego se juntó lamentablemente con lo del COVID. [EP12]

Sí. O con ella hablando, que es la que te tiene que apoyar, se supone que es quien sabe. Es quien sabe, la asistente social es quien sabe y es la que tiene que dar la opción a que te vaya mejor, no a que te engañe para que cobres menos, claro, la honestidad de esa persona es super importante. [EP11]

Muy importante, muy importante, estar en contacto y que te haga falta un papel, y no cuando pasen meses y meses te digan «no, es que te falta un papel», o una llamada de teléfono, «mira a ver este papel». [EP11]

#### 9.2.1.5. Condición 5: confianza en el personal profesional

También se menciona la importancia de tener «confianza» en las y los profesionales para que la participación pueda llevarse a cabo.

Bien, estoy bien con ella, la verdad, porque yo soy un poco... vamos a ver, para confiar en una persona que no conoces de nada y contarle tus cosas, hay que... y al principio le contaba 4 cosas contadas, pero luego ya pues poco a poco, poco a

poco, ya exploté, exploté y ya cogí confianza y poco a poco. Cada vez que vengo pues le cuento (...) Y eso quieras que no también ella me ha ayudado mucho, contándole. [EP01]

Pues creo que ha habido mucha sinceridad, le hemos explicado lo que nos pasaba y entonces pues hemos visto que sí, que vamos a tener apoyo, pienso yo [EP07]

Hombre, el mío como te he comentado antes estaba un poco perdida y era como que estaba muy receptiva, porque yo sabía que lo que me estaba diciendo no me iba a mentir, me estaba guiando por el camino correcto, se le veía muy profesional en todo lo que decía y yo siempre tuve mucha confianza, desde el minuto uno me transmitió esa confianza y aunque le vi al principio un poco joven yo dije bueno a ver qué, a veces las apariencias engañan, porque es un excelente profesional, de verdad que me quito el sombrero y si tengo que ir a la luna a hablar de X hablaría porque de verdad que es un excelente profesional. [EP12]

(...) no con todo el mundo te puedes expresar de la misma forma, no tienes la misma confianza entre comillas de sentirte bien contándole cosas a un desconocido, porque a fin de cuentas ven siempre desconocidos en general, pero sí que es cierto que la confianza que te dan las trabajadoras sociales con las que yo he estado es muchísima, sé que me han escuchado y sé que me van a ayudar en todo lo posible, incluso más. (...) Además, el trato que era, era muy cercano, entonces sentía como que les podía contar cualquier cosa, que sabían que me iban a ayudar. [EP16]

### 9.3. Objetivos

En este apartado se reflejan cuáles son o deberían ser los objetivos de la participación en los procesos de intervención social, en las fases de diagnóstico y de diseño de la intervención. Asimismo, se señala que lograr la participación de las personas usuarias en el proceso debe ser un objetivo implícito de la propia intervención.

En este caso como los objetivos (...) no se explicitaron tampoco en ningún momento, porque yo no creo que hiciese falta. La recogida de información yo les trasladé un poco mi visión del problema, mi exmujer me imagino que le daría su visión y ellos trataron un poco de buscar las mejores fórmulas mediante determinados consejos o determinadas pautas. [EP09]

(...) objetivos como tal, al menos explicitados en unos puntos y tal, no se plantearon, a lo largo de la conversación o de lo que iba pasando pues sí que se veía un poco que realmente esto es también de sentido común [EP09]

#### 9.3.1. Pedir consejo/ayuda, recibir apoyo profesional

Las personas usuarias expresan que participar sirve o debería servir para pedir consejo o ayuda a las y los profesionales, y así recibir apoyo profesional que les garantice la mejora de su bienestar mediante la búsqueda conjunta de una solución.



(...) cuando decides, vamos a ver, vienes porque tú decides venir. Si tú no decides nada, no vienes. Si te quedas en casa haces las cosas a tu manera. Y si pides ayuda estás... si vienes aquí a pedir ayuda, tanto a mí como en otro lado, como en lo que sea relacionado con Servicios Sociales. Si tú pides ayuda es para dejarte aconsejar. [EP04]

Porque es un proceso y al principio porque necesito ayuda, no sé cómo pedirla y demás, y ellos me ofrecen lo que tienen básicamente o lo que ellos creen conveniente para mí, en este caso sí que fue cierto, pero a lo largo de todo el proceso también necesitas apoyo, entonces por mi parte yo sí que lo tuve. [EP16]

Hombre, porque yo vengo a un sitio a pedir ayuda, pues es porque quiero que me ayuden, porque me hace falta, y para mí es importante, porque si estoy pasándolo mal y vengo a pedirle ayuda a una persona que no conozco de nada [EP01]

Tengo que pedir las ayudas que necesito y ya está. Es lo único que necesito, para poder vivir (...) [EP02]

Pues quedando conmigo para ver qué tal estoy, si necesito ayuda de algo, acompañándome a echar currículum o cosas de esas y mirando a ver por mi barrio, o por cualquier otra zona pues cursillos que me interesan como el que te he dicho de informática o de cocina o cualquier cosa de esas. [EP05]

(...) hablando y valorando y mira, vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro, cada una con su problema, intentar la solución. Y ya está. [EP04]

### 9.3.2. Exponer ideas, proporcionar información, opinar y decidir

Asimismo, se recoge que participar sirve o debería servir para exponer sus ideas o dar información a las y los profesionales sobre sus necesidades y problemas, así como opinar y decidir sobre estos asuntos.

...el poder opinar, y poder pues exponer tus cosas... [EP04]

¿Lo que me gusta a mí? ¿Lo que quiero yo hacerlo más para adelante? (...) Claro, tienes que decirlo para que te den la oportunidad para que lo hagas [EP06]

(...) por decirlo así muy en los que yo participase y mi opinión fuese significativa en algún aspecto, te la puedo manifestar en el sentido de recoger la información que yo daba para trabajar un poco en el contexto. [EP09]

Pues es la cita a ver cómo era para mí. Pues es la cita es mejor para mí... no era para otra persona o algo. La cita yo lo quiero, yo utilizo la cita, ¿sabes? Para arreglar las cosas y todo. [EP06]

Porque si yo no te expongo lo que me pasa, los problemas que tengo yo, no saben, no saben, ni pueden ayudarme. Ellos tienen que saber cómo ayudarme. [EP04]

(...) recoger la información que yo daba para trabajar un poco en el contexto. [EP09]

(...) tanto yo expresar mis necesidades, como ellos ofrecerme las posibilidades que tienen... [EP04]

(...) que se tenga en cuenta, que se siente con la persona y le comenten las posibles variantes que haya de equis cosas... (...) que se le tenga en cuenta lo que piensa, lo que deja de pensar, pero si puede llegar a una conclusión entre ambas personas pues mejor, y sino que hagan lo que crean que es mejor y más conveniente pero que se tenga en cuenta la opinión de la persona. [EP16]

Claro. Dar tu opinión y no solo en mi caso, porque seguro que en muchos casos es parecido a mi caso, hay que darse cuenta, hay que resolverlo lo antes posible. [EP02]

## 9.4. Contenido y características

Este apartado reúne las principales características que se recogen en los discursos de las personas entrevistadas sobre cómo debe ser un diagnóstico y un plan de intervención que cuente con su participación efectiva.

### 9.4.1. El diagnóstico

En primer lugar, se identifica cómo se podría facilitar y/o garantizar la participación de la persona en la valoración de sus necesidades y problemas. Por tanto, las características de un diagnóstico participativo deberían tener en cuenta determinadas condiciones que se detallan a continuación.

#### 9.4.1.1. Presencial y dinámico

Atendiendo al apartado anterior, de sus experiencias se recoge que el diagnóstico suele desarrollarse y/o debería desarrollarse de manera presencial y tener carácter dinámico, privilegiando la relación cara a cara, y valorando entre profesional y persona usuaria los aspectos a tener en cuenta en él.

(...) en un despacho que había otra persona, había dos personas trabajando y entonces que por qué veníamos. Que por qué veníamos y lo explicamos... [EP07]

Así como estamos tú y yo. Hablando, hablando. Tanto en cita con mi asistenta, con la psicóloga, con el grupo, con la monitora, claro. [EP04]

Bueno la primera entrevista... Bueno pues la primera, las de siempre, son iguales, y hablando y valorando y mira, vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro, cada una con su problema, intentar la solución. Y ya está. [EP04]

Entonces es un proceso que en mi caso particular quizá fue un poco dinámico en ese sentido, ella te da la opción de: «tú hablas, yo te escucho, tú me dices, qué es lo que crees», porque de hecho ella es una persona empática. «¿Qué crees que X necesita? Porque tú lo sabes mejor que yo. ¿Qué crees que le pasa a tu hijo? ¿Qué crees que le falta a tu hijo?» Entonces, tú se lo dices, y ella, claro, analizando también en conjunto tal, ella ve en qué tienes razón y en qué considera que no tienes razón, pero entonces, como te escucha, las soluciones son un poco

dinámicas. (...) Conjuntas. Entonces, por eso, ya es una opinión particular, en general no se... [EP14]

#### 9.4.1.2. Personalizado y basado en el respeto a la persona usuaria (trato humano)

Una de las características más valoradas por las personas usuarias es que el diagnóstico esté personalizado para cada caso, que se tengan en cuenta las distintas circunstancias de las personas y que haya un trato humano basado en el respeto, facilitando y garantizando de esta manera que la persona pueda participar en la toma de decisiones.

Por eso tengo primero que hacer la entrevista con las personas que necesito, de decisión, estudiar su caso bien y después decidir, no puedo decidir así al aire. Mira, pobrecito, vamos a decir por qué es pobre... no, todo lo que sea de cada caso es diferente de otro caso. [EP02]

Yo en el caso concreto ellas me han tenido siempre en cuenta, ellas siempre me han tenido muy en cuenta, me han escuchado muchísimo, mucho, mucho en todo el proceso, en los procesos que más alterada estaba por toda la situación, digamos más desbordada emocionalmente. Yo por lo menos me he sentido escuchada, me he sentido respetada también que es muy importante y han valorado la versión. Hombre poniéndome también lo que ya estábamos mirando aquí, no aquí no tal, pero yo por supuesto he sentido que me han escuchado, han tenido siempre en cuenta lo que yo pensaba, lo que yo pensaba, incluso si no coincidíamos, lo que yo pensaba sí lo han tenido en cuenta, yo no lo he sentido así, en las que no coincidíamos o ellas tenían otra opinión o ellas consideraban que se iban a hacer las cosas de otra manera. Siempre me han tenido en cuenta y yo lo he visto siempre desde el respeto e incluso desde un trato humano, vamos a escuchar qué tienes que decir y vamos a entender cómo te afecta todo eso. [P14]

(...) cuando tú te pones en contacto con Servicios Sociales tú estás vulnerable, pero sigues siendo una persona con tus circunstancias buenas, malas como se suele decir, virtudes, defectos, historia previa y tal. Entonces es muy importante que la persona con la que tú llegues tú trates, pienso, ¿no? Siga viendo que es una persona, este es un momento concreto, estas son las circunstancias, tenemos que abrir este procedimiento, esta persona sigue siendo una persona no es solamente ahora madre con un hijo, madre soltera con tres hijos y uno con un historial, sabes porque igual a eso me refiero, que cuando tú ves que esa persona al menos dejas el margen de vamos a ver más allá, «vamos a ver más allá a X, vamos a escuchar un poco también a X y no solamente a la mamá del niño», a eso me refiero. [EP14]

#### 9.4.1.3. Con participación natural y voluntaria

Por un lado, se señala que la participación debería producirse de manera natural y no ser explicitada durante el proceso. Por tanto, este aspecto está relacionado con la capacidad de las y los profesionales de incorporarla y adaptarla al proceso.

Sí, realmente no, digamos que esto fluye como desde otro lugar, cuando hay una intervención así no es tan por decirlo así tan mecánico, se busca yo creo que ahí sí que lo tienen, se busca una impresión más a nivel emocional y no hace falta explicitar determinadas cosas cuando el profesional pues ha conectado desde ahí, es como... digamos no es como llamada telefónica que luego te dicen: «valore la atención recibida de...». No es tan frío, hay otros elementos y eso es lo que los enriquece, ese aspecto es el que lo enriquece, es más humano, entonces no es tan necesario establecer esa especie de protocolo, de gestión de la calidad, realmente eso yo no lo he necesitado ni me he sentido como... [EP09]

Asimismo, las personas participantes expresan que el diagnóstico participado debería ser voluntario y no de carácter obligatorio, siempre y cuando la persona usuaria tenga la voluntad de querer participar.

A ver, es que por parte del profesional tampoco se puede hacer mucho ya, porque realmente hacen una gran labor y se empeñan mucho. Sí que es cierto que tampoco presionar a alguien a que haga algo cuando no se sienta preparado, no sabría decirte. [EP16]

Yo pienso que muchas veces también depende de las personas, yo por lo menos soy una persona que yo siempre estoy dispuesta en primer lugar a hablar, yo digo: «mira, yo te cuento lo que hay, luego si tú lo vas a usar para bien o para mal o me vas a ayudar o me vas a perjudicar», pero yo en principio voy sin miedo y pongo las cosas sobre la mesa porque yo lo que quiero es una solución, ya quisiera de aquí, yo te lo pongo y tal. Yo entiendo que no todo el mundo, porque somos personas diferentes, igual no todo el mundo piensa así, hay personas que tienen miedo, hay personas que igual vienen de situaciones previas más duras, que tampoco va a sentarse y contarte igual según qué cosas, yo entiendo, yo ahí no entro porque no soy profesional pero también imaginando un poco así en general imagino que no todo el mundo va a venir y se va a poner a contarte que según qué circunstancia. [EP14]

#### 9.4.1.4. Basado en una buena comunicación entre profesionales y personas usuarias

Las personas expresan que facilita la participación el que exista una buena comunicación entre profesionales y personas usuarias (por teléfono, correo electrónico, presencialmente, etc.), no sólo durante la fase de diagnóstico sino en todas las fases del proceso de intervención.

O sea, la información siempre la das tú. Porque si yo me guardo información, ¿cómo voy a tener ayuda? Si yo no te digo «mira, me pasa esto, me pasa esto, me pasa esto», si yo no te lo digo, ¿cómo me vas a ayudar? Ahora, si yo te digo «me pasa...», hala, pues te tienes que ir a la asistenta, te tienes que ir a... ya está, tienes que contar tú lo que te pasa, sino cómo te van a ayudar. [EP04]

En este caso para mi interés personal sí, pero es un expediente por decirlo así técnico. Entonces yo por ejemplo a la hora de transmitir información con respecto al discurrir de acontecimientos entre entrevista y entrevista, circunstancias que iban pasando era a través del correo electrónico que yo me ponía en contacto

al principio con XX especialmente, luego ya con X pero digamos que no hay un banco de datos estructurado en el cual yo pueda acceder, digamos no es este el caso, por lo tanto la información se trasladaba sobre todo del acontecer que estaba tal y se le pasaba al psicólogo para que estuviera al corriente. [EP09]

#### 9.4.2. El plan de intervención

En este apartado se recoge la percepción de las personas usuarias sobre su participación en el proceso de desarrollo del plan de intervención. Al igual que en el apartado anterior, se identifican las características que tiene o debería tener un plan de intervención que facilita o garantiza la participación de la persona en su elaboración.

##### 9.4.2.1. Personalizado, operativo y adaptado a la persona

En primer lugar, los resultados recogen que, al igual que en la fase de diagnóstico, el desarrollo del plan de intervención de manera participada es o debería ser personalizado y adaptado a cada caso. Además, también se refleja la importancia de que las y los profesionales realicen un seguimiento de la intervención que sea humano, cercano y no de control (excepto en los casos que sí se requiera):

Todos esos gastos, todas esas cosas no están reflejadas en ningún sitio, por eso lo suyo sería poder hablarlo con la persona y que te lo valorara de distinta manera porque cada uno tiene, pues eso, uno puede tener un hijo, otro no puede tener un hijo, pero otro puede tener tres o cuatro hijos, y esos tres o cuatro hijos uno está en el hogar provincial, el otro está con su abuela y el otro está con su madre y tiene que cumplir con los tres hijos e ir a verlos. Es un gasto adicional que no está reflejado en ningún sitio, por ejemplo. Personalizando, sobre todo. [EP11]

No está adaptada a las necesidades del trabajador, del trabajador, de las personas trabajadoras que no tienen cultura suficiente para entender esos papeles. Tendría que estar con una facilidad, una facilidad porque es que les corresponde de por ley, no tienen que rogarle a la asistente social ese derecho, no, es la asistente social la que tiene que preocuparse de que esa persona no se tire por la ventana, creo yo. [EP11]

Claro, la vives tú, entonces, claro, yo sé una casa que me van a dar, pero podrían, no sé, hacerlo un poco más personal a cada tipo de persona, porque gente ves mal a mucha y por muchas causas. [EP15]

(...) si al final tú no me estás viendo no me vas a ayudar, porque en mi caso no vas a dar recursos que no necesito, si tú me mandas a aprender un curso de español pues es una tontería, porque yo ya sé hablar español, si me hablas de un curso de ofimática o si me dices que vaya a hacer no sé qué hora, igual no es lo que necesito, es un recurso, pero al final estás malgastando tú en alguien y no lo estoy, y no me está aportando tampoco. Por eso yo digo, por eso para mí fue muy importante que ellas me escucharan porque yo veo que a raíz de haberme escuchado, haber dicho eso de mira vamos a escucharla, vamos a verla, pues yo

pienso que por eso también ha funcionado, ha funcionado, hasta cierto punto sí ha funcionado [EP14]

... finalmente ellas cuando ya van y hablan con la otra administración, cuando ya hablan con Educación y dicen: «no, ese es el perfil», porque vosotros tenéis aquí un perfil de este niño tal, tal y la madre tal tal, pero nosotros hemos tratado con esa familia a nivel humano y sabemos que esto, esto y esto puede que sea cierto, pero esto y esto tampoco. Entonces al final lo que resulta es que los otros también dicen: por lo menos sabes si realmente el niño necesita otras cosas, y finalmente pues se ve que sí que el niño necesita otras cosas, que al contrario todo el proceso lo que ha hecho ha sido perjudicarlo, ha sido generar cosas que si igual no pasan esos 6 o 7 años horribles esto no se da. Entonces ya hay cosas que incluso se han generado que podían no haberse generado en el niño porque no se... se le trató como un caso y se sigue un proceso, por eso yo creo que es muy importante para las personas que venimos a que se nos escuche. (...) Sí, cuando te encuentras con alguien que lo hace, sobre todo porque así es como te van a poder ayudar. [EP14]

(...) a lo mejor otra persona está recibiendo el mismo tipo de ayuda. Y las mismas cosas. Y se queja. ¿Me entiendes? Eso ya depende de cada una como la valoración que le dé y todo. [EP04]

(...) que se tenga en cuenta, que se siente con la persona y le comenten las posibles variantes que haya de equis cosas... [EP16]

#### 9.4.2.2. Con participación voluntaria (teniendo en cuenta las limitaciones legales)

Los resultados recogen que la participación de las personas usuarias en la planificación del plan de intervención es o debería ser voluntaria, en el marco de las posibles excepciones legales a tal voluntariedad.

(...) ellas siempre dicen, «nosotras te vamos a decir, mientras no hagas lo que no debes o no está permitido hacer nosotras te escuchamos y al final tú harás lo que tú consideres». Eso ellas siempre lo han tenido en cuenta, y ante las opciones que son obligatorias que tienes que hacer porque hay un procedimiento pues sí esas las haces, pero las que no son obligatorias y no puedes sentirte cómoda ellas nunca me han... o sea, siempre me han tenido en cuenta cómo yo quería también gestionar la situación. Siempre dentro de los límites que ellas tenían que hacer en su trabajo, pero yo siempre lo he visto así. [EP14]

A ver, es que por parte del profesional tampoco se puede hacer mucho ya, porque realmente hacen una gran labor y se empeñan mucho. Sí que es cierto que tampoco presionar a alguien a que haga algo cuando no se sienta preparado, no sabría decirte. [EP16]

Me ayuda el enfoque que me pueda a mí dando y sí en todo momento esto es el libre albedrío, realmente un profesional no te puede decir no hagas esto... no lo hacen de hecho, dan un poco una referencia, y la referencia que me han ido dando yo en general la he visto casi siempre adecuada, pero nunca ha habido una pauta con respecto a «tienes que tomar esta serie de pasos y tal». [EP09]

#### 9.4.2.3. Presencial y manteniendo la comunicación entre profesionales-personas usuarias (teléfono, correo electrónico...)

Cuando se plantea a las personas participantes de qué forma se podría facilitar o garantizar el que pudieran tomar decisiones en la fase de diseño de la intervención, éstas, a partir de sus experiencias, señalan que la mejor forma es o debería ser de manera presencial (visitas domiciliarias, entrevistas, etc.), ayudándose de otras formas de comunicación complementarias (correo electrónico, teléfono, etc.) para facilitar el desarrollo del proceso.

(...) yo la conocí en mi casa, que fue ahí a entrevistarme con otra compañera, así, sobre..., parecido a esto, y ya llamé y digo: «Oye, que tengo el recibo del agua, que me han amenazado ya con dos correos que...». Dice: «Es hasta julio». Digo: «Bueno, ¿y si me cortan el agua me traes tu agua de..., aunque sea del grifo en una botella que tenga de casa?» Yo es que soy así, yo ya sé..., paso de protocolos. [EP13]

Correo electrónico, sí. Y luego visitas en el centro... [EP09]

Venimos al centro. Solicitamos la atención y la cita nos la dan, porque, honestamente, por teléfono no logramos nada. (...) Aquí todo el tiempo ha sido por cita. Hablábamos únicamente, «mira, sí». La que ustedes me hicieron ayer, «venga, perfecto, puedo ir tal día». Pero un trámite por teléfono no lo hago, porque nunca se entiende. [EP10]

Llamaron, porque de la intervención mía llamaron al que estaba por encima de ese caso, y le dice «no, no, esto es así y así», el que tenía que atendernos, que no quería. Entonces, por es que yo digo por teléfono nada, personal todo. [EP10]

Ya te he dicho tuve las entrevistas, el primer contacto y demás, y luego sí que es cierto que presencialmente hasta el año más o menos, pero sí que estuvieron en contacto conmigo. Entonces a lo largo del proceso no me dejaron sola como tal. A través de los educadores del centro de menores y demás. (...) Normalmente me llamaban ellos, o sea, hubo durante un año más o menos que sí que estuve viniendo casi todas las semanas porque hacían talleres y venía, por eso sí que estuve más en contacto con ellos. Sí que es cierto que los talleres eran de... para hablar sobre las emociones, pero en ratitos como solía llegar más pronto que los demás pues solíamos hablar un poco, y entonces siempre han estado en contacto conmigo y siempre me han ayudado en todo lo que he necesitado. [EP16]

Así como estamos tú y yo. Hablando, hablando. Tanto en cita con mi asistenta, con la psicóloga, con el grupo, con la monitora, claro. [EP04]

## 9.5. Responsabilidades profesionales

En este apartado y en el siguiente se recogen el tipo de responsabilidades que deberían tener los principales actores que participan directamente en los procesos de intervención social de los SSAP (profesionales y personas usuarias), en particular en las fases de detección y valoración de necesidades

(diagnóstico) y de diseño de la intervención (plan de intervención), desde la perspectiva de las personas usuarias.

Es preciso señalar que en los procesos de intervención social de los SSAP es habitual que estas dos fases se desarrollen de forma simultánea. Por lo tanto, la tarea de diferenciar las responsabilidades de cada una de las partes participantes en cada una de las fases del proceso no ha sido sencilla, porque en ocasiones se solapan.

Asimismo, es importante destacar que, en relación con las responsabilidades del personal profesional, las personas usuarias reconocen que éste no tiene el control absoluto sobre las decisiones que puede tomar, sino que depende de las directrices del personal directivo de la organización. Estas directrices delimitan y limitan la capacidad de decisión profesional.

(...) porque también depende de su jefa, la concejala, o concejal, y el concejal, ahora es una concejala, «sí, te podría conseguir esto, si puedo». Ahora la chica que se ha ido, la trabajadora que se ha ido, ha salido a la calle, dice «no sé si estarán entre estos o», de momento estamos a 14 y no ha llegado el tercero. Ella lo solicita, luego ya depende del Ayuntamiento que den el visto bueno o no. Es así. Yo no mando. [EP13]

Del que está por encima de ellos. (...) yo siempre por ejemplo le digo «Pepita», por poner un nombre, «me pasa esto, me hace falta porque no tengo dinero...». Este caso, a ver cómo me lo solucionas que yo tengo que vivir, ella dirá «te comprendo, te creo, pero yo dependo de arriba, yo lo voy a solicitar». Es que no hay otra explicación. [EP13]

La Administración, que uno de los grandes problemas es que no están conectados entre sí, el médico no está conectado con Asuntos Sociales. Claro, y ese problema no se resuelve de cualquier manera, se resuelve con la asistenta social que tiene que hacerle la entrevista, preguntarle sus problemas personales a la hora psicológicamente de su separación, de su situación con sus padres... [EP11]

Entre las personas y la administración. Ellos no pueden... si fuera por ellos y en sus manos que pudieran decidir, estoy muy seguro que si ayudan a la gente, pero ellos no lo pueden... [EP02]

### 9.5.1. En el diagnóstico

Con carácter general, los resultados reflejan que las personas usuarias consideran importante que las y los profesionales tengan la responsabilidad de decidir sobre la valoración de sus necesidades y problemas. Sin embargo, esa responsabilidad debe ser consensuada con la persona usuaria. Así, como veremos más adelante, se atribuye al personal profesional el rol de guía, acompañamiento y asesoramiento, compartiendo y consensuando las decisiones con las personas usuarias, pero delegando la decisión final en las y los profesionales, ya que se considera que son quienes tienen el poder y los conocimientos necesarios para poder hacerlo.



### 9.5.1.1. Responsabilidad de decidir

En lo que se refiere a sobre quien debería recaer la responsabilidad de decidir sobre la valoración de las necesidades y problemas, las personas expresan que son las y los profesionales quienes deberían tener esa responsabilidad, ya que están autorizadas/os para hacerlo y son quienes poseen el conocimiento experto para tomar decisiones. No obstante, las decisiones deben adoptarse teniendo en cuenta a las personas usuarias y velando por que se ajusten a lo que necesitan.

Tiene que ser la asistente social, porque no todo el mundo tiene un nivel cultural para estar hablando seguido 15 minutos de una cosa, por los problemas psicológicos que volvemos. [EP11]

La profesional es la que te dice qué tipo de ayuda está vigente en ese momento, no la que tú quieres, no, no, la que te corresponde y la que es. (...) Es que ellos saben más que nosotros, date cuenta que normalmente el trabajador está preparado para saber la ayuda vigente que hay en ese momento, porque como las ayudas cambian en el BOE todos los años, pues nosotros no nos enteramos, ahora tenemos un móvil que es una computadora, es decir, cualquiera que sepa leer y escribir tiene acceso para enterarse, aunque no sea muy fiable la mitad de las veces, pero por lo menos tienes acceso a las ayudas sociales diferentes que hay, pero hasta ahora lo más importante es la asistente social, que te redirija para lo que tienes que hacer, los papeles que necesitas y para cumplir, para cobrar esa ayuda. [EP11]

Sí, tiene que ser... tiene que decidir la trabajadora social, porque la trabajadora social es la gente que tiene más contacto con las personas. Entonces ella tiene que decidir. (...) la trabajadora social tiene más contacto con la gente, y sabe si la gente de verdad necesita las ayudas o no. (...) Pero cuando te hagan la entrevista, valora... te valoran tu caso y ellos deciden. Tú no puedes decir si fuera por ser quien tenga que decidir por sí mismo pues no llegarás a un punto determinado porque cada persona tiene un caso diferente. Por eso es su trabajadora social ella es quien decide la valoración de cada persona. No sé lo que decir. Y siempre digo... [EP02]

La tenemos las 2. Es que la última palabra es la... vamos, la última palabra es la de ella. Pero la mía cuenta mucho también, ¿sabes? [EP04]

No, las decisiones las toman la trabajadora social, que es la que decide, porque yo le puedo decir «me hace falta esto», pero ella decide si sí o si no, porque si ella está autorizada para hacerlo [EP13]

Pues a ver, que se te tenga en cuenta pero que no sea la última palabra la del usuario, que se tenga en cuenta. O sea, yo qué sé, mi caso, era o irme al centro de menores o seguir quedándome en casa con los problemas. Vale, pues no tuvieron en cuenta mi opinión porque yo quería quedarme en casa con mi madre y mi hermana, pero sí que es cierto que tomaron la mejor decisión por mí. No sé, o sea, que tengan en cuenta ya no sólo la opinión sino las necesidades también de las personas. A fin de cuentas, pues hicieron lo mejor, lo que creyeron que era mejor para mí. En parte sí que tuvieron un poco en cuenta lo que yo quería,

pero fue más lo que yo necesitaba que lo que yo quería. Entonces es superior lo que yo necesitaba a lo que yo quería... [EP16]

Por otro lado, aparece que en las decisiones se debería tener en cuenta las circunstancias de la persona, sus necesidades y su voluntad de participar (dependiendo de la persona y su situación).

Yo pienso que muchas veces también depende de las personas, yo por lo menos soy una persona que yo siempre estoy dispuesta en primer lugar a hablar, yo digo: «mira, yo te cuento lo que hay, luego si tú lo vas a usar para bien o para mal o me vas a ayudar o me vas a perjudicar», pero yo en principio voy sin miedo y pongo las cosas sobre la mesa porque yo lo que quiero es una solución, ya quisiera de aquí, yo te lo pongo y tal. Yo entiendo que no todo el mundo, porque somos personas diferentes, igual no todo el mundo piensa así, hay personas que tienen miedo, hay personas que igual vienen de situaciones previas más duras, que tampoco va a sentarse y contarte igual según qué cosas, yo entiendo, yo ahí no entro porque no soy profesional pero también imaginando un poco así en general imagino que no todo el mundo va a venir y se va a poner a contarte que según qué circunstancia. [EP14]

#### 9.5.1.2. Responsabilidad de acompañar, apoyar y asesorar en la toma de decisiones

Las personas entrevistadas expresan que son o deberían ser las y los profesionales las y los responsables de decidir, pero dentro de un proceso de acompañamiento a la persona donde se les apoye y asesore, y en el que se tengan en cuenta sus opiniones.

A mí me pesa, bueno, a mí no me agrada hablar de esto, pero como es un problema que tengo, tengo que exponérselo, vamos. (...) No, me... me asesora ella. Ella me asesora y... me está ayudando bastante. [EP03]

La profesional. (...) A ver, en realidad no debería de por qué tener más responsabilidad. Solamente que me ha ayudado bastante porque yo como en estos temas apenas entiendo nada, está muy bien tener un apoyo. [EP05]

Pues en este caso el interventor, el facilitador, el técnico en este caso, que oídas un poco todas las visiones es el que de alguna forma puede hacer un acompañamiento, que no es un acompañamiento que garantice tampoco ningún éxito, porque esto siempre parte de que al final los adultos promovamos algún cambio, pero es un cambio interno, es decir, puede haber personas que no quieran cambiar, entonces el profesional está un poco limitado también como cualquier psicólogo. [EP09]

Exactamente sí, bueno yo no he tenido elección porque no puedo decir: «bueno, voy a elegir esto, voy a hacer esto». Yo simplemente pues iba, según como se me iban dando las cosas tenía que... aunque me parecieran malas o no tan buenas tenía que hacerlas, porque... pero había una solución que no iba a ser lo peor y va a ser menos malo con la orientación que tenía de X. (...). La situación que

tenía era de muchos problemas y venir aquí es «se me ha solucionado todo», no, pero sí que ha reducido esos problemas. [EP12]

## 9.5.2. En el plan de intervención

### 9.5.2.1. Responsabilidad de generar opciones o alternativas

Por un lado, las personas usuarias atribuyen al personal profesional la responsabilidad de generar alternativas u opciones a la situación actual, entre las cuales puedan decidir las personas usuarias, con la orientación o asesoramiento profesional.

Hombre, ellos te preguntan. (...) Hombre, ellos te dicen lo que puedes hacer, en lo que te pueden ayudar, y tú decides. [EP15]

(...) ellos te ponen para que tú avances, te dan todos los recursos, como me decían, pero sí, y te ponen muchas opciones, pero tú haz lo que tú quieras. Yo lo digo por el trabajo, por ejemplo. Yo tuve que tomar una decisión de no trabajar, porque me aconsejaron, no que no trabajara, sino que cambiara un poco, porque mi trabajo era precario, mi situación no podía estar con un niño pequeño y un trabajo precario, ganando poco, y me dijeron «¿Por qué no estudias?» Entonces, claro, estudias algo, ya que tienes esa oportunidad, que hay COVID, que... Y me costó mucho tomar la... Más que nada, no es una cosa muy..., pero para mí era importante trabajar y no subsistir de las ayudas a lo mejor o algo, y tienes que decidir. Yo siempre decía «pues yo prefiero trabajar», y me costó un montón. Y al final me he sacado un curso, que es a lo que voy, que me costó entenderlo, pero me lo he sacado, he trabajado y me lo he sacado, y he tenido ayuda. Entonces, sí que me he sentido escuchada, porque hasta que hice el curso les costó. [EP15]

Sí, claro. Aparte, en el proyecto que estoy me siento más parte aun, porque primero ellos proponen y yo soy la que dispongo, en el sentido de que ellos me proponen para poder cambiar, porque al final es todo... ¿Cómo diría yo? Cuando tienes problemas tampoco sabes cómo asumirlos, y como también debe ser una educadora la que me lleva y ella me dice «(nombre de la persona), puedes hacer esto», me da opciones, pero yo al final soy la que decido y propongo lo que quiero hacer, si me va bien como si me va mal. Y ante eso me apoyaba también el trabajador social, me decía «tú puedes hacer lo que tú quieras, aquí no vamos a decidir por ti». «Aquí no decidimos por ti». Que por este caso sí, yo me he sentido escuchada y apoyada en las decisiones buenas o malas que tomara. Pero eran mías, y luego que me atuviera a las consecuencias, también..., pero es normal. [EP15]

Hombre, la decisión de ir la tengo yo, a mí nadie me ha obligado, pero el proyecto te lo ponen ellos o no, igual que las ayudas económicas. Ellos te dicen y tú si quieres las tomas o no. [EP15]

La responsabilidad sobre las decisiones, pues ellos pueden darte una aproximación y yo en ese sentido puedo por decirlo así comprarla o digamos asumirla como parte o puedo no estar de acuerdo, pero en general la responsabilidad suya estaría un poco en el marco de decir: «yo te ofrezco esta posible opción y

se la ofrezco a la otra parte en aras de facilitar determinadas cosas», la veo un poco desde ahí... [EP09]

(...) que se tenga en cuenta, que se siente con la persona y le comenten las posibles variantes que haya de equis cosas, que se le tenga en cuenta lo que piensa, lo que deja de pensar, pero si puede llegar a una conclusión entre ambas personas pues mejor, y sino que hagan lo que crean que es mejor y más conveniente pero que se tenga en cuenta la opinión de la persona. [EP16]

#### 9.5.2.2. Responsabilidad de lograr acuerdos

Asimismo, se expresa la idea de que las y los profesionales tienen o deberían tener la responsabilidad de lograr acuerdos, gestionando o manejando los desacuerdos que pudieran producirse en los procesos de toma de decisiones a nivel familiar o grupal.

Responsabilidad sería intentar manejar esa especie de desacuerdos para cambiar el marco perceptivo de cada una de las partes o de una de las partes más y de otras menos, al final es un viaje y acompaña un poco como guía turístico, es decir, yo te enseño estas cosas. [EP09]

#### 9.5.2.3. Responsabilidad de decidir

En lo que se refiere a quién tiene o debería tener la responsabilidad de tomar decisiones en el diseño del plan de intervención, las personas participantes señalan que son o deberían ser las y los profesionales, ya que, al igual que en el diagnóstico, son las personas capacitadas para ello. Estas decisiones deberían tener en cuenta las preferencias u opiniones de las personas usuarias, y velar por que sean las que respondan mejor a sus necesidades.

En decisiones no. Vamos a ver, ellas tienen, para mí, ellas tienen la última palabra. Pero yo también participo en eso y yo también tengo que hacer las cosas como tengo que hacerlas, respecto a mi caso. [EP04]

Si lo tiene, el peso lo tiene, que está encima de mí y me está llamando y yo creo que... [EP03]

Del profesional. Ustedes saben a la hora que pueden atenderme, porque yo puedo tener una emergencia, pero los de delante de mí hay 100 emergencias. [EP10]

Sí, tiene que ser... tiene que decidir la trabajadora social, porque la trabajadora social es la gente que tiene más contacto con las personas. Entonces ella tiene que decidir. [EP02]

Hombre, pienso que la profesional. Hombre, porque es la que decide y si yo le pongo mi caso, mi situación, lo que es, y la verdad que es lo que es, es la que tiene el poder de decir sí o no. Vamos, pienso que la importante es ella. [EP13]

No, las decisiones las toman la trabajadora social, que es la que decide, porque yo le puedo decir «me hace falta esto», pero ella decide si sí o si no, porque si ella está autorizada para hacerlo [EP13]

Hombre, la trabajadora social, que es la que está viendo el caso, la situación, porque la concejala en su despacho no sabe, nada más que ve un papel con una solicitud en la que le dice «yo, tal, solicito esto», y ella ni me conoce ni sabe si estoy o no estoy, lo que pone si es verdad o le he contado un rollo. Ahora, que la trabajadora social tuviera el poder de decir «esto», es que yo lo vería así, porque ese es el trato directo. Puede ser la mejor persona del mundo la concejala, el alcalde, pero no te conocen y no saben tu experiencia, entonces no saben ni cómo funciona la cosa [EP13]

Ella tiene, claro. Claro. Ella tiene que decidir, yo lo único lo que puedo es ofrecer, bueno lo puedo yo presentar mis papeles, documentaciones que tengo todo bien claro, pero lo que tiene que decir sí. Tienes que... todo está en sus manos, todo está en sus manos en general. [EP02]

Pues a ver, que se te tenga en cuenta pero que no sea la última palabra la del usuario, que se tenga en cuenta. O sea, yo qué sé, mi caso, era o irme al centro de menores o seguir quedándome en casa con los problemas. Vale, pues no tuvieron en cuenta mi opinión porque yo quería quedarme en casa con mi madre y mi hermana, pero sí que es cierto que tomaron la mejor decisión por mí. No sé, o sea, que tengan en cuenta ya no sólo la opinión sino las necesidades también de las personas. A fin de cuentas, pues hicieron lo mejor, lo que creyeron que era mejor para mí. En parte sí que tuvieron un poco en cuenta lo que yo quería, pero fue más lo que yo necesitaba que lo que yo quería. Entonces es superior lo que yo necesitaba a lo que yo quería... [EP16]

Es que te deja hablar, como esta es una persona que te deja hablar y llegáis a conclusiones casi un poco conjuntas, a ver, no 100% conjuntas, pero porque al menos te escucha, y entonces como te deja hablar vas viendo sobre la marcha y «esto aquí es verdad, esto aquí es verdad». Entonces es un proceso que en mi caso particular quizá fue un poco dinámico en ese sentido, ella te da la opción de: «tú hablas, yo te escucho, tú me dices, qué es lo que crees», porque de hecho ella es una persona empática. «¿Qué crees que X necesita? Porque tú lo sabes mejor que yo. ¿Qué crees que le pasa a tu hijo? ¿Qué crees que le falta a tu hijo?» Entonces, tú se lo dices, y ella, claro, analizando también en conjunto tal, ella ve en qué tienes razón y en qué considera que no tienes razón, pero entonces, como te escucha, las soluciones son un poco dinámicas. (...) Conjuntas. Entonces, por eso, ya es una opinión particular, en general no se... [EP14]

(...) que se tenga en cuenta, que se siente con la persona y le comenten las posibles variantes que haya de equis cosas, que se le tenga en cuenta lo que piensa, lo que deja de pensar, pero si puede llegar a una conclusión entre ambas personas pues mejor, y sino que hagan lo que crean que es mejor y más conveniente pero que se tenga en cuenta la opinión de la persona. [EP16]

Sin embargo, esta responsabilidad podría estar limitada en función del tiempo, de la responsabilidad que desee asumir la persona y sus actuaciones, y de las circunstancias en las que se vaya desarrollando el proceso, y siempre teniendo en cuenta las situaciones de «control» a la hora de proceder a tomar decisiones.

La responsabilidad sobre las decisiones, pues ellos pueden darte una aproximación y yo en ese sentido puedo por decirlo así comprarla o digamos asumirla como parte o puedo no estar de acuerdo, pero en general la responsabilidad suya estaría un poco en el marco de decir: «yo te ofrezco esta posible opción y se la ofrezco a la otra parte en aras de facilitar determinadas cosas», la veo un poco desde ahí limitada en todo caso, limitada porque luego las partes luego pueden acordar una cosa y no cumplirla, no llegar a acordarla, acordarla cumplirla al principio y luego ya no, es decir, que... [EP09]

Pues a ver, tomaron la mejor decisión, lo único que eso, que no tuvieron en cuenta lo que yo quería en ese momento, pero sí que es cierto que lo que yo quería no era lo mejor para mí. Entonces compensa el hecho de que no hayan tenido en cuenta lo que yo quería en ese momento, pero que sí me hayan dado lo que yo necesitaba pues compensa. [EP16]

#### 9.5.2.4. Responsabilidad de defender los intereses de las personas usuarias

Por otra parte, los resultados reflejan que el personal profesional debería tener la responsabilidad de defender los intereses de las personas usuarias, actuando para ello como intermediario entre éstas y la institución, para garantizar que se lleven a cabo las decisiones adoptadas en el proceso de intervención.

(...) yo siempre por ejemplo le digo «Pepita», por poner un nombre, «me pasa esto, me hace falta porque no tengo dinero...». Este caso, a ver cómo me lo solucionas que yo tengo que vivir, ella dirá «te comprendo, te creo, pero yo dependo de arriba, yo lo voy a solicitar». Es que no hay otra explicación. [EP13]

(...) hacen lo que está en sus manos, de ahí ellos luego pasan todos estos papeles, lo tramitan al Ayuntamiento, a la Concejalía, y la Concejalía pienso que pasará al alcalde, que es su jefe, y le dirá sí o no. Es como pasa en todas las empresas. (...) Por ejemplo, pasa una cosa del ministro, del ministro pasa al presidente del Gobierno, por mucho que diga el ministro ¿quiere decir que sí? Si el presidente dice que no, el que manda es el presidente. [EP13]

Pues si lo... yo le dije todo lo que tenía que decir, lo que acabo de decir. Y ellos pues lo apuntan y dicen «le vamos a escribir a la Generalitat donde... o la Conselleria», y allí si contestan. Ellos son como digamos intermediarios. [EP02]

## 9.6. Responsabilidades de las personas usuarias

Los resultados también muestran la percepción en torno a la responsabilidad que tienen las personas usuarias en el proceso de intervención social que nos ocupa. Estas respuestas se complementan con las del apartado anterior, ya que sigue apareciendo la idea de que esa responsabilidad de decidir sea compartida con las y los profesionales, pues son o deberían ser las y los encargadas/os de ayudar a tomar esas decisiones.

## 9.6.1. En el diagnóstico

### 9.6.1.1. Responsabilidad de decidir o de tomar decisiones

En lo que concierne a quién debería tener mayor peso o responsabilidad en la toma de decisiones, los resultados muestran que para las personas usuarias son ellas las que tienen o deberían tener la responsabilidad final de decidir en los asuntos que les afecten, escogiendo entre diferentes opciones con la ayuda y el asesoramiento profesional.

Hombre, ellos te preguntan. (...) Hombre, ellos te dicen lo que puedes hacer, en lo que te pueden ayudar, y tú decides. [EP15]

Mía. La responsabilidad mía. Pues porque estoy a falta de un poquito de ayuda ahora, y el responsable en esta vida soy yo, de mis hijos, de mi casa y de mi vida. [EP03]

De la persona que viene a pedir, porque la profesional está para escucharla, según mi opinión para escucharla y para guiarla, pero la decisión y la responsabilidad la tiene la persona que viene a pedir, yo pienso (...) La tiene que tener la persona que viene a pedir, no el trabajador social. [EP08]

(...) yo diría es que claro, me gustaría que se hubiese tenido en cuenta todo lo que yo dije, pero claro yo entiendo que esta es una perspectiva subjetiva y no se trataba en este caso de analizar quién de los dos excónyuges tenía más razón, pero sí que es verdad que yo podría decir: «yo creo que mis argumentos son mucho más importantes que los que pueda dar la otra parte, pero ya esa es una película que de alguna manera se puede entrar, pero que no... [EP09]

(...) ellos te ponen para que tú avances, te dan todos los recursos, como me decían, pero sí, y te ponen muchas opciones, pero tú haz lo que tú quieras. Yo lo digo por el trabajo, por ejemplo. Yo tuve que tomar una decisión de no trabajar, porque me aconsejaron, no que no trabajara, sino que cambiara un poco, porque mi trabajo era precario, mi situación no podía estar con un niño pequeño y un trabajo precario, ganando poco, y me dijeron «¿Por qué no estudias?» Entonces, claro, estudias algo, ya que tienes esa oportunidad, que hay COVID, que... Y me costó mucho tomar la... Más que nada, no es una cosa muy..., pero para mí era importante trabajar y no subsistir de las ayudas a lo mejor o algo, y tienes que decidir. Yo siempre decía «pues yo prefiero trabajar», y me costó un montón. Y al final me he sacado un curso, que es a lo que voy, que me costó entenderlo, pero me lo he sacado, he trabajado y me lo he sacado, y he tenido ayuda. Entonces, sí que me he sentido escuchada, porque hasta que hice el curso les costó. [EP15]

### 9.6.1.2. Responsabilidad de decir la verdad

Asimismo, en los resultados se recoge que las personas usuarias tienen o deberían tener dentro de esa relación de poderes la responsabilidad de no mentir, para que la toma de decisiones pueda llevarse a cabo sin dificultades.

Claro, tiene que ser muy clara, no tiene que engañar, es muy claro. Puede engañar uno al otro. Solo las personas que ve la trabajadora social que necesitan la

ayuda, porque ella puede valorar, ella puede saber si está engañando o no está engañando. ¿Entiendes? [EP02]

Pues... le voy a ser honesto, ser honesto y decir verdad, como se dice en los juicios, a la profesional, no mentirle, no engañarle, claro tienes que aportar papeles, porque si a mí me han dado la concesión de la paga Valenciana de Inclusión, hasta los 65, me la quitaron ahí se montó un pitote, es porque me pidieron una documentación y yo no aporté y me la concedieron. Ahora, es eso, no mentir, y yo creo que mi obligación es ser legal, no mentir a la trabajadora, para que ella me pueda ayudar mejor, porque todos sabemos que el cojo, el mentiroso y el cuñado del pueblo, eso es lo que decían nuestros padres. Se pillan antes a un mentiroso que a un cojo. ¿Para qué voy a mentir? Si estoy malo, estoy malo, si tengo un enfisema pulmonar es porque lo ha firmado la Conselleria de Sanidad, la doctora (nombre de la doctora), con su número de colegiada, no me lo he inventado yo. Yo, para mí, yo creo que mi responsabilidad ante eso, ante la trabajadora social, es ser legal, legal, no mentir. Hay algunos que se montan unas películas... [EP13]

(...) yo mi obligación es, como le he dicho, ser veraz y legal ante lo que pongo, para poder obtener la ayuda que me da y me ponen a andar, porque si voy andando en mentiras, hija mía, mira, voy así. [EP13]

En esa decisión la persona usuaria tiene que decir la verdad, exponer su caso con respeto y diciendo las cosas como han ocurrido, no mentir. Yo pienso que es la responsabilidad, porque si vas a pedir tú pides por responsabilidad y por no te gusta pedir, pero lo haces porque lo necesitas sin mentir y las cosas decirlas tal como son, eso es lo que opino. [EP08]

### 9.6.2. En el plan de intervención

Con respecto a las responsabilidades que deberían tener las personas usuarias en el proceso de elaboración del plan de intervención, se han identificado las siguientes:

#### 9.6.2.1. Responsabilidad de informar

En primer lugar, las personas usuarias tienen o deberían tener la responsabilidad de facilitar información que sea útil para el diseño de la intervención y la toma de decisiones, incluyendo responder a las preguntas del personal profesional que se vayan formulando durante el proceso o la comunicación de los posibles cambios en su situación.

Pues tengo que responder claro a todo, a cualquier momento que me llaman, tengo que estar, igual que variación de datos, por ejemplo, encuentro trabajo, algún de que la gente está trabajando, tengo que avisar al trabajador social, mira, estamos cobrando una familia de 5 personas por ejemplo necesita 1.500 o 2.000 al mes, ponle un ejemplo. Pues mira, un trabajo de media jornada por 1.000 euros, entonces de 2.000, quita 1.000, te pagan otro 1.000. Ya puedes vivir por lo menos, vivir, no te digo vivir de vida muy alta, ¿no? Pero puede vivir, eso es lo que quiero decir. [EP02]



(...) me daba la cita para el 16 de marzo, o sea, posterior a... no inmediatamente pero sí esperando que yo tuviera algún resultado para que lo tuviera al tanto [EP12]

#### 9.6.2.2. Responsabilidad de decidir

En segundo lugar, se alude a que las personas usuarias tienen o deberían tener responsabilidad en las decisiones que tomen, siendo acompañadas por las y los profesionales, creando para ello un clima de confianza que promueva la capacidad de la persona para opinar, decidir y participar de las decisiones.

Pero claro, pero todo eso hay que valorarlo. Yo todas esas cosas yo... todo lo que se me pone así en la cabeza que yo no sé por dónde tirar, yo lo comento con ella. Entonces luego yo miro, y pienso a ver como lo puedo hacer, y también se lo comento. Porque a lo mejor tiro por otro lado y no me sale bien la cosa. (...) Sí, sí. Luego la última... vamos a ver, no es que sea la última palabra, yo decido, pero la última palabra también la tienen ellas, pero respecto a casos, así como que te digo, de... yo tengo un hijo menor, estoy con él, sola. ¿Me entiendes? Entonces yo lo que dude lo comento con ella. Que a lo mejor decido yo y me sale mal la cosa, pues ya es la responsabilidad mía, ¿me entiendes? [EP04]

En verdad yo pienso que la debo de tener yo. Pero por el tema este de que no me entero de nada pues X me está ayudando mucho. Yo pienso que sí, que lo he dicho, tenía que tener más responsabilidad yo. pero en cambio en mi caso, no sé en la de los demás, pero en mi caso X sí que tiene bastante responsabilidad. [EP05]

Pues bastante acompañado en ese aspecto y con cierta confianza de que puedes hacer una especie de delegación en los profesionales de determinadas cosas (...) [EP09]

No, yo decido, hago, deshago, soy yo, soy yo. [EP03]

Sí, claro. Aparte, en el proyecto que estoy me siento más parte aun, porque primero ellos proponen y yo soy la que dispongo, en el sentido de que ellos me proponen para poder cambiar, porque al final es todo... ¿Cómo diría yo? Cuando tienes problemas tampoco sabes cómo asumirlos, y como también debe ser una educadora la que me lleva y ella me dice «(nombre de la persona), puedes hacer esto», me da opciones, pero yo al final soy la que decido y propongo lo que quiero hacer, si me va bien como si me va mal. Y ante eso me apoyaba también el trabajador social, me decía «tú puedes hacer lo que tú quieras, aquí no vamos a decidir por ti». «Aquí no decidimos por ti». Que por este caso sí, yo me he sentido escuchada y apoyada en las decisiones buenas o malas que tomara. Pero eran mías, y luego que me atuviera a las consecuencias, también..., pero es normal. [EP15]

Escucho también a los Servicios Sociales, porque hay que escucharlos. Pero el que decido soy yo. Soy yo. Claro, en mi vida yo, yo, y yo. Si he decidido toda mi vida. [EP03]

(...) tú también tienes que decidir si quieres seguir viniendo, ¿sabes? Si en... ahí ellos no te van a decir «esto es lo que hay», ahora te dicen «esto es lo que hay» cuando hay una cosa seria, que no hay otra, ¿me entiendes? [EP04]

(...) cuando decides, vamos a ver, vienes porque tú decides venir. Si tú no decides nada, no vienes. Si te quedas en casa haces las cosas a tu manera. Y si pides ayuda estás... si vienes aquí a pedir ayuda, tanto a mí como en otro lado, como en lo que sea relacionado con Servicios Sociales. Si tú pides ayuda es para dejarte aconsejar. [EP04]

Sí, que las tome es otra cosa, pero sí, sí que estoy mucho más preparada, tengo más fuerza mental por decirlo así. (...) Si, si yo no me encuentro bien mentalmente no funciona. Igual que yo supongo que les pasará a muchísimas otras personas que tienen muchas cargas encima, necesitas verlo también un poco desde fuera para ver cómo está, para analizar la situación, porque desde dentro lo ves todo muy negro por ejemplo, desde fuera lo puedes ver negro pero ya no lo ves tan negro como desde dentro, entonces ya tienes otra perspectiva. Entonces es bueno también estar bien mentalmente hablando, porque la salud mental es mucho más importante para mí que la salud física, y lo sé por experiencia. Entonces sé de lo que hablo y yo he estado muchísimo tiempo mal mentalmente hablando, en plan de salud mental, y las decisiones que he tomado no han sido las mejores y ahora que me encuentro mejor pues sí que es cierto que las decisiones que estoy tomando son mejores, hay una gran diferencia. No sé si me explico. (...) Que es muy necesaria la salud mental para tomar buenas decisiones, porque si estás estresado, agobiado, con depresión y demás pues vas a ir a lo fácil por decirlo así. Entonces... [EP16]

Hombre, la decisión de ir la tengo yo, a mí nadie me ha obligado, pero el proyecto te lo ponen ellos o no, igual que las ayudas económicas. Ellos te dicen y tú si quieres las tomas o no. [EP15]

¿Sobre mi situación? Ellos me lo proponen y el peso lo tengo yo, porque yo, por ejemplo, vengo por una separación y a mí nunca me han dicho «séparate, séparate». Claro. Claro, a mí no... Eso sí, te explican la realidad bien explicada, te dicen «pero ¿no estás viendo que no?» [EP15]

Yo pienso que mía, pero... Sí, a ver, yo pienso que mía, pero ellos sí que me están ayudando demasiado. También igual. [EP05]

Pues porque es lo más importante, porque al final yo creo que ellos saben que vas a hacer lo que quieres, ¿no?, supongo yo. Es que tampoco pueden decidir sobre lo tuyo, ellos te pueden aconsejar. [EP15]

Asimismo, las personas usuarias expresan la importancia de que para participar en la toma de decisiones es o debería ser necesario estar bien informadas.

Informarme también, o sea, pedir información, yo que sé, tener en cuenta también mis necesidades, ya no lo que yo quiera, sino lo que necesito, viene a ser lo mismo de antes, pues eso, más que nada informarse, hacer las cosas bien, si te dicen que hagas equis cosas por tu bien, pues lo intentas hacer, porque sabes que es lo que necesitas, aunque no quieras, pues eso. [EP16]

Informarme también, o sea, pedir información, yo que sé, tener en cuenta también mis necesidades, ya no lo que yo quiera, sino lo que necesito, viene a ser lo mismo de antes, pues eso, más que nada informarse, hacer las cosas bien, si te dicen que hagas equis cosas por tu bien, pues lo intentas hacer, porque sabes que es lo que necesitas, aunque no

### 9.6.2.3. Responsabilidad de cumplir los compromisos

En tercer lugar, se refleja que las personas usuarias tienen o deberían tener no sólo la responsabilidad de decidir y asumir las consecuencias de sus decisiones, sino el compromiso y la responsabilidad de cumplir con las decisiones adoptadas.

Yo poder no, yo soy un usuario, un afectado, no sé cómo se dice, y yo poder no. Yo poder no, yo mi obligación es, como le he dicho, ser veraz y legal ante lo que pongo, para poder obtener la ayuda que me da y me ponen a andar, porque si voy andando en mentiras, hija mía, mira, voy así. [EP13]

Pero cuando ya sale el problema ya de convivencia, hay hijos por medio, hay muchos temas, ¿no? Económicos, de todo un poco, ¿no? Pues ya es que... Y más con un niño, porque si estás solas dices «pues bueno». Pero con un niño ya tienes la obligación de hacer las cosas bien. [EP04]

## 9.7. Roles y actitudes profesionales

En este bloque temático y el siguiente se han recogido los resultados relativos a los roles y actuaciones que tienen o deberían tener profesionales y personas usuarias en los procesos de intervención social para que éstos sean participados.

### 9.7.1. Roles profesionales

Claro, es muy importante que te escuchen, (...) porque la pobreza da vergüenza. [EP08]

Pues muy bien, porque yo no he tenido problemas, yo me acuerdo que vine por un recibo de agua, me ayudaron, luego vine por otro de luz, me ayudaron, luego conté mis problemas con mi pareja, han estado ahí. Con mi hijo, vamos, es que desde el principio me han estado ayudando, entonces... [EP04]

Apoyada, guiada y todo. (...) Escuchar, prestar atención, apoyar, tranquilizar, son las palabras que son fundamentales, claves para un trabajador social, primero escuchar, atender, tener empatía porque como te he dicho, a nadie le gusta ir a pedir. [EP08]

(...) al final es un viaje y acompaña un poco como guía turístico, es decir, yo te enseño estas cosas. [EP05]

### 9.7.1.1. Rol no impositivo ni directivo (con excepciones)

Los resultados muestran que, para las personas participantes, el rol de las y los profesionales no es o no debería ser directivo o impositivo, a excepción de ciertos contextos de control particulares que sí lo requieren.

Me ayuda el enfoque que me pueda a mí dando y sí en todo momento esto es el libre albedrío, realmente un profesional no te puede decir no hagas esto... no lo hacen de hecho, dan un poco una referencia, y la referencia que me han ido dando yo en general la he visto casi siempre adecuada, pero nunca ha habido una pauta con respecto a «tienes que tomar esta serie de pasos y tal». [EP09]

De proponer soluciones, a la hora de proponer recursos, te podría decir: «tenemos un campamento de verano para tus hijos». Entonces tenía 3, ahora tengo 4, «pueden ir tal», y había veces incluso si tú consideras, «si crees que X puede ir, si prefieres quedártelo en casa», o sea, nunca era una imposición. [EP14]

(...) no me sentía en ningún momento como si me estuvieran dirigiendo, que para mí fue muy importante, sino diciendo: «estas son las opciones que hay, estos son los... estas son las estrategias que se llevan a cabo en esos casos, esto es incluso lo que nosotros creemos que tienes que hacer, hasta cierto punto tú aquí ya decides pero nosotras creemos que es por aquí por donde tienes que ir» y para mí todo eso ha sido muy importante, de hecho yo personalmente reconozco que les tengo un gran afecto. [EP14]

Hombre, la decisión de ir la tengo yo, a mí nadie me ha obligado, pero el proyecto te lo ponen ellos o no, igual que las ayudas económicas. Ellos te dicen y tú si quieres las tomas o no. [EP15]

Yo tampoco quiero que estén encima de mí y que esté a mi lado, pero bueno un poquito apoyado, vamos, como estoy. [EP03]

(...) ellas siempre dicen, «nosotras te vamos a decir, mientras no hagas lo que no debes o no está permitido hacer nosotras te escuchamos y al final tú harás lo que tú consideres». Eso ellas siempre lo han tenido en cuenta, y ante las opciones que son obligatorias que tienes que hacer porque hay un procedimiento pues sí esas las haces, pero las que no son obligatorias y no puedes sentirte cómoda ellas nunca me han... o sea, siempre me han tenido en cuenta cómo yo quería también gestionar la situación. Siempre dentro de los límites que ellas tenían que hacer en su trabajo, pero yo siempre lo he visto así. [EP14]

Sí, porque no me siento... no me siento juzgada, no me siento que vaya a ir a por mí por ejemplo para quitarme a la niña, porque eso también como lo piensas porque es una asistente social, y quieras que no hay que tener un poco de respeto. No me siento en ese sentido como otras «es que voy allí y me da miedo por si me quita la niña, que si esto, que si lo otro», yo vengo, le cuento mis cosas. [EP01]

Hombre, ellos te ayudan, como tú no cumplas también sus objetivos, supongo que harán algo. [EP15]

No obstante, en base a sus experiencias, señalan que, en ocasiones, se adoptan roles más directivos con el fin de ayudar a tomar las mejores decisiones sobre sus necesidades o problemas.

(...) no tuvieron mucho en cuenta lo que yo quería, pero porque no era lo que yo necesitaba. [EP16]

Sí tuvieron en cuenta lo que yo quería, poquito pero sí. Lo que era mejor para mí. Es que en mi caso por ejemplo es que yo era menor, entonces mucha voz no tenía ahí. Yo qué sé, a partir de los 13 o 14 años más o menos que ya es cuando tienes una mentalidad, no sé, que ya empiezas a tomar decisiones más importantes, entre comillas, sí que es cierto que se debería tener más en cuenta la opinión en general. [EP16]

Pues a ver, tomaron la mejor decisión, lo único que eso, que no tuvieron en cuenta lo que yo quería en ese momento, pero sí que es cierto que lo que yo quería no era lo mejor para mí. Entonces compensa el hecho de que no hayan tenido en cuenta lo que yo quería en ese momento, pero que sí me hayan dado lo que yo necesitaba pues compensa. [EP16]

#### 9.7.1.2. Rol de ayuda, apoyo y acompañamiento

Se recoge que el rol profesional es o debería ser un tipo de rol de ayuda, apoyo y acompañamiento a las personas usuarias para que sean capaces de decidir sobre sus necesidades y problemas, y, además, asuman responsabilidades sobre sus decisiones.

Claro, lo que hablábamos, que yo primero vine por una cosa, luego fue otra, luego..., entonces, claro, me he sentido ayudada porque cada día era un problema más, entonces... Claro, y me han tenido en cuenta, porque en vez de decir «bueno, ahora estás una cosa, pues...», pues no, ellos han tenido que cambiar todo el rato, que no es la misma situación siempre. [EP15]

Pues muy bien, porque yo no he tenido problemas, yo me acuerdo que vine por un recibo de agua, me ayudaron, luego vine por otro de luz, me ayudaron, luego conté mis problemas con mi pareja, han estado ahí. Con mi hijo, vamos, es que desde el principio me han estado ayudando, entonces... [EP04]

Y ella sabe muchas cosas de mí. Por eso está intentando ayudarme. [EP06]

Pues creo que ha habido mucha sinceridad, le hemos explicado lo que nos pasaba y entonces pues hemos visto que sí, que vamos a tener apoyo, pienso yo, porque o sea, no aparenta la enfermedad, porque yo estuve haciendo los cursillos en el hospital y yo decía. «no, no puede ser que esto vaya a peor, creo que es una cosa pasajera, será una pérdida de memoria, como una demencia que muchos abuelitos lo hacen y tal», pero ahora me doy cuenta que hace muchas cosas muy raras. [EP07]

O con ella hablando, que es la que te tiene que apoyar, se supone que es quien sabe. [EP11]

Sí, estoy agradecida, la verdad es con la trabajadora y con el trabajador que me tocaron últimamente estos 3 o 4 meses le doy las gracias porque me han ayudado bastante, me han apoyado, me han escuchado, esto te hace sentir como una persona, te sientes segura, protegida pero sí le da lo mismo según su mirada te sientes rechazada, humillada, abandonada. [EP08]

Apoyada, guiada y todo. (...) Escuchar, prestar atención, apoyar, tranquilizar, son las palabras que son fundamentales, claves para un trabajador social, primero escuchar, atender, tener empatía porque como te he dicho, a nadie le gusta ir a pedir. [EP08]

No, bueno en principio planteé todo porque me pasaban muchísimas cosas y me dijo: vamos a trabajar en orden, según las prioridades a intentar ayudarte en lo que más podamos, pero ya no sólo era, yo no me sentía solo apoyada, me sentía apoyada también a nivel psicológico, era como que tranquila, como que me daba esa fuerza que me faltaba. [EP12]

Pues ayuda muchas veces en tema es si estás muy mal de mandarte a un psiquiatra, cosas de esas. Entonces está muy bien que te ayuden así, porque no solamente el tema económico que hoy en día es importante, pero es más el psicológico y más después de haber pasado todo esto. [EP05]

Claro, lo que hablábamos, que yo primero vine por una cosa, luego fue otra, luego..., entonces, claro, me he sentido ayudada porque cada día era un problema más, entonces... (...) Claro, y me han tenido en cuenta, porque en vez de decir «bueno, ahora estás una cosa, pues...», pues no, ellos han tenido que cambiar todo el rato, que no es la misma situación siempre. [EP15]

(...) charlamos y miramos a ver la manera de cómo lo hacemos. Ella ayuda porque ella es la profesional. [EP04]

Pues tiene que actuar pues no sé la información que necesita, tengo que responder y los papeles que tengo que presentar al profesional, pues ayudar a la gente con todo lo que se pueda. [EP02]

Yo creo que de momento lo que estoy viviendo y lo que estoy... he estado bien, vamos, no ha habido... aparte que es que es lo necesario, ¿sabes? Yo no sé, a lo mejor si lo hago por mi cuenta, no me sale la cosa como me tiene que salir. Es siempre pues nada, que yo tengo psicóloga y tengo mi asistenta y tengo un grupo de mujeres. O sea, que... eso antes no lo tenía, hacía las cosas a mi manera, me equivocaba de alguna manera o de otra, y claro pues ya te digo como a mí no me gusta... las veces que he tenido que ir a Servicios Sociales ha sido por cosas... ¿cómo se dice? [EP04]

Pero claro, pero todo eso hay que valorarlo. Yo todas esas cosas yo... todo lo que se me pone así en la cabeza que yo no sé por dónde tirar, yo lo comento con ella. Entonces luego yo miro, y pienso a ver como lo puedo hacer, y también se lo comento. Porque a lo mejor tiro por otro lado y no me sale bien la cosa. [EP04]

Mucho, mucho, mucho, y me ayudan, me está ayudando mucho. Sí, porque claro, sí, mucho, me ha ayudado mucho. Perdona, es que como si tuviese ahí una mano. Con X es como si tuviese una mano porque cuando me falta algo es... Una mano de apoyo, justo. [EP03]

A ver, yo pienso que está bien tener un apoyo ahí, aunque tengas pareja, tengas familia y todo eso. Realmente ellos no saben por lo que estás pasando, hasta que no estás aquí porque hay mucha más gente que yo que lo está pasando muy mal. Y realmente ellos ayudan muchísimo. [EP05]

(...) al final es un viaje y acompaña un poco como guía turístico, es decir, yo te enseño estas cosas. [EP05]

Claro, porque tú también, «pues ya que estás aquí aprovéchalo, ya que estás en un sitio que puedes estar evolucionando, aprovéchalo, no vuelvas otra vez atrás». Y es verdad que en eso te ayudan, por eso te mandan..., por eso me mandan al psicólogo, porque se ve que a mí me da... Y al final te hacen recapacitar, y como yo igual un día me da por una que me da por otra, la verdad. Entonces, sí que te sientes apoyada. Y supongo que ellos tendrán sus objetivos, que son difíciles, porque al final lo que quieren es que tú mejores, supongo, en todos los casos, y que evoluciones, no vas a estar siempre..., ¿no? [EP15]

De ayudarte, o sea, de hacerte entender ciertas cosas que tú ves oscuras, por decirlo así, de darte claridad, de informarte, de ayudarte principalmente. [EP16]

Entonces, sí que ha sido entre los dos, yo es que me he sentido, eso, acompañada, acompañada y preguntándome cualquier decisión, cuando me ha dado por irme, me ha dado por irme, le decía «me quiero ir», y me decía «pero piénsatelo, que, si no, no hay vuelta atrás». [EP15]

Eso sí, te explican la realidad bien explicada, te dicen «pero ¿no estás viendo que no?» [EP15]

### 9.7.1.3. Rol informador

Por otra parte, se destaca el rol profesional de informar sobre las distintas opciones y posibilidades a tener en cuenta en relación con las necesidades y problemas de las personas usuarias.

Muy importante porque me ha dado soluciones, me ha dado ideas, me ha sugerido «haz esto, intenta ir por aquí, busca este empleo, métete allí», me ha dado que no sólo este centro social va a hacer esto sino enfócate en esto, me pasaba enlaces, Impulsa Alicante, por ejemplo, busca aquí, haz allí, busca estos abogados, como que me ayudaba, yo creo que no sé si todos los trabajadores sociales lo hacen, pero de esta forma que no sólo era a nivel de... el centro de Servicios Sociales brindate una ayuda por un mes o dos meses, no, aparte me aportaba como «intenta apuntarte en esta bolsa de empleo, intenta buscar estos cursos», me daba como esa esperanza que me faltaba. (...) Me facilitaba las cosas, sí. [EP12]

(...) ellos mismos me iban informando también, el trabajador social me iba informando pues qué podía hacer, posibilidades. [EP15]

(...) es un proyecto nuevo, y yo no quería irme, yo decía «pues yo prefiero irme de alquiler». Y me decían «pero bueno, aquí...», y te lo explican muy bien explicado, «prueba», y, claro, con lo del COVID lo que hablamos, con lo del

COVID fue todo que me he tenido que... Y al final pues estoy bien... (...) desde el principio. Me lo explicaron. [EP15]

Lo más fácil sería enseñarte las ayudas sociales que hay y los distintos baremos, las distintas opciones y las que más te convienen. Los recursos, la ley que hay vigente en ese momento, porque como cambia cada dos por tres, (...) [EP11]

El desempeño de este rol también incluye que el personal profesional facilite información sobre la gestión del proceso para que las personas usuarias estén informadas y sean capaces de tomar decisiones, con base en dicha información.

(...) cuando finalmente ya Consellería se implica pues ellas siguen, hay como una colaboración de Servicios Sociales, Consellería, tal, y ellas muchas veces después de las reuniones con ellos y ellas me hablan, me dicen: «se va a hacer esto, se va a hacer lo otro», hay cosas que sí que se hacen. (...) Sí, ellas sí que me informaban, sí me tenían en cuenta, de lo que me podían informar, pero que era casi todo. Yo por lo menos siento mucha transparencia en el caso de ellas, nunca me he sentido que me ocultasen información, siempre ha sido muy clara, muy contundente, muy objetivas también, pero por lo menos yo he sentido que me informaban de todos los pasos... [EP14]

De ayudarte, o sea, de hacerte entender ciertas cosas que tú ves oscuras, por decirlo así, de darte claridad, de informarte, de ayudarte principalmente. [EP16]

O sea que yo al menos en ese aspecto, también conozco a mi prima, en ese aspecto también, está muy satisfecha, porque ella en ese aspecto también dice que la trabajadora social con la que ella ha trabajado también siempre la ha informado, siempre la ha remitido a muchos sitios. [EP06]

#### 9.7.1.4. Rol generador de opciones o alternativas

También se recoge el rol profesional de proponer ideas, buscar distintas soluciones y opciones junto a la persona usuaria.

(...) en general la responsabilidad suya estaría un poco en el marco de decir: «yo te ofrezco esta posible opción y se la ofrezco a la otra parte en aras de facilitar determinadas cosas», la veo un poco desde ahí limitada en todo caso, limitada porque luego las partes luego pueden acordar una cosa y no cumplirla, no llegar a acordarla, acordarla cumplirla al principio y luego ya no, es decir, que... [EP09]

Muy importante porque me ha dado soluciones, me ha dado ideas, me ha sugerido «haz esto, intenta ir por aquí, busca este empleo, métete allí», me ha dado que no sólo este centro social va a hacer esto sino enfócate en esto, me pasaba enlaces, Impulsa Alicante, por ejemplo, busca aquí, haz allí, busca estos abogados, como que me ayudaba, yo creo que no sé si todos los trabajadores sociales lo hacen, pero de esta forma que no sólo era a nivel de... el centro de Servicios Sociales brindate una ayuda por un mes o dos meses, no, aparte me aportaba como «intenta apuntarte en esta bolsa de empleo, intenta buscar estos cursos», me daba como esa esperanza que me faltaba. [EP12]



(...) cuando tú llegas a un sitio con muchos problemas yo creo que es muy difícil escucharte y a la vez darte un poco de alternativas, sí que me escuchaba y a la vez me decía: «a ver, vamos a plantearnos esto, intenta hacer esto», como que aparte de soluciones me daba más alternativas y eso yo lo veía para mí como un respiro, la verdad. [EP12]

(...) es que me daba opciones, como que me daba alternativas, a ver, por ejemplo, tienes por ejemplo «tienes el juicio pendiente de la niña, a ver cuándo te va a salir, en febrero, en marzo, pero mientras tanto de momento tienes un abogado, sí, pero sino también busca otro abogado que te vas al Colegio de Abogados, para que tengas otra opción de otro abogado, por si acaso si se aplaza», como que me daba otras opciones en el caso. O por ejemplo «mira, es que estoy agobiada, porque claro, yo si me saliera un trabajo también mi cabeza». Bueno, pues «¿has sido a (nombre de ONG) a Alicante, por ejemplo?». Y digo: «no». «Pues mira, está aquí, el teléfono está aquí, la dirección es esta». Luego por ejemplo es que claro, con los niños tan pequeños como... «pues mira, hay un sitio que para verano o para estos niños los puedes apuntar». O sea, que estaba muy informado en todo lo que... o sea, yo no es que le decía: «a ver, yo quiero ir a este sitio para esto» o «quiero un abogado», no, él me escuchaba y según todo lo que me escuchaba me decía. «a ver, creo que deberías buscar este abogado, creo que deberías apuntarte aquí, creo que deberías renovar tu curriculum, creo que deberías...», me daba como... o sea, después de todo lo que me escuchaba me daba todas esas opciones. [EP12]

Cuando tienes problemas tampoco sabes cómo asumíroslos, y como también debe ser una educadora la que me lleva y ella me dice «(nombre de la persona), puedes hacer esto», me da opciones, pero yo al final soy la que decido y propongo lo que quiero hacer, si me va bien como si me va mal. [EP15]

(...) ellos te ponen para que tú avances, te dan todos los recursos, como me decían, pero sí, y te ponen muchas opciones, pero tú haz lo que tú quieras. Yo lo digo por el trabajo, por ejemplo. [EP15]

De proponer soluciones, a la hora de proponer recursos, te podría decir: «tenemos un campamento de verano para tus hijos». Entonces tenía 3, ahora tengo 4, «pueden ir tal», y había veces incluso si tú consideras, «si crees que X puede ir, si prefieres quedártelo en casa», o sea, nunca era una imposición. [EP14]

#### 9.7.1.5. Rol facilitador

Por otra parte, se recoge que las y los profesionales deberían tener un rol facilitador, que ayude en la organización de ideas para facilitar la toma de decisiones.

En eso te ayudan ellos, te facilitan muchas cosas, ayudas económicas, de alimentación, psicólogos, un grupo. O sea, yo de momento estoy... yo estoy contenta, ¿sabes? (...) Y me atendieron bien. Entonces, mira en un principio vino la trabajadora social a mi casa, le pregunté «(nombre de la persona), ¿usted quiere ir a la residencia?», la mujer dijo que sí, cuando se fue a la asistenta estaba llorando y me tuve que ir corriendo a la asistenta a decirle que quitara eso, que me diera lo de la ayuda esta para gente que están... que no... vamos para la gente... es

que no me acuerdo qué tipo de ayuda. Pues bueno... (...) Entonces pues nada, quitaron lo de la residencia, y pusieron lo de la dependencia, y ya está. O sea, yo no tenía un problema. Luego en el... respecto a la asistencia social que había en la UCA, pues tampoco he tenido problema. Me han facilitado todas las... para poder ingresarla en algún centro o ingresar... yo no he tenido problemas. [EP04]

Pues en este caso el interventor, el facilitador, el técnico en este caso, que oigas un poco todas las visiones es el que de alguna forma puede hacer un acompañamiento, que no es un acompañamiento que garantice tampoco ningún éxito, porque esto siempre parte de que al final los adultos promovamos algún cambio, pero es un cambio interno, es decir, puede haber personas que no quieran cambiar, entonces el profesional está un poco limitado también como cualquier psicólogo. [EP09]

Pero claro, pero todo eso hay que valorarlo. Yo todas esas cosas yo... todo lo que se me pone así en la cabeza que yo no sé por dónde tirar, yo lo comento con ella. Entonces luego yo miro, y pienso a ver como lo puedo hacer, y también se lo comento. Porque a lo mejor tiro por otro lado y no me sale bien la cosa. [EP04]

(...) yo traslado una información y ellos la articulan un poco por donde creen que queda mejor, ¿no? [EP09]

#### 9.7.1.6. Rol evaluador

Asimismo, se recoge que las y los profesionales deberían valorar las situaciones en las que es necesario tomar decisiones y las propias decisiones a adoptar o tomadas durante el proceso.

Bueno la primera entrevista... Bueno pues la primera, las de siempre, son iguales, y hablando y valorando y mira, vamos a hacer esto, vamos a hacer lo otro, cada una con su problema, intentar la solución. Y ya está. [EP04]

Pues no sé muy bien cómo decírtelo... no sé. Yo pienso que ellos mirarían por lo mejor para mí, para mi entorno [EP05]

Exactamente sí, bueno yo no he tenido elección porque no puedo decir: «bueno, voy a elegir esto, voy a hacer esto». Yo simplemente pues iba, según como se me iban dando las cosas tenía que... aunque me parecieran malas o no tan buenas tenía que hacerlas, porque... pero había una solución que no iba a ser lo peor y va a ser menos malo con la orientación que tenía de X. (...) La situación que tenía era de muchos problemas y venir aquí es «se me ha solucionado todo», no, pero sí que ha reducido esos problemas. [EP12]

No, sí que han tenido en cuenta mi opinión porque yo, por ejemplo, antes de irme a una casa donde me he ido me he querido ir a otra y siempre hemos estado valorando, aconsejándome, sí que han tenido en cuenta mi opinión. Claro, al final te ves también que ellos, si nunca, como digo yo, ellos no me dijeron..., yo al principio no me quería ir. [EP15]

Eso ya tendría que ser la capacidad de la persona. De la asistenta social, tendría que valorarlo ella. [EP11]

(...) ellos detectaron lo que me pasaba en verdad, porque yo tampoco venía aquí y contaba todo lo que me pasaba, entonces lo detectaron ellos y sí, y a ver. Mi opinión es que, a ver, hombre, claro, lo que yo quiero, es que es imposible lo que yo quiero, entonces mi opinión ellos a lo mejor me dicen «oiga, es que eso no va a salir mañana». [EP15]

#### 9.7.1.7. Rol investigador

Además, destaca dentro de las actuaciones profesionales experimentadas por las personas usuarias la importancia de que las y los profesionales recaben información, a partir de la formulación de preguntas que les permitan conocer la situación de las personas usuarias, hacer propuestas y buscar soluciones conjuntas y así poder gestionar mejor la toma de decisiones.

Claro, me han preguntado, sí. (...) En plan... Como X me ha dicho a mí que, para la ayuda social eso para eso que te saca la... que te dan la comida y todo, ¿sabes? Pues me lo ha hecho ella, gracias a ella también. también más cosas, también más cosas. [EP06]

(...) tampoco sabemos mucho, nos tienen que preguntar, tanto vosotros como si nos enteramos de algo o nos dice la doctora o nuestra enfermera que nos corresponde que nos diga «tenéis que hacer esto o tenéis que hacer lo otro», de momento yo creo que estamos bien, estamos en un punto que creo que es correcto. (...) Yo pienso que los profesionales también nos aconsejan, nos preguntan, nos preguntan «por qué venimos a asuntos sociales o al centro social» y entonces sí ven en nuestras preguntas que hay necesidad a lo mejor de tener falta de ellos, ojalá no, ojalá no... [EP07]

Hombre, ellos te preguntan. (...) Hombre, ellos te dicen lo que puedes hacer, en lo que te pueden ayudar, y tú decides. [EP15]

Sí, más o menos te preguntan y pones de qué trabajas, los oficios que tienes, oficios reconocidos, traes las cosas del paro, el tiempo que estás parado, lo que te ha sucedido, la despedirte o al tener improcedente traes la documentación. Yo estoy divorciado y cuando mi hijo le correspondía, que era pequeño, estaba a cargo mío, yo tenía la guarda y custodia, todo esto tuve que presentarlo, todos los papeles, y cada vez que una ayuda social, como la de ahora, tengo que presentar el escrito del juzgado del mutuo acuerdo. [EP11]

(...) ellos tendrán sus objetivos y supongo que te irán preguntando para que tú los cumplas, no creo que sea que te estén ayudando siempre porque sí. [EP15]

(...) siempre me pregunta «¿Estás bien? ¿Sigues bien? No te preocupes, que esto ha pasado un año», porque como esto era para un año, entonces siempre me ha preguntado. «¿Quieres que hagamos otra cosa? ¿No quieres? Puedes aguantar un poco más ahí». Entonces, sí que ha sido entre los dos, yo es que me he sentido, eso, acompañada, acompañada y preguntándome cualquier decisión, cuando me ha dado por irme, me ha dado por irme, le decía «me quiero ir», y me decía «pero piénsatelo, que, si no, no hay vuelta atrás». [EP15]

Si te preguntan, (...), ¿en qué trabajas, qué ganas, ¿qué tal? Como eso lo tiene que apuntar también, documentando, y te lo dicen, porque cuando tú puedes decir «pues mira, no tengo nada», luego te llega y te dice: «Tráeme esto, esto y esto». [EP13]

Pero la necesidad de que el personal profesional recabe la información que necesita para su trabajo no se limita sólo a la información relativa a las situaciones de las personas usuarias del servicio, sino que, en opinión de las personas participantes, incluye también la información sobre los recursos y servicios disponibles en cada momento, para que puedan ofrecer las diferentes opciones existentes a las personas usuarias, y éstas puedan decidir contando con toda la información disponible.

Tú, por ejemplo, tú puedes investigar como... por ejemplo, una trabajadora social, tiene que investigar, ponen por ejemplo ahora yo voy a tener ayuda de tal, tal. Entonces tiene que investigar las ayudas que ponen a la gente. Entonces cuando viene una persona entonces la trabajadora sabe esta persona qué es lo que responde. Eso es lo que... es que normalmente aquí tú tienes que pedir las ayudas. Es que no tienes que pedir. La trabajadora tiene que saber qué hay... [EP02]

(...) es que me daba opciones, como que me daba alternativas, a ver, por ejemplo, tienes por ejemplo «tienes el juicio pendiente de la niña, a ver cuándo te va a salir, en febrero, en marzo, pero mientras tanto de momento tienes un abogado, sí, pero sino también busca otro abogado que te vas al Colegio de Abogados, para que tengas otra opción de otro abogado, por si acaso si se aplaza», como que me daba otras opciones en el caso. O por ejemplo «mira, es que estoy agobiada, porque claro, yo si me saliera un trabajo también mi cabeza». Bueno, pues «¿has sido a (nombre de ONG) a Alicante, por ejemplo?». Y digo: «no». «Pues mira, está aquí, el teléfono está aquí, la dirección es esta». Luego por ejemplo es que claro, con los niños tan pequeños como... «pues mira, hay un sitio que para verano o para estos niños los puedes apuntar». O sea, que estaba muy informado en todo lo que... o sea, yo no es que le decía: «a ver, yo quiero ir a este sitio para esto» o «quiero un abogado», no, él me escuchaba y según todo lo que me escuchaba me decía. «a ver, creo que deberías buscar este abogado, creo que deberías apuntarte aquí, creo que deberías renovar tu curriculum, creo que deberías...», me daba como... o sea, después de todo lo que me escuchaba me daba todas esas opciones. [EP12]

De proponer soluciones, a la hora de proponer recursos, te podría decir: «tenemos un campamento de verano para tus hijos». Entonces tenía 3, ahora tengo 4, «pueden ir tal», y había veces incluso si tú consideras, «si crees que X puede ir, si prefieres quedártelo en casa», o sea, nunca era una imposición. [EP14]

#### 9.7.1.8. Rol asesor, orientador y guía

Así, también se recoge que las o los profesionales suelen o deberían asesorar, orientar y guiar a las personas usuarias para que puedan tomar decisiones.

No, me... me asesora ella. Ella me asesora y... me está ayudando bastante. [EP03]

A mí me pesa, bueno, a mí no me agrada hablar de esto, pero como es un problema que tengo, tengo que exponérselo, vamos. (...) No, me... me asesora ella. Ella me asesora y... me está ayudando bastante. [EP03]

Sí, yo pienso que sí, además ella me orientó para ver lo que necesitaba, y me dijo de hacer x papeles, y de ir a x sitios, cosas de esas... [EP05]

Me ayuda el enfoque que me pueda a mí dando y sí en todo momento esto es el libre albedrío, realmente un profesional no te puede decir no hagas esto... no lo hacen de hecho, dan un poco una referencia, y la referencia que me han ido dando yo en general la he visto casi siempre adecuada, pero nunca ha habido una pauta con respecto a «tienes que tomar esta serie de pasos y tal». (...) La recogida de información yo les trasladé un poco mi visión del problema, mi exmujer me imagino que le daría su visión y ellos trataron un poco de buscar las mejores fórmulas mediante determinados consejos o determinadas pautas. [EP09]

Yo pienso que los profesionales también nos aconsejan (...) Sí, y yo estoy muy contenta porque X nos ha ayudado muchísimo cuando hemos venido, que casi no... era como aquel que dice de las primeras entrevistas y muy bien, le dijo a mi hija: «mira, si no lo completas de rellenar y tal puedes acudir que yo te oriento». O sea, que yo pienso que sí. (...) Yo creo que nos han orientado bien de momento, porque no creo que nos quede algo por hacer... [EP07]

Lo más fácil sería enseñarte las ayudas sociales que hay y los distintos baremos, las distintas opciones y las que más te convienen. (...) Los recursos, la ley que hay vigente en ese momento, porque como cambia cada dos por tres, (...) [EP11]

Hombre, las decisiones yo es que estaba un poco perdida, no, bastante perdida porque no sabía por qué camino ir o no, y sentía esa orientación, yo sentía, o sea, yo venía, aunque no iba, no tenía todo solucionado iba como que decía «bueno, hay una alternativa, se puede esperar, voy a esperar, se puede hacer esto», porque yo estaba perdida del todo, sí que me sentía como un poco orientada. [EP12]

(...) yo sabía que lo que me estaba diciendo no me iba a mentir, me estaba guiando por el camino correcto, se le veía muy profesional en todo lo que decía y yo siempre tuve mucha confianza, desde el minuto uno me transmitió esa confianza y aunque le vi al principio un poco joven yo dije bueno a ver qué, a veces las apariencias engañan, porque es un excelente profesional, de verdad que me quito el sombrero y si tengo que ir a la luna a hablar de X hablaría porque de verdad que es un excelente profesional. [EP12]

(...) no me sentía en ningún momento como si me estuvieran dirigiendo, que para mí fue muy importante, sino diciendo: «estas son las opciones que hay, estos son los... estas son las estrategias que se llevan a cabo en esos casos, esto es incluso lo que nosotros creemos que tienes que hacer, hasta cierto punto tú aquí ya decides, pero nosotras creemos que es por aquí por donde tienes que ir» y para mí todo eso ha sido muy importante, de hecho, yo personalmente reconozco que les tengo un gran afecto. [EP14]

Es que tampoco pueden decidir sobre lo tuyo, ellos te pueden aconsejar. (...) siempre hemos estado valorando, aconsejándome, sí que han tenido en cuenta

mi opinión. (...) ellos te ponen para que tú avances, te dan todos los recursos, como me decían, pero sí, y te ponen muchas opciones, pero tú haz lo que tú quieras. (...) ellos te intentan orientar de todo lo que tú puedes, por lo menos en lo que ellos te pueden ayudar, no lo que tú puedes, sino lo que te pueden ayudar, y tú decides, (...). [EP15]

#### 9.7.1.9. Rol capacitador

Por último, se recoge la importancia de que las y los profesionales empoderen, animen y trabajen para capacitar a las personas usuarias para que durante el proceso de intervención se facilite su participación en la toma de decisiones, generando sentimientos de motivación y voluntad de hacerlo.

(...) de hecho, estuve ahora hace poco haciendo unas prácticas y cuando le dije: «estoy haciendo». «Bueno, qué bueno, te van a contratar...», o sea, que no es un rol de «se acabó, no necesitas ya de momento ahora ningún servicio de Servicios Sociales». «Qué bueno, sé que te van a contratar, ya verás que tú puedes». [EP12]

### 9.7.2. Actitudes profesionales

#### 9.7.2.1. Escucha activa

Las personas usuarias valoran positivamente la importancia de ser escuchadas por parte de las y los profesionales, interpretándose como un facilitador de la participación en la toma de decisiones que puede ayudar a evitar sentimientos de miedo o de rechazo.

Bueno, en general yo creo que básicamente estaba la prospección de un problema familiar, entonces ahí se escuchaba un poco por parte pues de las dos profesionales que nos atendieron. En cuanto a decisiones y demás no, pero en cuanto a analizar un poco el origen del problema y demás, yo en ese sentido estoy satisfecho, la opinión que se puede recoger es, la visión que yo tenía de un problema familiar, que es una visión al menos que se comparte con otra persona, los niños, con mi exmujer, que en este caso es por un problema familiar y demás. [EP09]

Una atención muy buena la verdad me escuchó, me entendió, me explicó que los tiempos estaban un poco largos por cómo estaba la reducción de personal, pero me he sentido muy acogida de verdad que agradezco muchísimo el día que por primera vez me atendió X. [EP12]

(...) cuando tú llegas a un sitio con muchos problemas yo creo que es muy difícil escucharte y a la vez darte un poco de alternativas, sí que me escuchaba y a la vez me decía: «a ver, vamos a plantearnos esto, intenta hacer esto», como que aparte de soluciones me daba más alternativas y eso yo lo veía para mí como un respiro, la verdad. [EP12]

Yo en el caso concreto ellas me han tenido siempre en cuenta, ellas siempre me han tenido muy en cuenta, me han escuchado muchísimo, mucho, mucho en todo el proceso, en los procesos que más alterada estaba por toda la situación, digamos más desbordada emocionalmente. Yo por lo menos me he sentido escuchada, me he sentido respetada también que es muy importante y han valorado

mi versión. Hombre poniéndome también lo que ya estábamos mirando aquí, no aquí no tal, pero yo por supuesto he sentido que me han escuchado, han tenido siempre en cuenta lo que yo pensaba, lo que yo pensaba, incluso si no coincidíamos, lo que yo pensaba sí lo han tenido en cuenta, yo no lo he sentido así, en las que no coincidíamos o ellas tenían otra opinión o ellas consideraban que se iban a hacer las cosas de otra manera. Siempre me han tenido en cuenta y yo lo he visto siempre desde el respeto e incluso desde un trato humano, vamos a escuchar qué tienes que decir y vamos a entender cómo te afecta todo eso. [EP14]

Sí, pero no en el sentido que te tienen que... sino de escucharte, «vamos a escucharte», puede que luego te escuchamos y aun así decimos: «mira, pensamos que aun así este es el caso, pero por lo menos te hemos escuchado y como te hemos escuchado hemos quitado una...». [EP14]

Yo sí pienso que debe ser así, que el profesional te tiene que escuchar, que él, claro, él ha estudiado una..., él tiene una formación, él conoce unos parámetros que tiene que tener en cuenta, porque es muy importante que te escuche y que al menos cuando te escucha lo intente hacer sin sesgo al principio, obviamente, sacarás conclusiones y si yo te escucho sin sesgo y tú me mientes me daré cuenta porque más o menos tal, pero al menos te voy a escuchar sin sesgo, te voy a escuchar sin ponerme... Y la actitud también, la actitud muchas veces es muy importante, porque a veces basta que tú entres y alguien te mire raro, porque la mente es así, en ese instante ya te has bloqueado, aunque no quieras, ya estás como..., ¿sabes? Entonces, lo digo por experiencia, porque, como te digo, por el tema de X he estado en cien mil despachos, cien mil psicólogas, directoras, profesoras, psiquiatras... [EP14]

Escuchar, prestar atención, apoyar, tranquilizar, son las palabras que son fundamentales, claves para un trabajador social, primero escuchar, atender, tener empatía porque como te he dicho, a nadie le gusta ir a pedir. [EP08]

(...) me lo puso fácil, básicamente, aunque sea repetitivo, siempre te voy a decir lo mismo, escuchándome, es que escuchaba, es que te escuchaba y te escuchaba con atención, pero procurando no prejuzgarte. Esa ha sido mi experiencia. [EP14]

Pues eso, muy cariñosas, muy afectiva, porque, vamos, pienso que si estás en un trabajo... como pasa como la de enfermeros, médicos, Cáritas, la auxiliar, pues si están en eso es porque sienten algo, no es por decir «bueno, pues cobro y allá tú», te atienden, te escuchan, te miran, hija mía. Me dice X un día: «Me ha dicho Y que me preocupe personalmente de ti». Ese es el trato que me querías preguntar. [EP13]

Por eso yo digo, por eso para mí fue muy importante que ellas me escucharan porque yo veo que a raíz de haberme escuchado, haber dicho eso de mira vamos a escucharla, vamos a verla, pues yo pienso que por eso también ha funcionado, ha funcionado, hasta cierto punto sí ha funcionado [EP14]

Sí, pero no en el sentido que te tienen que... sino de escucharte, «vamos a escucharte», puede que luego te escuchamos y aun así decimos: «mira, pensamos que aun así este es el caso, pero por lo menos te hemos escuchado y como te hemos escuchado hemos quitado una...». [EP14]

Claro, es muy importante que te escuchen, (...) porque la pobreza da vergüenza. [EP08]

#### 9.7.2.2. Tranquilidad

Los resultados también recogen la importancia de que las y los profesionales mantengan actitudes de calma a fin de tranquilizar a las personas y crear un clima de confianza que facilite la participación.

Pues no sé, cuando la conocí pues me tranquilizó bastante porque ella me enseñó lo que podía escoger y todo eso y bien. Al menos me calmó porque estaba... sí. [EP05]

(...) esa comprensión, esa facilidad y tranquilidad que te dan no se puede hacer nada porque te bloqueas, pero si te da nada más entrar con la sonrisa o con «ay, mira bienvenido, siéntate, ¿cómo te encuentras?» y esto, «¿qué tal la situación, cuéntame». ¿Y son cositas sencillas que te deja? Estás tranquila y dices. «ay, qué persona más maja». Pero si viene uno con la cara amargada solamente en la mirada. Yo tenía una que mira... [EP08]

Escuchar, prestar atención, apoyar, tranquilizar, son las palabras que son fundamentales, claves para un trabajador social, primero escuchar, atender, tener empatía porque como te he dicho, a nadie le gusta ir a pedir. [EP08]

Muy escuchada, el trato era muy cercano, era como si las conociese de toda la vida, les podía contar. Iba con miedo, sí, pero les podía contar y sabiendo que son profesionales y que no pueden decir absolutamente nada ni pueden decir fuera nada tampoco, entonces yo tenía un poco más de tranquilidad en ese sentido. [EP16]

Muchísima, o sea, sentirme escuchada cuando lo necesito tanto yo como cualquier otra persona pues es muy importante y más, o sea, no con todo el mundo te puedes expresar de la misma forma, no tienes la misma confianza entre comillas de sentirte bien contándole cosas a un desconocido, porque a fin de cuentas ven siempre desconocidos en general, pero sí que es cierto que la confianza que te dan las trabajadoras sociales con las que yo he estado es muchísima, sé que me han escuchado y sé que me van a ayudar en todo lo posible, incluso más. (...) Además el trato que era, era muy cercano, entonces sentía como que les podía contar cualquier cosa, que sabían que me iban a ayudar. [EP16]

#### 9.7.2.3. Profesionalidad y vocación

Destaca la importancia de ser profesionales y tener vocación, ello facilita o facilitaría que las personas usuarias se sientan bien y tengan la voluntad o motivación de participar en la toma de decisiones.

(...) la profesionalidad de las personas que nos han atendido, pues estaban por encima de la media de lo que han sido otras intervenciones a nivel privado y esto sí que me gustaría manifestarlo. [EP09]



Hombre, un profesional que digo no hay muchos como él, de verdad que yo cuando me atendió por primera vez digo yo: «a ver si ahora me van a decir después de 8, 9 o 10 meses más» y justo cuando luego tuve otra cita, la segunda porque claro, sí que había esa reducción de personal, me comentó, no estaba porque habían reducido nuevamente la plantilla, yo dije: «pues a ver si 8 o 9 meses» y cuando se ve que se reincorporó nuevamente al centro creo que mandó no sé, algún correo genérico porque decía: «soy el trabajador social, ya estoy de nuevo en el centro». [EP12]

(...) Es muy importante que esa persona tenga esa vocación, porque está claro que todas las personas que vengan a un centro social tienen una cantidad de problemas o circunstancias y entonces si a ti se te presenta una persona que profesionalmente no te puede ayudar, encaminar, escuchar u orientar tú te vas a sentir como que más desbordada de lo que ya está, pero si tú... [EP12]

(...) yo he visto en concreto en X con la que más trato he tenido, un par de intervenciones, pero he visto una profesional que tenía un kit de herramientas bastante grande para este tipo de cosas y su manera de hacer el trabajo por decirlo así desde mi punto de vista, y es una opinión mejorada lo que es el kit de herramientas del gabinete de psicología en el que habíamos estado, y eso incluye también no sólo las herramientas sino la gestión de la interacción personal y demás... [EP09]

Y que se muestre, porque para trabajar sin ganas pues no trabajas, y menos con cara al público, porque muchas personas de las que vienen aquí, por no decir todas vienen con ciertas necesidades y si no sabes tratar con ese tipo de personas pues no trabajas cara al público y menos en Servicios Sociales, entonces ayuda mucho que tengan mucha empatía. [EP16]

#### 9.7.2.4. Neutralidad

Asimismo, debería ser importante que las y los profesionales tengan actitudes de neutralidad ante las valoraciones grupales o familiares, donde no se impongan opiniones y se busque el consenso entre todas las partes.

Desde ese punto de vista ellos han expresado sobre todo en el informe ese, una perspectiva orientada a un análisis del problema de los menores, pero no han entrado tampoco a valorar el conflicto familiar, es decir, no han tirado ni para un lado ni para otro, me imagino que es lógico, no han querido sacar ahí unas conclusiones de si hay una responsabilidad mayor de una de las partes o de otra que supongo que será más o menos, porque entrar a valorar ese tipo de cosas es un poco más complejo, ¿no? ellos se centraron un poco en el aspecto de las circunstancias que tenían a los menores. [EP09]

Y ves que hay un marco de trabajo, pues ellas están de trabajar en este tema y saben un poco que los territorios estos son así y uno cae por decirlo así, con facilidad en este tipo de análisis y como que te congratula que los profesionales también lo hagan y que tengan esa aproximación, sin decantarse por ninguna de las partes, yo en ese sentido no me parecería tampoco muy profesional, que dijeras: «es que aquí es el padre el que tiene razón o es la madre la que sabe cómo solucionar». [EP09]

#### 9.7.2.5. Cortesía y cercanía

Asimismo, se destaca la relevancia de que la actitud profesional con las personas usuarias está basada en la cortesía y la cercanía, que actúan como facilitadoras de su participación e implicación.

(...) esa comprensión, esa facilidad y tranquilidad que te dan no se puede hacer nada porque te bloqueas, pero si te da nada más entrar con la sonrisa o con «ay, mira bienvenido, siéntate, ¿cómo te encuentras?» y esto, «¿qué tal la situación, cuéntame». ¿Y son cositas sencillas que te deja? Estás tranquila y dices. «ay, qué persona más maja». Pero si viene uno con la cara amargada solamente en la mirada. Yo tenía una que mira... [EP08]

Pues eso, muy cariñosas, muy afectiva, porque, vamos, pienso que si estás en un trabajo... como pasa como la de enfermeros, médicos, Cáritas, la auxiliar, pues si están en eso es porque sienten algo, no es por decir «bueno, pues cobro y allá tú», te atienden, te escuchan, te miran, hija mía. Me dice X un día: «Me ha dicho Y que me preocupe personalmente de ti». Ese es el trato que me querías preguntar. [EP13]

Muy escuchada, el trato era muy cercano, era como si las conociese de toda la vida, les podía contar. Iba con miedo, sí, pero les podía contar y sabiendo que son profesionales y que no pueden decir absolutamente nada ni pueden decir fuera nada tampoco, entonces yo tenía un poco más de tranquilidad en ese sentido. [EP16]

Muchísima, o sea, sentirme escuchada cuando lo necesito tanto yo como cualquier otra persona pues es muy importante y más, o sea, no con todo el mundo te puedes expresar de la misma forma, no tienes la misma confianza entre comillas de sentirte bien contándole cosas a un desconocido, porque a fin de cuentas ven siempre desconocidos en general, pero sí que es cierto que la confianza que te dan las trabajadoras sociales con las que yo he estado es muchísima, sé que me han escuchado y sé que me van a ayudar en todo lo posible, incluso más. (...) Además el trato que era, era muy cercano, entonces sentía como que les podía contar cualquier cosa, que sabían que me iban a ayudar. [EP16]

#### 9.7.2.6. Actitud exenta de juicios

Por otra parte, para las personas participantes es importante que las y los profesionales no juzguen, ni hagan juicios de valor, ni adopten actitudes discriminatorias, ya que ello podría perjudicar el proceso de participación de las personas usuarias.

(...) cuando te encuentras también que te escuchan, pues ya digo, escuchar a la gente, intentar escuchar con atención y esforzándose por no prejuizar, porque la gente que viene lo que necesita es solucionar cosas, no viene a complicarse más la vida. Cuando la gente va a la Administración tiene una necesidad y muchas veces son importantes, entonces, si encima entras, imagínate, cuando tú entras y te gritan o te faltan al respeto o te..., ¿sabes? [EP14]

(...) es muy importante que te escuche y que al menos cuando te escucha lo intente hacer sin sesgo al principio, obviamente, sacarás conclusiones y si yo

te escucho sin sesgo y tú me mientes me daré cuenta porque más o menos tal, pero al menos te voy a escuchar sin sesgo, te voy a escuchar sin ponerme... Y la actitud también, la actitud muchas veces es muy importante, porque a veces basta que tú entres y alguien te mire raro, porque la mente es así, en ese instante ya te has bloqueado, aunque no quieras, ya estás como..., ¿sabes? Entonces, lo digo por experiencia, porque, como te digo, por el tema de X he estado en cien mil despachos, cien mil psicólogas, directoras, profesoras, psiquiatras... [EP14]

(...) me lo puso fácil, básicamente, aunque sea repetitivo, siempre te voy a decir lo mismo, escuchándome, es que escuchaba, es que te escuchaba y te escuchaba con atención, pero procurando no prejuzgarte. Esa ha sido mi experiencia. [EP14]

#### 9.7.2.7. Empatía

Las personas participantes también destacan la importancia de que el personal profesional muestre una actitud empática respecto a las personas con las que trabajan y las situaciones que les afectan.

Yo he llegado a llorar e iba con mi marido, y me dice: «¿por qué lloras?». Digo: «porque mi situación la comprendo yo, la estoy hablando a una persona delante de mí que parece una pared» y eso me afecta, si hablas a una persona que se pone en tu piel sabes que te escucha y entiende lo que estás viviendo, pero si tienes una persona sin sentimientos, justamente con la mirada sabes que le da lo mismo. (...) Claro, solamente con la mirada sabes que a ella no le importa lo que le estás diciendo, y esto me chocaba bastante, pero he pasado por... [EP08]

Claro, la atención de la trabajadora social es muy complicada, pero tiene que estar pendiente, ponerte en la piel de la persona porque a nadie no le gusta ir a pedir. Yo, por ejemplo, no me gusta ir a pedir y no estoy educada a ir a pedir, porque en (país de origen) donde nació nos educaron a conformarnos con lo que hay, de hecho durante el COVID lo hemos pasado fatal porque fue muy fuerte pero menos mal que últimamente se está mejorando la cosa y damos las gracias a Dios, con los Servicios Sociales yo la verdad es que sí ahora lo puedo decir que muchísimas gracias por lo que me están haciendo. [EP08]

Y que se muestre, porque para trabajar sin ganas pues no trabajes, y menos con cara al público, porque muchas personas de las que vienen aquí, por no decir todas vienen con ciertas necesidades y si no sabes tratar con ese tipo de personas pues no trabajes cara al público y menos en Servicios Sociales, entonces ayuda mucho que tengan mucha empatía. [EP16]

## 9.8. Roles y actitudes de las personas usuarias

### 9.8.1. Roles

#### 9.8.1.1. Rol informador

Las personas participantes señalan que las personas usuarias dan o deberían proporcionar información y expresar sus necesidades en lo que respecta a la

valoración de su diagnóstico, para que así se pueda tomar decisiones en base a las características de su situación.

A mí me pesa, bueno, a mí no me agrada hablar de esto, pero como es un problema que tengo, tengo que exponérselo, vamos. [EP03]

Sí, porque yo por otro lado es que, si yo he venido, si a mí se me ha convocado en la entrevista, es porque yo la he pedido por otro lado. Entonces esto es la pescadilla que se muerde la cola, yo te doy información, te propongo, te digo mi problema, y tú me mandas a otra señora o a otro profesional. El otro profesional te manda a otro lado. Hasta que das con el sitio adecuado que te ayudan. O sea, la información siempre la das tú. Porque si yo me guardo información, ¿cómo voy a tener ayuda? Si yo no te digo «mira, me pasa esto, me pasa, esto, me pasa esto», si yo no te lo digo, ¿cómo me vas a ayudar? Ahora, si yo te digo «me pasa...», hala, pues te tienes que ir a la asistenta, te tienes que ir a... ya está, tienes que contar tú lo que te pasa, sino como te van a ayudar. [EP04]

Pues creo que ha habido mucha sinceridad, le hemos explicado lo que nos pasaba y entonces pues hemos visto que sí, que vamos a tener apoyo, pienso yo... [EP07]

No, porque ella ya tiene un estudio. Eso no. Que haya alguna cosa, si surge alguna cosa pues lo comunico y tal, pero no, explicar de nuevo no. [EP13]

Yo creo que al principio es cuando tienes que explicarte, luego quien tiene que valorarlo es la asistenta social y ponerle en conocimiento de los derechos, de lo que puede conseguir de una manera o de otra. [EP11]

Porque si yo no te expongo lo que me pasa, los problemas que tengo yo, no saben, no saben, ni pueden ayudarme. Ellos tienen que saber cómo ayudarme. [EP04]

Pues tiene que actuar pues no sé la información que necesita, tengo que responder y los papeles que tengo que presentar al profesional, pues ayudar a la gente con todo lo que se pueda. [EP02]

(...) yo traslado una información y ellos la articulan un poco por donde creen que queda mejor, ¿no? [EP09]

#### 9.8.1.2. Rol propositivo

Se manifiesta, por otra parte, la importancia de que las personas usuarias durante el diseño de la intervención puedan proponer soluciones y buscar propuestas conjuntas, una vez están informadas/os sobre sus opciones y sean guiadas por las y los profesionales.

Yo pienso que yo. Yo se lo propongo. [EP05]

(...) ellas siempre dicen, «nosotras te vamos a decir, mientras no hagas lo que no debes o no está permitido hacer nosotras te escuchamos y al final tú harás lo que tú consideres». [EP14]

(...) ellos te ponen para que tú avances, te dan todos los recursos, como me decían, pero sí, y te ponen muchas opciones, pero tú haz lo que tú quieras. Yo lo digo por el trabajo, por ejemplo. Yo tuve que tomar una decisión de no trabajar,

porque me aconsejaron, no que no trabajara, sino que cambiara un poco, porque mi trabajo era precario, mi situación no podía estar con un niño pequeño y un trabajo precario, ganando poco, y me dijeron «¿Por qué no estudias?» Entonces, claro, estudias algo, ya que tienes esa oportunidad, que hay COVID, que... Y me costó mucho tomar la... Más que nada, no es una cosa muy..., pero para mí era importante trabajar y no subsistir de las ayudas a lo mejor o algo, y tienes que decidir. Yo siempre decía «pues yo prefiero trabajar», y me costó un montón. Y al final me he sacado un curso, que es a lo que voy, que me costó entenderlo, pero me lo he sacado, he trabajado y me lo he sacado, y he tenido ayuda. Entonces, sí que me he sentido escuchada, porque hasta que hice el curso les costó. [EP15]

Claro. Justo, es eso, ellos te intentan orientar de todo lo que tú puedes, por lo menos en lo que ellos te pueden ayudar, no lo que tú puedes, sino lo que te pueden ayudar, y tú decides, porque yo por ejemplo también me tiré seis meses sin venir, porque yo igual encuentro un trabajo mejor y no vengo, y qué va, ellos están pendientes. [EP15]

### 9.8.1.3. Rol evaluador

Al igual que en los roles de las y los profesionales, los resultados muestran que, en opinión de las personas participantes, las personas usuarias también deberían valorar sus decisiones, junto a las y los profesionales en el ejercicio de su rol guía.

Ella ayuda porque ella es la profesional. Y yo junto a ella pues también soy la que valoro las cosas. (...) [EP04]

Yo creo que al principio es cuando tienes que explicarte, luego quien tiene que valorarlo es la asistente social y ponerle en conocimiento de los derechos, de lo que puede conseguir de una manera o de otra. Tiene que ser la asistente social, porque no todo el mundo tiene un nivel cultural para estar hablando seguido 15 minutos de una cosa, por los problemas psicológicos que volvemos. [EP11]

## 9.8.2. Actitudes

### 9.8.2.1. Actitud receptiva

Las personas participantes también manifiestan que las personas usuarias deberían adoptar una actitud receptiva, escuchando y dejándose guiar por las y los profesionales, además de servir de guía sobre sus necesidades o problemas, y así tomar decisiones.

(...) la profesional está para escucharla, según mi opinión para escucharla y para guiarla, pero la decisión y la responsabilidad la tiene la persona que viene a pedir, yo pienso. [EP08]

Hombre, el mío como te he comentado antes estaba un poco perdida y era como que estaba muy receptiva, porque yo sabía que lo que me estaba diciendo no me iba a mentir, me estaba guiando por el camino correcto, se le veía muy profesional en todo lo que decía y yo siempre tuve mucha confianza, desde el minuto ... [EP12]

(...) yo estaba como que «eh ponte aquí, me voy aquí, ¿qué hago?», porque estaba ya muy perdida. Ten en cuenta que tenía muchísimo tiempo esperando la primera cita aquí, ya habían transcurrido mucho tiempo, tenía muchísimas cosas pendientes y entonces claro mi cabeza estaba como que estaba muy perdida. [EP12]

Ponía atención, atención a ver realmente, porque también te solía analizar, «dices esto porque estás muy rota, dices esto porque estás muy dolida, esto yo tal», por supuesto que todo eso lo sabía ver. Al menos muchas cosas yo veía que sí, que me las sabía ver, y yo decía: «Es verdad», porque ahora yo me acuerdo de todo eso y me emociono, pero cuando eso pasaba yo recuerdo que lloraba durante horas, me rompía. Igual en ese momento estás tan rota que, claro, lo ves todo como pim, pam, pum. [EP14]

Escucho también a los Servicios Sociales, porque hay que escucharlos. Pero el que decido soy yo. Soy yo. Claro, en mi vida yo, yo, y yo. Si he decidido toda mi vida. [EP03]

Pues de las tres personas que íbamos una era la que hablaba, nosotras escuchábamos, pero hemos visto que sí que ha habido un buen trato, una buena relación. [EP07]

#### 9.8.2.2. Honestidad

Asimismo, se señala que las personas usuarias deberían ser honestas/os y no mentir, para que el personal profesional pueda realizar su trabajo adecuadamente y de la manera más ajustada a las necesidades o problemas de las personas a las que atiende. Ello también se considera un facilitador de la comunicación entre ambos.

Pues... le voy a ser honesto, ser honesto y decir verdad, como se dice en los juicios, a la profesional, no mentirle, no engañarle... (...) Ahora, es eso, no mentir, y yo creo que mi obligación es ser legal, no mentir a la trabajadora, para que ella me pueda ayudar mejor, porque todos sabemos que el cojo, el mentiroso y el cuñado del pueblo, eso es lo que decían nuestros padres. Se pillan antes a un mentiroso que a un cojo. [EP13]

Decir la verdad, porque hoy en día es muy difícil la persona que diga la verdad realmente, sus necesidades realmente. Claro, porque en todo momento, conforme está la ley, que tú firmas un juramento y perjuramento, que eso está así, y te arriesgas a que te quiten la ayuda. No puede ser que yo venga aquí a solicitar una ayuda social y tal como me voy me voy a trabajar no sé dónde, a no ser que lo tengas que hacer a la fuerza por la necesidad, claro, porque no has podido decir que es que esto... [EP11]

#### 9.8.2.3. Respeto

Del mismo modo, se destaca que las personas usuarias deberían respetar a las y los profesionales para poder participar en la toma de decisiones.

(...) falta de respeto jamás. Lo primero que me enseñaron mis padres es a respetar, y mentir menos, porque si mientes luego ya no te creen. Luego ya no te creen. Si el problema está en eso, si es muy sencillo. Y respeto. Entonces, pues con mi médica, con cualquiera, he ido, he respetado porque tienes que respetar, son personas como yo. [EP13]

En esa decisión la persona usuaria tiene que decir la verdad, exponer su caso con respeto y diciendo las cosas como han ocurrido, no mentir. Yo pienso que es la responsabilidad, porque si vas a pedir tú pides por responsabilidad y por no te gusta pedir, pero lo haces porque lo necesitas sin mentir y las cosas decirlas tal como son, eso es lo que opino. [EP08]

## 9.9. Propuestas

En este apartado se presentan las propuestas que las personas usuarias han expresado acerca de cómo mejorar o facilitar su participación en los procesos de intervención social, aunque algunas de ellas remiten a mejoras organizativas en los procesos de acceso, tramitación, gestión y resolución de prestaciones no profesionales.

### 9.9.1. Agilizar y simplificar los trámites

Por una parte, los resultados recogen que, en opinión de las personas participantes, el proceso de toma de decisiones se podría facilitar si los trámites se simplificaran, reduciendo los pasos, unificando los procedimientos y la información de los casos, organizándola en un registro único, transversal y compartido entre centros, departamentos y administraciones.

Es simplificar los pasos. (...) Hay pasos que de repente se podrían simplificar, de repente. No sé cuáles son los pasos. Pero todo se puede simplificar. (...) Vamos a orientarlo, el que se monte en el coroto llega solo, a los 10 minutos son 5 y cada uno de esos son 5 más, son 25. Entonces, cuando viene esa montaña está así. Es pura burocracia. [EP10]

Pues dice mira «llama a X o trae el libro de X», el ayuntamiento de X, las ayudas que responden a la persona y hacen una comparación, comparación con lo que tengan. Entonces la cosa es que lo tienes en X o Y o yo qué sé, otro pueblo, y ustedes no lo tienen, y la gente necesita, tiene que cumplir. Eso no lo hacen. [EP02]

Y ya es como un poco más directo, ¿no?, ya no es así «tengo que esperar tres meses, cuatro meses...», pues bueno imagina ya también son dos años que ya no estamos un mes o vamos a ver qué trabajador social te vamos a asignar, ya hay un expediente, imagino que ya se trabajará de esa forma. (...) Totalmente y eso quieras o no, yo creo que nos beneficia a nosotros como usuarios y les beneficia el trabajo a ellos también como trabajadores sociales, porque te acorta más los tiempos, las llamadas, los plazos y puedes trabajar con más usuarios a la vez, creo yo también. [EP12]

### 9.9.2. Rapidez en las actuaciones

En los resultados aparece la necesidad de agilizar los tiempos de atención para que el proceso de intervención sea más rápido y fluido, facilitando que pueda realizarse el seguimiento profesional y que la comunicación entre profesionales y personas usuarias se mantenga a lo largo del proceso de toma de decisiones.

Mira, primero, para que te hagan una entrevista el mismo día es imposible, primero. Porque tienes que pedir cita, y tiran la cita no sé cuántos meses y dices «de aquí a entonces qué hago yo», y no tienen una contestación. No me pueden responder porque no pueden, porque hay pocas trabajadoras sociales aquí y mucha gente. Y yo por ejemplo pedí cita en diciembre del año pasado y me la van a dar en julio, ¿entiendes? Entonces yo te lo digo, de pedir cita el mismo día y que te entrevisten el mismo día... [EP02]

Ahora, en aquel momento no caí. Viendo luego lo que van viviendo, que cada vez que tienes que ir a solicitar una ayuda tienes que ir en persona a firmar, porque es así, la trabajadora social se prepara los papeles, tú llegas luego, pam, pam, pam, y firmas, y ella lo pasa al Ayuntamiento. [EP13]

Sí, que me han dado oportunidad, pero la opinión de uno es una cuestión y el modus de trabajo es otro. Está muy clarito (...) Usted me entrevista hoy, ¿y yo creo que está resuelto? Tengo que esperar a que usted tome su informe, haga todo y lo envíe a otro y lo envíe a otro hasta que llegue su aprobación. Yo, como desesperante, pues en el estado que tiene, uno quiere que sea ya. [EP10]

Acuérdese que el participar, si el reglamento es de cinco y cada uno participa, somos 20 y aumenta el tiempo de espera, se complica en vez de simplificar. Retardar más. Lo que llamo yo burocracia. Añadiría burocracia. [EP10]

Vamos a ver, si está pasando ahora. Mira, el día 29 del 4 a las 9:26 con 5 segundos presenté, para hacer la no contributiva, porque no tramitan lo suficiente, pues me dan, para solicitar la no contributiva (...) Pregunté a la funcionaria, me lo dio y dice: «Ya está». Digo: «¿Cuánto tiempo podemos...?» «Calcula nueve meses» (...) Nueve meses que no voy a tener para nada, comida de la iglesia. (...) [EP13]

Hombre, importante pues, que estamos viviendo en un país que todo son colas y listas de espera, vas al médico y te dan cita para una semana y aquí pues urgente, bajan del despacho, bajan las escaleras y para ver uno urgente te dicen: «Bueno, te doy cita», si se puede esperar, que hay veces que se puede esperar, para la semana que viene, para dentro de 16 días, para un mes. [EP13]

### 9.9.3. Continuidad del personal profesional

También se manifiesta la idea de que se deberían garantizar la continuidad de las personas profesionales durante períodos de tiempo más amplios que tengan en cuenta el tiempo necesario para la gestión de los casos. Con ello, desde su perspectiva, las personas usuarias podrían participar en el proceso de intervención junto a sus profesionales desde el comienzo. Por el contrario,



los cambios de profesional dificultan el desarrollo de dicho proceso y amenazan la continuidad de la participación.

Pues la verdad actúa bien, es que cada tiempo te cambian el trabajador social. Primero estaba con un trabajador social, expliqué mi caso y cuando entendí el caso bien, se tiró unos cuantos meses. Y después de esto se cambia el trabajador social. Y volver a explicar el tema igual y no sé qué, no sé cuánto, también. Y después cambió ahora con X, ¿no? Ahora también tengo que explicar a ella el tema desde el principio explicando. Es que la trabajadora social que la dejen fija, por ejemplo, para mí cada trabajador social tiene que estar por lo menos 5 años, para mí, con gente... un trabajador social puede tener 5-10 personas, no más para que ella pueda valorar cada caso, ¿me entiendes? [EP02]

Si yo tengo toda mi documentación, tengo otros papeles están completos aquí. Si ella se ha cambiado a otro centro, qué culpa tengo yo. Empieza a pedir otra vez de nuevo papeles, papeles, papeles. [EP02]

Eso no. Que haya alguna cosa, si surge alguna cosa pues lo comunico y tal, pero no, explicar de nuevo no. [EP13]

(...) de hecho cuando la segunda cita que me dieron con X pues 6 meses o una cosa así, después de la primera que me la dio y ya cuando vine no estaba, me dijeron: «no, es que ya no está, le llamaremos, le vamos a asignar otro trabajador social». Y claro, pasaron 2 o 3 meses y yo dije: «va a pasar como al principio que fueron 8 meses y... y alrededor del tercer mes o cuarto sí que recibí un correo y me dijo: «soy tu trabajador social, estoy de nuevo en el centro, voy a retomar de nuevo todos los expedientes de todos mis usuarios» y yo para mí eso fue qué alegría. Es como que si en ese momento, fíjate que no era para darme una cita, era para decirme: «estoy de nuevo en el centro» y eso para mí fue una alegría, o sea, que no era porque «tienes una cita mañana...». No, no, no, era para comunicarme ya de nuevo te llamaré o te enviaré para darte una cita. [EP12]

#### 9.9.4. Tener la posibilidad de cambiar de profesional o de mantenerlo

Las personas usuarias expresan que deberían poder cambiar de profesional de referencia o solicitar mantenerlo, ya que es importante la relación establecida entre ambos para garantizar una buena gestión y su participación en la valoración de sus necesidades o problemas, y también en su resolución.

Cambiar o hacerte unas... porque... Sí, porque hay profesionales, no son todos iguales. (...) Claro, a lo mejor la trabajadora social te ayuda en una cosa, pero la segunda dice que no, que eso no lo necesitas. (...) Nada. Pero hubo un caso, te digo, que pasó conmigo. El primer trabajador social le dije «mira, estoy cobrando 630, lo que te dije yo, no es suficiente, necesito que mis compañeros en centro son trabajadores sociales también». Me dijo «mira, ayuda de emergencia social, tú lo puedes pedir y tal, y tal y tal». Y cuando dije que «no», como estaba cobrando entonces la renta valenciana, no lo puedes pedir, no te van a conseguir. No lo puedo pedir porque dice no... dice «no, no, no, no, eso la gente que no está cobrando la renta valenciana. Y cuando acabé con la segunda trabajadora social le expliqué el tema y le dije «mira tal», no tiene que ver, esta viene de la renta

valenciana de emergencia social, viene del ayuntamiento, no tiene que ver una con la otra. y me pidió la segunda, me lo ha concedido. [EP02]

Bueno, como he pasado en varios profesionales ha habido de todo, ha habido personas técnicas que te escuchan y comprenden tu situación, hay otras que se ponen duras y como si les diera igual tu situación [EP08]

Claro, a lo mejor la trabajadora social te ayuda en una cosa, pero la segunda dice que no, que eso no lo necesitas. [EP02]

### **9.9.5. Informar a las personas usuarias y capacitarlas para tomar decisiones**

Por un lado, en el discurso de las personas usuarias se refleja la necesidad de conocer el proceso, los recursos y los servicios y de estar informadas para ser capaces de tomar decisiones. Ello alude también a que la información podría anticipar la resolución de los problemas, y hacer más fácil la ejecución del proceso.

Usted me puede hacer llegar una planilla, un informe, esto y aquello, pero usted se lo pasa a una siguiente persona, que después el mismo documento se divide en dos. Y así sucesivamente. (...) Exactamente. Con los sinsabores que uno ha llevado entre uno y otro, la manera que atendieron una, uno sabe más o menos cómo funciona. [EP10]

Para mí es muy importante que la gente sepa, sobre todo las personas más vulnerables, no solamente por nacionalidad, por idioma, sino también por circunstancias sociales de aquí, que veo mucha gente también que tampoco sabe, y es de aquí y habla español, pero tampoco sabe las cosas, porque también te las encuentras y ves que tampoco sabe, por todas esas cosas la gente debería saber más, deberían hacer el esfuerzo de informar más a la gente. (...) La Administración, pero yo no sé si es que sería como contraproducente para la misma Administración, pero aun así lo tienen que hacer, porque yo al final doy por hecho que la Administración no busca perjudicar, busca ayudar y solucionar situaciones, y aunque haya individuos que por lo que sea, pero en general está hecho para ayudar, para solucionar. Pero si la gente no sabe, porque muchas veces la gente no sabe y tampoco hay puntos de apoyo, porque no todo el mundo conoce una asociación, hay gente que tampoco conoce todo eso de (nombre de un servicio para personas migrantes), esos abogados que están ahí especializados, mucha gente no sabe tampoco esas cosas, mucha gente no lo sabe, no lo sabe, y a veces la gente tiene situaciones en casa y realmente tampoco sabe dónde ir, entonces yo pienso que debería haber más facilidad para acceder a los recursos, porque no la hay, te tienes que meter mucho en un montón de historias y ya vas viendo los hilos, ya te van mandando, «mira, tira de aquí, tira de aquí», pero porque ya te has metido. Igual estabas en tu casa y también podías necesitar alguno de esos hilos sin tener un problema previo y no los tenías, y no los tenías. Vas descubriendo muchas cosas y dices «y yo estaba ahí metiéndome igual en mierdas por conseguir esto y lo podías haber conseguido aquí». [EP14]

Lo más fácil sería enseñarte las ayudas sociales que hay y los distintos baremos, las distintas opciones y las que más te convienen. Los recursos, la ley que hay vigente en ese momento, porque como cambia cada dos por tres, ahora yo por ejemplo solo sé que está la de inclusión social. No sé si hay otra. ¿Entiendes? [EP11]

Hombre, nosotros nuestros hijos han estudiado el Bachiller y entonces pienso que están más formados para ellos llevar eso, no nosotros con nuestra edad. [EP07]

(...) ellos mismos me iban informando también, el trabajador social me iba informando pues qué podía hacer, posibilidades. [EP15]

Por otro lado, no sólo surge la propuesta de ser informadas, sino la necesidad de tener en cuenta sus circunstancias personales y de salud (en especial, se alude a la salud mental). Ello se traduce en la necesidad de estar bien (en todos los aspectos) para poder participar y ser capaz de tomar decisiones. De este modo, su propuesta pasa también por capacitar a las personas y ayudarlas para que sean capaces de tomar decisiones informadas.

Sí, que las tome es otra cosa, pero sí, sí que estoy mucho más preparada, tengo más fuerza mental por decirlo así. Si, si yo no me encuentro bien mentalmente no funciona. Igual que yo supongo que les pasará a muchísimas otras personas que tienen muchas cargas encima, necesitas verlo también un poco desde fuera para ver cómo está, para analizar la situación, porque desde dentro lo ves todo muy negro, por ejemplo, desde fuera lo puedes ver negro, pero ya no lo ves tan negro como desde dentro, entonces ya tienes otra perspectiva. Entonces es bueno también estar bien mentalmente hablando, porque la salud mental es mucho más importante para mí que la salud física, y lo sé por experiencia. Entonces sé de lo que hablo y yo he estado muchísimo tiempo mal mentalmente hablando, en plan de salud mental, y las decisiones que he tomado no han sido las mejores y ahora que me encuentro mejor pues sí que es cierto que las decisiones que estoy tomando son mejores, hay una gran diferencia. No sé si me explico. Que es muy necesaria la salud mental para tomar buenas decisiones, porque si estás estresado, agobiado, con depresión y demás pues vas a ir a lo fácil por decirlo así. Entonces... [EP16]

### **9.9.6. Personalización de los recursos y servicios**

También se plantea como propuesta, que las y los profesionales puedan tener mayor capacidad de decisión con respecto a personalizar los recursos y servicios en cada caso. Ello podría ayudar a que durante la valoración de las necesidades y problemas se tengan en cuenta tanto las opiniones de las personas usuarias y sus familiares como las circunstancias particulares de cada caso. Por tanto, se alude a un tipo de participación personalizada y adaptada a cada caso, contando con el apoyo de la institución y con la oportunidad profesional de ofrecer y debatir, con las personas usuarias, la valoración de sus necesidades y la posible resolución de éstas, ofreciendo la posibilidad de

que las personas puedan proponer sus propias ideas y posibles servicios o recursos:

No alcanza nada, nada, nada. ¿Me entiende? Eso es lo que está pasando. Pues una persona, ¿cuánto necesita al mes? Tanto, lo multiplica por la cantidad de la familia. Y sale el resultado. (...) Sí, puede cambiar de una forma muy fácil, como digo, porque yo tengo buena experiencia, leo mucho en Estados Unidos, por ejemplo, en Canadá, en Alemania, la trabajadora social cuando hace la entrevista ella decide la cantidad que tienen que ayudar y la ayuda económica, en alquiler, y yo qué sé, alimentación. Todo lo que necesita. [EP02]

Claro, la vives tú, entonces, claro, yo sé una casa que me van a dar, pero podrían, no sé, hacerlo un poco más personal a cada tipo de persona, porque gente ves mal a mucha y por muchas causas. [EP15]

Lo más fácil sería enseñarte las ayudas sociales que hay y los distintos baremos, las distintas opciones y las que más te convienen. (...) Los recursos, la ley que hay vigente en ese momento, porque como cambia cada dos por tres, ahora yo por ejemplo solo sé que está la de inclusión social. No sé si hay otra. ¿Entiendes? [EP11]

### **9.9.7. Uso de medios o soportes alternativos a la palabra**

Entre los discursos de las personas, se expresa también la utilidad de utilizar medios o soportes alternativos a la conversación, a las palabras, que faciliten o capaciten a las personas para entender sus situaciones y así ser capaces de proponer ideas o propuestas que mejoren su situación.

Sí, sobre todo aspectos de aproximación sistémica para que mediante el juego, mediante cosas simbólicas (...) plantearon como unos muñecos y ella en un momento dado cuando aparece esa circunstancia hace un clic y se da cuenta de cosas que no pueden que salen del inconsciente, a lo mejor del inconsciente no pueden aflorar así en una conversación, (...) y mediante estos recursos pues sí que aparecían, en el momento que hay un darse cuenta ya hay un trabajo hecho y es un digamos paso a paso muchas veces. (...) he visto, se trata por ejemplo ahí veo los muñecos a nivel sistémico, con aspectos por ejemplo que para que aflore determinada información con un adolescente o con un niño, ellos no pueden trasladarlo a un nivel de lenguaje como a nosotros, entonces... O que este tipo de instrumentos pues no entran dentro a lo mejor de la lógica de un currículum al uso de intervención social, pero o psicosocial, pero me parece que son interesantes. [EP09]

## **QUINTA PARTE. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**



## **10. Discusión de resultados sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria**

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
*Universidad de Alicante*

### **10.1. El diagnóstico individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria**

#### **10.1.1. Concepto, finalidad y contenido general**

Los resultados permiten identificar la construcción compartida que el personal directivo y profesional realizan acerca del concepto, finalidad y contenido general del diagnóstico individual y familiar necesario y adecuado a las necesidades de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), cuyos principales rasgos son sintetizados en la tabla siguiente. Esta construcción compartida es congruente con la literatura académica y profesional, con las prescripciones de conducta de las asociaciones profesionales y con el marco regulador de los SSAP. No obstante, las complementan de modo concreto para los SSAP, detallando el enfoque y contenidos generales necesarios en estos servicios.

**Tabla 20. Concepto, finalidad y contenido general del diagnóstico individual y familiar en SSAP**

| <b>Categoría</b> | <b>Elementos clave</b>   |
|------------------|--|
| <b>Concepto</b>  | Estrategia de conocimiento para actuar<br>Explicación de una situación personal o familiar (qué pasa)<br>Síntesis de datos y su interpretación<br>Evaluación de todos los datos recogidos en el estudio → juicio o valoración profesional  |
| <b>Finalidad</b> | Conocer para actuar<br>Identificar áreas de dificultad o susceptibles de mejora<br>Orientar la intervención → discriminar el tipo de intervención necesaria<br>Promover la toma de conciencia → espacio de reflexión y búsqueda conjunta con la familia  |
| <b>Contenido</b> | Objetivo<br>Enfoque integral y multidimensional<br>Estandarizado y protocolizado → facilita su elaboración<br>Personalizable<br>Basado en evidencias → indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos</li> <li>• Subjetivos (vivencia subjetiva, potencialidades y capacidades) → Permiten personalizar el diagnóstico</li> <li>• Cuantitativos</li> <li>• Cualitativos</li> <li>• Perspectiva de las personas usuarias</li> </ul> Contenido común (consensuado), usos diferentes → interoperabilidad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido común a diferentes unidades</li> <li>• Contenido específico de cada unidad</li> <li>• Diferente nivel de profundización en función de la intervención a desarrollar</li> <li>• Accesible a todo el personal profesional</li> </ul> Componentes específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes</li> <li>• Principales acontecimientos vitales en la historia personal familiar</li> <li>• Situación sanitaria, educativa, formativa, laboral, económica, de vivienda, etc.</li> <li>• Relaciones y límites familiares (dinámica relacional familiar)</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Capacidades y potencialidades</li> <li>• Motivación y voluntariedad</li> <li>• Soluciones intentadas</li> <li>• Información del contexto</li> <li>• Pronóstico, basado en las capacidades y potencialidades de la persona o familia</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia.

El concepto de diagnóstico en los SSAP remite a un instrumento de conocimiento de la situación de la persona o familia, que sintetiza, relaciona e interpreta la información disponible, junto con las personas usuarias, para la comprensión y explicación de la situación y su posterior abordaje, a partir de las hipótesis de trabajo que éste permite generar.

Por tanto, la finalidad del diagnóstico para los SSAP consiste en conocer para actuar y orientar la intervención, con base en la identificación de las



áreas en las que intervenir y en la toma de conciencia de la familia respecto a ellas.

Los principales rasgos del contenido del diagnóstico para los SSAP remiten a un diagnóstico objetivo, integral y multidimensional, cuyo contenido sea común a diferentes unidades y, por tanto, estandarizado (estructurado y sistematizado a partir del consenso profesional). No obstante, se destaca que, aunque estandarizado, ha de permitir la necesaria personalización prevista en los modos de atención profesional y provisión de servicios de los SSAP. Esta personalización hace referencia, por un lado, a la posibilidad de incorporar la vivencia subjetiva de las personas o familias, y, por otro lado, a la capacidad profesional de tomar la decisión última sobre el resultado del diagnóstico.

En relación con el carácter objetivo del diagnóstico, se destaca que éste ha de estar basado en evidencias o indicadores de naturaleza diversa, previamente identificados y definidos en el modelo de diagnóstico para reducir la discrecionalidad profesional.

Se señala también de forma recurrente la necesidad de interoperabilidad del diagnóstico en los SSAP, de modo que se posibilite el acceso y el uso por diferentes profesionales y unidades, en aras de una mayor eficiencia en la recogida y uso de la información.

Respecto a sus componentes específicos, se concretan cuáles deberían ser las principales áreas sobre las que el diagnóstico debe incluir información y su correspondiente valoración. De su lectura se observa que en su formulación subyace un tipo de diagnóstico amplio y comprehensivo, integral y multidimensional, que parece constituir el tipo «ideal» de diagnóstico. No obstante, más adelante veremos que junto a este tipo «ideal» se sugieren otros tipos de diagnóstico necesarios en los SSAP de menor alcance en función del objetivo que persiguen.

### **10.1.2. Características, técnicas y fuentes de datos**

El análisis de los discursos de las personas participantes en los grupos de discusión también permite realizar una aproximación detallada a las principales características que debería tener el diagnóstico individual y familiar en los SSAP, y a las principales técnicas y fuentes de datos a utilizar. Unas y otras son resumidas en la siguiente tabla.

**Tabla 21. Características, técnicas y fuentes de datos del diagnóstico individual y familiar en los SSAP**

| <b>Categoría</b>                   | <b>Elementos clave</b>   |
|------------------------------------|--|
| <b>Características</b>             | <p><i>Características generales</i></p> <p>Integrado en un marco más amplio → modelo organizativo y modelo de intervención</p> <p>Modelo común intra e inter unidades y equipos → interoperabilidad del diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido unificado-homogéneo-estandarizado y preestablecido (sistematización <i>versus</i> discrecionalidad) y también flexible-adaptable-personalizable a cada situación</li> <li>• Común para las diferentes prestaciones</li> </ul> <p>Multidisciplinar, si necesario</p> <p>Orientado a las necesidades <i>versus</i> orientado a los recursos</p> <p>Carácter obligatorio</p> <p>Diferentes tipos de diagnósticos para necesidades diferentes → tipología de diagnósticos</p> <p><i>Características operativas</i></p> <p>Dinámico → no etiquetaje</p> <p>Protocolizado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración con el tiempo suficiente</li> <li>• Asociado a orientaciones sobre el tipo de intervención a desarrollar → no prescripciones rígidas</li> </ul> <p>Basado en un lenguaje profesional común</p> <p>Útil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la intervención profesional (no sólo un trámite administrativo)</li> <li>• Para la planificación de los SSAP y mejorar su calidad (mediante la agregación de diagnósticos individuales/familiares)</li> </ul> <p>Sencillo y breve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintético y concreto</li> <li>• De fácil acceso</li> <li>• Operativo</li> </ul> <p>De elaboración progresiva</p> <p>Soporte informatizado</p> <p>Formato escrito</p> <p>Su elaboración no ha de impedir establecer la relación de ayuda</p> <p>Co-diagnóstico:</p> <p>Con otras unidades y sus profesionales, incluida la perspectiva comunitaria</p> <p>Con las personas usuarias → integra su perspectiva sobre sus necesidades con la perspectiva profesional</p> |
| <b>Técnicas y fuentes de datos</b> | <p><i>Técnicas diversas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista</li> <li>• Visita domiciliaria</li> <li>• Genograma</li> <li>• Mapa de red</li> <li>• Análisis DAFO</li> <li>• Historias de vida</li> <li>• Línea de vida</li> <li>• Rueda de la vida</li> <li>• Ficha social</li> <li>• Instrumentos estandarizados</li> <li>• Etc.</li> </ul> <p><i>Fuentes de datos</i></p> <p>Principalmente, la persona y/o la familia</p>  |

Fuente: elaboración propia.

Por un lado, el diagnóstico en los SSAP reúne unas características generales que remiten a su orientación o enfoque. En primer lugar, se destaca que el diagnóstico necesario en los SSAP ha de estar integrado en un marco de referencia mayor que le sirve de contexto, con el que ha de ser coherente: de un lado, el modelo organizativo de los servicios; de otro lado, el modelo de intervención de los servicios y de la organización.

En segundo lugar, se hace referencia al modelo o modelos de diagnóstico útiles para los SSAP. Se retoma de nuevo la idea de que debe basarse en un modelo unificado que sea común en parte a diferentes profesionales, unidades y equipos. Así, por un lado, se refuerza la idea de que ha de servir para reducir la discrecionalidad profesional mediante la unificación o protocolización de sus contenidos, y, por otro lado, se indica en la necesidad de que éste sea interoperable para incrementar la eficiencia en el uso de la información. Sin embargo, también se manifiesta que los SSAP utilizan los diagnósticos con diferentes finalidades y para responder a diferentes tipos de necesidades, que requieren diagnósticos específicos. Así, en el apartado siguiente veremos que este modelo común de contenidos se complementará con la propuesta de inclusión de contenidos específicos, también protocolizados, en función de las unidades de destino y de las necesidades específicas con las que intervienen.

En línea con lo anterior, vuelve a aparecer la imagen del diagnóstico «ideal» como el diagnóstico que es integral y multidimensional, pero ahora se matiza que no todas las situaciones que están llamados a abordar los SSAP requieren de esta aproximación comprensiva y de carácter multidisciplinar. Por tanto, de nuevo emerge la necesidad de diferenciar los tipos de diagnósticos necesarios en estos servicios y los factores que los diferencian, a los que nos referiremos en el siguiente apartado.

En tercer lugar, se pone el énfasis en que, para contrarrestar la tendencia a ajustar las necesidades de las personas y/o familias a la cartera de recursos existente (y no a la inversa), los diagnósticos en los SSAP han de estar orientados a las necesidades, personalizando las respuestas para que respondan a dichas necesidades.

En cuarto lugar, el diagnóstico en los SSAP ha de ser de elaboración obligatoria. Esta característica responde, por un lado, al mandato normativo y profesional de las profesiones de la intervención social y, por otro lado, también al mandato institucional de los Servicios Sociales, pues el diseño de la intervención ha de estar fundamentado en el estudio y análisis previo de la situación en la que actuar y de las necesidades existentes en ella.

Por otro lado, el diagnóstico en los SSAP reúne ciertas características operativas que remiten a los principales aspectos concretos necesarios para su puesta en práctica:

- Su elaboración no ha de impedir o interferir en la calidad de la relación de ayuda.
- Ha de ser dinámico, para recoger los cambios que se producen en la situación.
- Ha de estar protocolizado. Ello implica, entre otros aspectos, que ha de estar insertado en un diseño más amplio del proceso de intervención, que tiene identificados y sistematizados los contenidos comunes a incluir, que ofrece categorías diagnósticas basadas en los indicadores presentes, que, a partir de las categorías diagnósticas resultantes, ofrece orientaciones al personal profesional sobre las intervenciones posibles y que está prevista la periodicidad con que ha de ser actualizado.
- Utiliza un lenguaje profesional común, aspecto que contribuye a coordinar y unificar el trabajo.
- Debe ser útil para la intervención profesional y para la planificación de los servicios.
- Ha de ser sencillo y breve.
- Su elaboración debe ser progresiva, a medida que se desarrolla la intervención y las interacciones con las personas y/o familias y se recibe nueva información.
- Ha de estar incorporado a una herramienta informática y debe constar por escrito.

En lo que concierne a las fuentes de datos a utilizar en el diagnóstico, las personas participantes aluden, de forma implícita en los discursos, fundamentalmente a la persona y /o la familia. Respecto a las técnicas a utilizar para la elaboración del diagnóstico, se identifica una amplia y heterogénea relación de técnicas de utilidad: la entrevista, la visita domiciliaria, el genograma, el mapa de red, el análisis DAFO, las historias de vida, la línea de vida, la rueda de la vida, la ficha social, los instrumentos estandarizados, etc.

### **10.1.3. Tipos de diagnóstico necesarios**

Asimismo, los discursos del personal directivo y profesional rinden cuenta de que en los SSAP son necesarios diferentes tipos de diagnósticos, de características diferentes, para responder a necesidades diferentes. Las propuestas de los principales tipos de diagnóstico que son necesarios son sintetizadas en la tabla que sigue.

**Tabla 22. Tipología de diagnósticos individuales y familiares en los SSAP**

| <b>Categoría</b>  | <b>Elementos clave</b>   |
|-------------------|--|
| <b>Tipologías</b> | <p>Necesidad de diferentes tipos de diagnóstico</p> <p>Tipología 1, según el alcance del diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico global, común a todas las unidades (diagnóstico global 365.º: transversal a las diferentes unidades) + diagnóstico específico, particular a cada unidad (diagnóstico de singularidades en función de necesidades específicas: dependencia, familia y menor, inclusión, etc.)</li> <li>• Diagnóstico inicial o exploratorio, de orientación más descriptiva (función 1 → orientar las primeras actuaciones; función 2 → decidir si derivar, planificar intervención conjunta interunidades o ambas) y diagnóstico en profundidad, más explicativo</li> </ul> <p>Tipología 2, según la perspectiva disciplinar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico multidisciplinar = diagnóstico social + diagnóstico psicológico + diagnóstico educativo</li> </ul> <p>Tipología 3, según el destinatario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de uso interno (profesional)</li> <li>• Diagnóstico de uso externo (personas usuarias).</li> </ul> <p>Tipología 4, según el uso interno previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico para el acceso a prestaciones</li> <li>• Diagnóstico para la intervención genuinamente profesional</li> </ul> <p>Tipología 5, según la persona profesional responsable de su elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico inicial por TS de unidades de acogida o primera atención (sirve para el triaje de necesidades e intervención inicial)</li> <li>• Diagnóstico específico o en profundidad por el resto de profesionales</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia.

En primer lugar, en los discursos se observan tensiones entre lo que se desearía hacer (diagnósticos basados en modelos de intercambio) y lo que realmente se hace (diagnósticos basados en modelos interrogativos para identificar factores de riesgo o en modelos procedimentales para identificar si se reúnen los requisitos para el acceso a los recursos). Esta tensión genera dos efectos fundamentalmente:

- Por un lado, insatisfacción profesional resultante de la diferencia entre el diagnóstico que se hace y el que se querría realizar, por la actual indefinición de la tipología de diagnósticos necesarios para las diferentes situaciones-tipo con las que trabajan los SSAP.
- Por otro lado, el personal directivo y el personal profesional realizan generalizaciones acerca del tipo de diagnóstico necesario en los SSAP, formuladas a partir del diagnóstico que se desearía (en profundidad y basado en modelos de intercambio) y no a partir de los diferentes tipos de diagnóstico posibles o necesarios, a pesar de que, paradójicamente, también se reconoce que estos servicios precisan disponer de diferentes tipos de diagnóstico.

Así, aunque las cinco tipologías de diagnóstico formuladas remiten a diferentes tipos de diagnóstico, diferenciados por su alcance, la perspectiva

disciplinar, las personas destinatarias, el uso previsto o la persona profesional que lo elabora, los discursos permiten identificar también varias dimensiones o ejes clave que subyacen a su construcción mental sobre el diagnóstico en los SSAP. Estos ejes actúan como elementos de tensión para definir cuál es el tipo de diagnóstico necesario en cada situación y momento de la intervención, que está por perfilar:

- Eje alcance (diferencial): genérico *versus* específico, global *versus* particular, integral *versus* especializado.
- Eje nivel de profundización: breve *versus* en profundidad.
- Eje momento del diagnóstico: inicial o exploratorio *versus* explicativo.
- Eje perspectiva disciplinar: psico-socio-educativo.
- Eje destinatario del diagnóstico: profesional (uso interno) *versus* persona usuaria (uso externo).
- Eje uso interno previsto: acceso a prestaciones *versus* intervención profesional genuina.
- Eje profesional responsable del diagnóstico: trabajador/a social de acogida (diagnóstico genérico) *versus* cualquier otro profesional (diagnóstico específico).
- Eje protagonista del diagnóstico: profesional *versus* persona usuaria.
- Eje grado de participación de las personas usuarias: ser parte (informar) *versus* tomar parte (decidir).
- Eje naturaleza de los indicadores: objetivo y subjetivo, cuantitativo y cualitativo.
- Eje grado de normalización: estandarizado y flexible (personalizable).

## **10.2. La planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria**

### **10.2.1. Concepto, finalidad y contenido general**

El análisis de los resultados también ha permitido identificar la construcción compartida que el personal directivo y profesional realizan acerca del concepto, finalidad y contenido general de la planificación de la intervención individual y familiar, concretados en la configuración de un plan de intervención necesario y adecuado para dar respuesta a las necesidades de los SSAP, cuyos principales rasgos se sintetizan en la tabla que sigue. Al igual que ocurrió con el diagnóstico, esta construcción compartida es congruente con la literatura académica y profesional, con las prescripciones de conducta de las asociaciones profesionales y con el marco regulador de los SSAP.

**Tabla 23. Concepto, finalidad y contenido general de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP**

| <b>Categoría</b> | <b>Elementos clave</b>   |
|------------------|--|
| <b>Concepto</b>  | Pauta o guía de trabajo («hoja de ruta»)<br>Instrumento para generar cambios   |
| <b>Finalidad</b> | Responder a las demandas y a las necesidades diagnosticadas<br>Guiar la intervención profesional<br>Promover la toma de conciencia   |
| <b>Contenido</b> | Contenidos mínimos comunes y contenidos específicos por unidades<br>Enfoque multidimensional, integral, transversal<br>Estandarizado... pero personalizable<br>Componentes específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas de intervención</li> <li>• Objetivos a alcanzar</li> <li>• Resultados previstos</li> <li>• Actividades a realizar</li> <li>• Agentes implicados y sus responsabilidades/compromisos (profesionales, personas usuarias, otros)</li> <li>• Sistema de coordinación entre los agentes implicados</li> <li>• Recursos necesarios (municipales y no municipales)</li> <li>• Prioridades</li> <li>• Plazos (temporalización)</li> <li>• Sistema de seguimiento y evaluación conjunta temporalizado, con indicadores medibles</li> <li>• Consecuencias del incumplimiento</li> </ul> Criterios de finalización |

Fuente: elaboración propia.

Los resultados muestran que la planificación de la intervención, concretada en un plan de intervención, consiste, por un lado, en una guía de la intervención a realizar, que actúa a modo de «hoja de ruta» para el personal profesional, y, por otro lado, una herramienta útil para generar cambios en el proceso de intervención. Este último aspecto rinde cuentas de la dificultad que entraña separar la reflexión de la acción en la práctica profesional. Por el contrario, se evidencia, al igual que ocurrió en el diagnóstico, que la interacción con personas y familias implican para el personal profesional el desarrollo de procesos simultáneos de reflexión (valoración de necesidades, hipotetización, planificación) y de acción (prescripción u orientaciones de conducta), en una suerte de proceso de disociación mental.

La finalidad de la planificación de la intervención consiste en guiar el proceso de intervención y, promoviendo la toma de conciencia de la persona y/o familia y su implicación en los cambios necesarios, provocar cambios que respondan a las necesidades presentes en su situación y a sus demandas.

Los principales rasgos de la planificación de la intervención para los SSAP remiten a elementos comunes al diagnóstico, mencionados con anterioridad: enfoque integral y multidimensional; cuyo contenido sea, en parte, común a diferentes unidades y, en parte, específico por unidades y, en ambos

casos, estandarizado (estructurado y sistematizado a partir del consenso profesional). No obstante, se destaca que, aunque estandarizada, la planificación también debe permitir la necesaria personalización prevista en los modos de atención profesional y provisión de servicios de los SSAP para ajustarla a cada situación particular.

Respecto a sus componentes específicos, se proponen cuáles deberían ser éstos, de modo congruente con la literatura sobre planificación de la intervención. Al igual que ocurrió en el diagnóstico, de su lectura se observa que en su formulación subyace un tipo de plan de intervención amplio y comprensivo, que se percibe como el modelo «ideal». No obstante, también se menciona que la elaboración de un plan de intervención de estas características no puede ser una obligación generalizada, pues los SSAP realizan intervenciones breves que no lo requieren. Ello remite de nuevo a la idea de que estos servicios precisan de diferentes tipos de planes de intervención, aspecto sobre el que abundaremos más adelante.

Cabe destacar que se sugieren dos componentes poco comunes en la literatura: por un lado, que el plan de intervención incluya las consecuencias derivadas de que éste no sea llevado a cabo o de que no se logren los objetivos, en una suerte de pronóstico centrado en los resultados de su incumplimiento; por otro lado, los criterios para determinar cuándo el plan de intervención se puede dar por finalizado, se hayan alcanzado o no los objetivos previstos. Respecto al segundo componente se menciona que contribuye a limitar la cronificación de casos e intervenciones.

### **10.2.2. Características, técnicas y fuentes de datos**

El análisis de los discursos del personal directivo y profesional participante en los grupos de discusión también permite realizar una aproximación minuciosa a las principales características que debería tener la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP, concretada en un plan de intervención, y a las principales técnicas y fuentes de datos a utilizar. Ambas son sintetizadas en la tabla que sigue.



**Tabla 24. Características, técnicas y fuentes de datos de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP**

| <b>Categoría</b>                   | <b>Elementos clave</b>  |
|------------------------------------|---|
| <b>Características</b>             | <p><i>Características generales</i></p> <p>Modelo común (estructura de contenidos) prescrito por la organización<br/>         Congruente con el contexto desde el que se realiza (SSAP)<br/>         Diferentes tipos de planes para diferentes necesidades y diagnósticos →<br/>         tipología de planes de intervención<br/>         Multidisciplinar y coordinado interunidades, si necesario<br/>         Incorpora perspectiva profesional y de las personas usuarias<br/>         Compartido y consensuado con las personas usuarias (toma de conciencia, implicación y garantía de éxito)</p> <p><i>Características operativas</i></p> <p>Aquí y ahora → elaborado atendiendo al momento de la persona/familia<br/>         Basado en un lenguaje profesional común<br/>         Carácter finalista<br/>         Útil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para profesionales → guía</li> <li>• Para personas usuarias → cobertura de necesidades y respuesta a demandas</li> </ul> <p>Sencillo en contenidos y elaboración<br/>         Concreto<br/>         Realista y viable<br/>         Comprensible → lenguaje claro, sencillo y en positivo<br/>         Soporte: herramienta informática sencilla<br/>         Explícito → por escrito<br/>         Objetivos → características necesarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartidos/consensuados con las personas usuarias, con las limitaciones de los contextos de control</li> <li>• Concretos</li> <li>• Realistas y alcanzables → negociados con las personas usuarias</li> <li>• A corto plazo</li> <li>• Comprensibles para las personas usuarias</li> <li>• Escalonados y progresivos (de menor a mayor alcance)</li> <li>• Temporalizados (situados en el tiempo)</li> <li>• Medibles</li> </ul> |
| <b>Técnicas y fuentes de datos</b> | <p>Técnicas de planificación</p> <p>Fuente de datos: el diagnóstico compartido (codiagnóstico)</p>  |

Fuente: elaboración propia.

Las características sistematizadas remiten a dos grupos diferenciados de éstas, similares a los hallados en relación al diagnóstico: características generales y características operativas.

Las características generales remiten a elementos concernientes a la configuración y al enfoque del modelo de planificación de la intervención necesario:

- En primer lugar, se requiere de un modelo de planificación común cuya estructura de contenidos estandarizados esté prescrita por la organización, con la participación del personal profesional.

- En segundo lugar, el modelo de planificación de la intervención ha de estar ajustado al ámbito competencial y las posibilidades de acción de los SSAP.
- En tercer lugar, el modelo debe permitir discriminar la necesidad o no de planificar la intervención en función de las diversas situaciones que abordan los SSAP y, en caso necesario, establecer una tipología de planes adecuados a estas diversas situaciones, que, sin embargo, no se detallan.
- En cuarto lugar, subyace en los discursos que el modelo «ideal» de planificación de la intervención es el que es multidisciplinar y coordinado (si es necesario), en consonancia con el enfoque integral y multidimensional que se propugna para la planificación, aunque simultáneamente se considera que no siempre es necesario un plan de intervención y de serlo, son necesarios diferentes tipos de planes para adaptarlos a las diferentes situaciones y necesidades.
- En quinto lugar, se explicita la necesidad de incorporar tres perspectivas en la planificación: la profesional, la de las personas usuarias y la consensuada y compartida, al objeto de que ésta incluya los deseos y preferencias de las personas que utilizan los servicios. Ello se reconoce que contribuye al desarrollo de la intervención en términos de toma de conciencia, implicación y mayor garantía de éxito.

Como se observa, y a diferencia de lo que ocurrió en el diagnóstico, no se recoge que la planificación de la intervención deba ser obligatoria en todas las situaciones, pues como hemos visto, se parte de la idea de que existen situaciones que abordan los SSAP en las que ésta no es necesaria, por tratarse de intervención puntuales o breves.

Por su parte, las características operativas de la planificación de la intervención hacen referencia a los principales aspectos concretos que la hacen posible y exitosa en los SSAP. Algunas de estas características del plan de intervención son similares a las propuestas para el diagnóstico:

- Utiliza un lenguaje profesional común, aspecto que contribuye a coordinar y unificar el trabajo.
- Debe ser útil, en este caso para la intervención profesional y para la persona y/o familia.
- Ha de ser sencillo, en lo que respecta a sus contenidos y a su elaboración.
- Ha de estar incorporado a una herramienta informática sencilla y debe constar por escrito.

Otras de las características operativas identificadas son específicas del plan de intervención:

- Ha de ser elaborado atendiendo al momento de la persona/familia («aquí y ahora»). Ello implica considerar también su grado de voluntariedad y sus deseos y posibilidades en un tiempo concreto de su ciclo vital.
- Ha de tener carácter finalista, estableciendo objetivos temporalizados y criterios de finalización.
- Debe ser concreto, realista y viable, para que pueda desarrollado con éxito.
- Ha de ser comprensible para las personas usuarias, con las que se ha de compartir y consensuar. Así, se requiere que el lenguaje utilizado en su elaboración sea claro, sencillo y en positivo

Por último, se establecen una serie de características operativas que deben reunir los objetivos de la planificación de la intervención necesaria en los SSAP, a las que remitimos para mayor detalle. Estas características de los objetivos pretenden, por un lado, garantizar que estén formulados de un modo comprensible para las personas usuarias de cara a la negociación y el consenso, y, por otro lado, garantizar que sean viables, es decir, alcanzables en el tiempo previsto.

En lo que respecta a las fuentes de datos para la elaboración de los planes de intervención, las personas participantes remiten como principal fuente de información al diagnóstico compartido o codiagnóstico, elaborado con carácter previo. Entre las técnicas necesarias para el diseño de planes de intervención, en términos generales, no se menciona ninguna en particular, sino que se remite de manera genérica a las técnicas propias de la planificación.

### **10.2.3. Tipos de planes de intervención necesarios**

Para concluir, como ya adelantamos en apartados anteriores, los discursos del personal directivo y profesional muestran que los SSAP precisan de diferentes tipos de planes de intervención para responder a necesidades diferentes. Las propuestas de los principales tipos de planes necesarios son sintetizadas en la siguiente.

**Tabla 25. Tipología de planes de intervención individual y familiar en los SSAP**

| <i>Categoría</i>  | <i>Elementos clave</i>   |
|-------------------|--|
| <b>Tipologías</b> | Pertinencia o no del plan de intervención: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No</li> <li>• Sí → Necesidad de diferentes tipos de planes</li> </ul> Tipología 1, según el grado de voluntariedad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No intervención</li> <li>• Intervención forzosa</li> <li>• Intervención voluntaria</li> </ul> Tipología 2, según su duración: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervención a corto plazo</li> <li>• Intervención a medio plazo</li> <li>• Intervención a largo plazo</li> </ul> Tipología 3, según el alcance del plan |

Fuente: elaboración propia.

Aquí, como ocurrió a propósito del diagnóstico, de nuevo se observan tensiones entre lo que se desearía hacer (planes de intervención completos) y lo que realmente se hace (ausencia de planes o planes de intervención parciales). Esta tensión se traduce principalmente en dos fenómenos:

- Por un lado, insatisfacción profesional resultante de la diferencia entre la planificación de la intervención que se hace y la que se cree que se debería hacer, ya que no hay definida una tipología de planes de intervención necesarios para las diferentes situaciones-tipo con las que trabajan los SSAP.
- Por otro lado, el personal directivo y el personal profesional realizan generalizaciones acerca del tipo de plan de intervención necesarios en los SSAP, formuladas a partir del plan de intervención «ideal» que se desearía (plan de intervención completo) y no a partir de los diferentes tipos de planes posibles o necesarios, a pesar de que, paradójicamente, también se reconoce que estos servicios precisan disponer de diferentes tipos de planes e incluso, en algunas intervenciones puntuales y breves, carecer de ellos, al menos de manera formalizada.

De este modo, como ocurrió con la tipología de diagnósticos que requieren los SSAP, el discurso de las personas participantes remite a diferentes ejes clave que subyacen a su construcción mental acerca de la planificación de la intervención que, a modo de elementos de tensión, ayudan a perfilar una tipología de planes necesarios en estos servicios que está por definir:

- Eje pertinencia del plan. Este eje no da lugar a ningún tipo de plan en particular sino a la necesidad o no de diseñar dicho plan de intervención, en función de la naturaleza de la situación abordada desde los SSAP.

- Eje grado de voluntariedad hacia el cambio: intervención voluntaria *versus* intervención forzada (atendiendo a las prescripciones legales en ausencia de voluntad) *versus* «no intervención».
- Eje duración de la intervención: corto plazo, medio plazo, largo plazo.
- Eje alcance: integral o global *versus* particular o específico.
- Eje perspectiva disciplinar: psico-socio-educativo.
- Eje protagonista de la planificación: profesional *versus* persona usuaria.
- Eje grado de participación de la persona usuaria: ser parte (informar) *versus* tomar parte (decidir).
- Eje grado de normalización: estandarizado y flexible (personalizable).



# **11. Discusión de resultados sobre la participación de las personas usuarias en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria**

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
Elena M. Cortés-Florín  
*Universidad de Alicante*

## **11.1. La participación en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria según el personal profesional y directivo**

### **11.1.1. La participación en el diagnóstico**

El análisis de los discursos del personal profesional y directivo de los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP) ha permitido conocer cómo entienden la participación de las personas usuarias de los servicios en los procesos de intervención, en particular en el diagnóstico y la planificación de la intervención, y qué cambios son necesarios en el modo de acción profesional para que ésta sea posible. En lo que concierne al desarrollo de esta participación, las personas participantes apuntan al tipo de funciones profesionales a desempeñar en ese proceso participativo y a las estrategias a utilizar para fomentar y garantizar dicha participación. También se señalan los principales límites a la participación. Estos contenidos son resumidos en la tabla siguiente.

**Tabla 26. La participación de las personas usuarias en el diagnóstico, según el personal directivo y profesional**

| <i>Categoría</i>                                 | <i>Elementos clave</i>  |
|--|---|
| <b>La participación de las personas usuarias</b> | <p>Necesidad de coparticipación de las personas usuarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promueve la toma de conciencia</li> <li>• Incrementa la colaboración</li> <li>• Potencia la autonomía</li> </ul> <p>Necesidad de cambio profesional: de la directividad a la participación<br/>Funciones profesionales → información, orientación y acompañamiento no directivo</p> <p>Estrategias para la participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuchar las propuestas de las personas usuarias</li> <li>• Utilizar técnicas de recogida de información sobre sus preferencias y opiniones (gráficas o de otro tipo)</li> <li>• Autodiagnóstico, utilizando indicadores similares a los utilizados por el personal profesional → unifica lenguajes y facilita el consenso</li> <li>• Compartir y consensuar el diagnóstico</li> </ul> <p>Garantía de participación: documentarla por escrito</p> <p>Límites a la participación → en función del contexto de intervención, especialmente en contextos de control (presuntos incapaces, personas dependientes o con limitaciones en su capacidad de obrar, menores en situación de riesgo, etc.)</p> |

Fuente: elaboración propia.

Los resultados muestran un elevado consenso en torno a la bondad de la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención, y más concretamente en el diagnóstico y la planificación de la intervención. Esta participación es útil como estrategia de reconocimiento de las personas con las que se trabaja y de su autonomía y fomenta su toma de conciencia y su compromiso con el cambio, con la intervención.

Las principales funciones profesionales que facilitan esta participación son la información, la orientación y el acompañamiento. Al mismo tiempo, se explicita que los procesos de diagnóstico participado requieren que el personal profesional disponga del tiempo suficiente para su desarrollo.

Para ello también se reconoce que el personal profesional debe modificar sus modos de entender la interacción con las personas usuarias hacia modalidades no directivas, cambio que se extiende también a la organización y a las propias personas usuarias. Este cambio en la interacción ha de tender a establecer relaciones más igualitarias con las personas usuarias basadas en la simetría de poder con el personal profesional.

No obstante, se explicita que la participación, o la no participación, puede tener límites, en función del contexto de intervención en el que se enmarca la interacción. Así, en los contextos de control el personal profesional tiene la atribución de proteger a terceras personas vulnerables y son las prescripciones legales al respecto las que definirán los límites de la participación y el



grado de consideración de los deseos y preferencias de las personas usuarias, cuando entren en conflicto con dicho deber de protección.

Por último, como propuestas para articular la participación en los procesos de diagnóstico, el personal directivo y profesional de los SSAP sugiere, por un lado, propuestas dirigidas a recabar información sobre las preferencias de las personas usuarias e incorporarlas al diagnóstico; por otro lado, propuestas dirigidas a consensuar el diagnóstico; y, por último, propuestas para garantizar que la participación sea real y efectiva, documentándola.

### 11.1.2. La participación en la planificación de la intervención

Los discursos del personal directivo y profesional también permiten reconstruir su perspectiva sobre la participación de las personas usuarias en el diseño o planificación de la intervención. Estos permiten conocer cómo es entendida la participación de las personas usuarias y los cambios necesarios en el modo de acción profesional para que ésta sea posible, no muy diferentes de su visión sobre dicha participación en el diagnóstico. Se explicitan las principales funciones profesionales a desempeñar en ese proceso participativo y las principales estrategias para fomentar y garantizar la participación. Asimismo, se destacan las principales limitaciones a la participación. Estos aspectos se sintetizan en la tabla que sigue.

**Tabla 27. La participación de las personas usuarias en la planificación de la intervención, según el personal directivo y profesional**

| <i>Categoría</i>                                 | <i>Elementos clave</i>  |
|--|---|
| <b>La participación de las personas usuarias</b> | Participación de las personas usuarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derecho y deber</li> <li>• Útil para personalizar la intervención</li> </ul> Funciones profesionales → información, orientación y acompañamiento no directivo<br>Necesidad de cambio profesional: de la directividad a la participación<br>Estrategias para la participación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de intervención consensuado</li> <li>• Utilizar técnicas (gráficas o de otro tipo) que proporcionen información sobre el plan y su evaluación</li> <li>• Vigilar la calidad del vínculo y de la relación de ayuda</li> <li>• Actitudes profesionales necesarias: cercanía, empatía, motivación, transparencia y honestidad</li> <li>• Rol profesional → acompañamiento</li> </ul> Garantía de participación: documentarla por escrito (contrato)<br>Límites a la participación → en función del contexto de intervención, especialmente en contextos de control (presuntos incapaces, personas dependientes o con limitaciones en su capacidad de obrar, menores en situación de riesgo, etc.) |

Fuente: elaboración propia.

De nuevo es elevado el consenso del personal directivo y profesional acerca de la necesidad de participación de las personas usuarias en el proceso de diseño de la intervención, en tanto que derecho y deber, reconociendo que esta participación permite personalizar el plan de intervención.

Al igual que ocurrió con referencia al diagnóstico, dicha participación:

- Es de utilidad como estrategia de reconocimiento de las personas con las que se trabaja y de su autonomía y fomenta su toma de conciencia y su compromiso con el cambio, con la intervención.
- Se facilita con el desarrollo de funciones profesionales de información, orientación y acompañamiento.
- Requiere que el personal profesional disponga del tiempo suficiente para desarrollar procesos verdaderamente participados.
- Precisa modificar las modalidades de interacción profesional-personas usuarias hacia modalidades no directivos, más igualitarios y simétricos en términos de la cantidad de poder detentada por los actores, cambios que no se limitan únicamente al personal profesional, sino que también deben producirse en las personas usuarias y la organización.
- Está sujeta a los límites que establece la legislación, en especial en contextos de control en los que el personal profesional tiene el deber de proteger a terceras personas vulnerables cuando sus intereses y preferencias entren en conflicto con los de las personas con las que se trabaja.

Finalmente, el personal directivo y profesional de los SSAP sugiere diversas propuestas para articular la participación en los procesos de planificación de la intervención: por una parte, propuestas dirigidas a recabar información sobre las preferencias de las personas usuarias e incorporarlas a la planificación; por otra parte, propuestas dirigidas a consensuar el plan de intervención; asimismo, propuestas sobre las actitudes profesionales que garantizan un buen vínculo con la persona usuaria facilitador de la participación y el principal rol profesional a desempeñar; y, por último, propuestas para garantizar que la participación sea real y efectiva, documentándola. De estas propuestas, destacamos que se mencionen las actitudes de cercanía, empatía, motivacional, transparente y honesta y el rol acompañante, que más adelante veremos que reconocen y valoran especialmente las personas usuarias como facilitadores de su participación.

## 11.2. La participación en el diagnóstico y en la planificación de la intervención en los Servicios Sociales de Atención Primaria según las personas usuarias

### 11.2.1. Concepto, importancia, condiciones y objetivos de la participación

El análisis de los resultados permite afirmar que la participación en los procesos de intervención de los SSAP no es un tema desconocido para las personas que utilizan estos servicios. Sin embargo, resulta complejo que éstas diferencien su experiencia de participación en la fase de valoración de necesidades (diagnóstico) y su experiencia en la fase de planificación de la intervención.

En la siguiente tabla se identifica, a modo de resumen, la información proporcionada por las personas usuarias sobre qué es la participación en el proceso de intervención en Servicios Sociales, su importancia y condiciones y los objetivos que persigue.

**Tabla 28. Concepto, importancia, condiciones y objetivos de la participación de las personas usuarias en los SSAP**

| <i>Categoría</i>                 | <i>Elementos clave</i>  |
|----------------------------------|---|
| <b>Concepto</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser tenida/o en cuenta</li> <li>• Ser ayudadas/os, pedir ayuda, dar opinión, compartir, expresarse...</li> <li>• Tener voluntad para hacer las cosas, para participar, tomar decisiones, opinar...</li> <li>• Tomar decisiones en conjunto y compartir puntos de vista, escuchar y ser escuchadas/os, buscar soluciones conjuntas</li> </ul>   |
| <b>Importancia y condiciones</b> | <p><i>Importancia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad para tomar decisiones</li> </ul> <p><i>Condiciones para la participación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición 1: estar bien y sentirse bien</li> <li>• Condición 2: acceso y disponibilidad de información</li> <li>• Condición 3: buen trato profesional</li> <li>• Condición 4: buena comunicación entre profesionales y personas usuarias</li> <li>• Condición 5: confianza en el personal profesional</li> </ul> |
| <b>Objetivos</b>                 | <p>Participación: objetivo implícito de la intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir consejo/ayuda, recibir apoyo profesional</li> <li>• Exponer ideas, proporcionar información, opinar y decidir</li> </ul>   |

Fuente: elaboración propia

El concepto de participación que identifican las personas participantes a partir de su experiencia, por un lado, remite a una experiencia de consulta y colaboración en la toma de decisiones o de consideración de sus preferencias y deseos en la toma de decisiones, y no una participación basada en el control autónomo de la toma de decisiones. Como hemos visto, una buena parte de la responsabilidad en la toma de decisiones es delegada en el personal

profesional con base en su conocimiento experto. Por otro lado, se interpreta la participación como el instrumento para expresar las necesidades y para recibir ayuda. Así, los objetivos percibidos de esta participación se alinean con estas dos ideas: de un lado, permite exponer ideas y transmitir información; de otro lado, posibilita pedir y recibir apoyo.

Asimismo, se reconoce la participación como una oportunidad para tomar control sobre la toma de decisiones, pero al tiempo, se señala que esta participación sólo es posible bajo ciertas condiciones: por un lado, condiciones relativas a las personas usuarias (estar bien y sentirse bien y disponer de información); por otro lado, condiciones relativas a la calidad de la interacción con el personal profesional (buen trato, buena comunicación y confianza).

Por último, atendiendo a los discursos de las personas participantes, la participación no siempre se hace explícita en los procesos de intervención. Es decir, en sus discursos, no se recoge que las personas usuarias reciban información sobre cómo participar o de qué forma (diferente del acceso a la información), por lo que parece estar desarrollándose de manera implícita en el proceso.

En lo que concierne al contenido y características que hacen de un proceso de intervención que éste sea participado, éstas son sintetizadas en la tabla que sigue.

**Tabla 29. Contenido y características de la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP**

| <i>Categoría</i>                   | <i>Elementos clave</i>  |
|------------------------------------|---|
| <b>Contenido y características</b> | <p><i>Diagnóstico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencial y dinámico</li> <li>• Personalizado y basado en el respeto a la persona usuaria (trato humano)</li> <li>• De manera presencial (en persona, hablado) y de forma dinámica.</li> <li>• Con participación natural y voluntaria</li> <li>• Basado en una buena comunicación entre profesionales y personas usuarias</li> </ul> <p><i>Plan de intervención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalizado, operativo y adaptado a la persona</li> <li>• Con participación voluntaria (teniendo en cuenta las limitaciones legales)</li> <li>• Presencial y manteniendo la comunicación entre profesionales-personas usuarias (teléfono, correo electrónico, etc.)</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia

Por una parte, se considera que un diagnóstico participado se elabora cara a cara, es dinámico en su contenido, es respetuoso y está ajustado a las características de la persona y de su situación, se confecciona con base en una buena interacción comunicativa entre profesionales y personas usuarias y la

participación de éstas últimas en su elaboración se produce de modo natural y voluntario. Por otra parte, la planificación de la intervención participada también se elabora en la interacción cara a cara, a partir de la comunicación entre profesionales y personas usuarias, está adaptada a cada persona y personalizada para cada caso y se participa en ella de manera voluntaria si lo permite la legislación.

### 11.2.2. Responsabilidades, roles y actitudes de los actores participantes en el diagnóstico y la planificación de la intervención participados

En primer lugar, es menester mencionar que ha resultado una tarea compleja distinguir diferencias entre las responsabilidades de las y los participantes en las fases de diagnóstico y de planificación de la intervención, ya que, por lo general, en los discursos de las personas entrevistadas no se distingue de manera nítida entre ambas fases.

No obstante, el análisis de los resultados muestra que las personas usuarias atribuyen diferentes responsabilidades a los principales actores en los procesos de intervención social de los SSAP, tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de la intervención. Esta atribución de responsabilidades se sintetiza en la tabla que sigue.

**Tabla 30. Responsabilidades de profesionales y personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP**

| <i>Categoría</i>         | <i>Subcategoría</i> | <i>Elementos clave</i>   |
|--------------------------|---------------------|--|
| <b>Responsabilidades</b> | Profesionales       | <p><i>Diagnóstico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad de decidir</li> <li>• Responsabilidad de acompañar, apoyar y asesorar en las decisiones.</li> </ul> <p><i>Plan de intervención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad de generar opciones o alternativas</li> <li>• Responsabilidad de lograr acuerdos</li> <li>• Responsabilidad de decidir</li> <li>• Responsabilidad de defender los intereses de las personas usuarias</li> </ul> |
|                          | Personas usuarias   | <p><i>Diagnóstico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad de decidir o tomar decisiones</li> <li>• Responsabilidad de decir la verdad</li> </ul> <p><i>Plan de intervención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidad de informar</li> <li>• Responsabilidad de decidir</li> <li>• Responsabilidad de cumplir los compromisos</li> </ul>   |

Fuente: elaboración propia

Los discursos muestran que se considera que ambos actores, profesionales y personas usuarias, deben tomar parte en la adopción de acuerdos, en tanto que se reconoce como una responsabilidad compartida. Sin embargo, las personas usuarias también delegan una parte de esta responsabilidad o la responsabilidad última de las decisiones en el personal profesional, al que reconocen, por un lado, un conocimiento experto del que las personas usuarias carecen, y, por otro lado, el conocimiento amplio de la oferta de recursos y de servicios y de la institución. Además, esta delegación de parte del poder en la toma de decisiones en el personal profesional se realiza con base en la confianza de que éste la utilizará considerando los intereses de las personas usuarias y seleccionando las que mejor se ajusten a sus necesidades.

Asimismo, cuando se atribuye a la persona usuaria la responsabilidad de tomar decisiones, en ocasiones esta toma de decisiones se realiza con el asesoramiento profesional, pues se reconoce que las personas usuarias no siempre se encuentran en una situación idónea para decidir o no disponen de toda la información que sería necesaria para adoptar una decisión informada. En esta línea, también es de destacar que las personas usuarias atribuyen al personal profesional la responsabilidad de generar opciones o alternativas entre las que aquéllas puedan escoger. De nuevo, esta responsabilidad profesional es justificada principalmente porque las situaciones afectan a las personas que utilizan los SSAP no les permiten ver cuáles son las diferentes alternativas de solución, porque no disponen de la información suficiente que les permita pensar en opciones alternativas o no tienen el conocimiento experto para ello.

Por último, las principales responsabilidades que se atribuyen a sí mismas las personas usuarias en ambas fases del proceso de intervención remiten al deber de proporcionar información y que ésta sea veraz para que el personal profesional pueda realizar su trabajo de manera informada, el deber de participar en el proceso en los términos antes señalados y el deber de cumplir los acuerdos y las decisiones adoptadas.

Los discursos de las personas usuarias también señalan los roles y actitudes de los principales actores que participan en los procesos de intervención social de los SSAP, sintetizados en la tabla siguiente.

**Tabla 31. Roles y actitudes de profesionales y personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP**

| <i>Categoría</i> | <i>Subcategoría</i> | <i>Elementos clave</i>   |
|------------------|---------------------|--|
| <b>Roles</b>     | Profesionales       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol no impositivo ni directivo (con excepciones)</li> <li>• Rol de ayuda, apoyo y acompañamiento</li> <li>• Rol informador</li> <li>• Rol generador de opciones o alternativas</li> <li>• Rol facilitador</li> <li>• Rol evaluador</li> <li>• Rol investigador</li> <li>• Rol asesor, orientador y guía</li> <li>• Rol capacitador</li> </ul> |
|                  | Personas usuarias   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol informador</li> <li>• Rol propositivo</li> <li>• Rol evaluador</li> </ul>   |
| <b>Actitudes</b> | Profesionales       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucha activa</li> <li>• Tranquilidad</li> <li>• Profesionalidad y vocación</li> <li>• Neutralidad</li> <li>• Cortesía y cercanía</li> <li>• Actitud exenta de juicios</li> <li>• Empatía</li> </ul>   |
|                  | Personas usuarias   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud receptiva</li> <li>• Honestidad</li> <li>• Respeto</li> </ul>   |

Fuente: elaboración propia

En lo que respecta al personal profesional, una buena parte de los roles que le son atribuidos están en consonancia con las responsabilidades que le son asignadas y son necesarios para poderlas desarrollar. Estos roles reflejan funciones profesionales clave en los SSAP y su desempeño presente o necesario es reconocido por las personas usuarias.

Por su parte, las actitudes profesionales identificadas como necesarias remiten a disposiciones de comportamiento que facilitan la participación en los procesos de intervención social en los SSAP a modo de «lubricante» necesario para que ésta sea posible y para que las personas usuarias asuman las responsabilidades y roles que les son reconocidos en dichos procesos.

En lo que se refiere a las personas usuarias, al igual que ocurría con el personal profesional, los roles que les son atribuidos se corresponden con las responsabilidades que les son asignadas y son imprescindibles para poder desarrollarlas.

Las actitudes de las personas usuarias en los procesos de intervención también se relacionan con las responsabilidades y los roles que se les reconocen, cualificando cuál debe ser su disposición en dichos procesos: receptividad, honestidad y respeto.

### 11.2.3. Propuestas de mejora

Las personas usuarias participantes sugieren también un conjunto de propuestas para facilitar o mejorar su participación en los procesos de intervención social en los SSAA que contienen también propuestas para mejorar los propios procesos de intervención social y los procedimientos de acceso, tramitación, gestión y resolución de prestaciones no profesionales. Estas propuestas son sintetizadas en la tabla que se muestra a continuación.

**Tabla 32. Propuestas para incorporar o mejorar la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP**

| <i>Categoría</i>  | <i>Elementos clave</i>  |
|-------------------|---|
| <b>Propuestas</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agilizar y simplificar los trámites</li> <li>• Rapidez en las actuaciones</li> <li>• Continuidad del personal profesional</li> <li>• Tener la posibilidad de cambiar de profesional o de mantenerlo</li> <li>• Informar a las personas usuarias y capacitarlas para tomar decisiones</li> <li>• Personalizar los recursos y servicios</li> <li>• Uso de medios o soportes alternativos a la palabra</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia

Una parte de las propuestas están relacionadas con cambios organizativos, consistentes en cuanto sigue:

- Por una parte, cambios en los procesos administrativos de tramitación y resolución de las respuestas mediante su simplificación y agilización y cambios en los tiempos de atención y respuesta. Este último implica también cambios en la gestión de los recursos humanos pues, entre otros aspectos, requiere de plantillas profesionales suficientemente dotadas con las que reducir dichos tiempos.
- Por otra parte, cambios en la gestión de los recursos humanos. En este sentido se explicita el perjuicio que supone para la participación los cambios frecuentes de profesional, frente a lo cual se considera necesaria la estabilidad de las plantillas. En este ámbito, también se propone incrementar la capacidad de elección de las personas usuarias garantizando la posibilidad de cambiar o no de profesional.

Otra parte de las propuestas hacen referencia a cambios en la intervención profesional, en el marco del encargo organizacional:

- Por un lado, se trata de cambios en los modos de atención, dirigidos a empoderar y capacitar a las personas usuarias en la toma de decisiones incrementando la información de la que disponen y también dirigidos al uso de instrumentos de diagnóstico e intervención alternativos a la



oralidad (la conversación basada en la palabra), como objetos simbólicos u otras herramientas alternativas.

- Por otro lado, son cambios en la planificación de la atención, basados en el incremento de la capacidad profesional para personalizar las respuestas.



**SEXTA PARTE.**  
**CONCLUSIONES Y PROPUESTAS**



## **12. Conclusiones y propuestas sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención con participación de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Atención Primaria**

Víctor M. Giménez-Bertomeu  
*Universidad de Alicante*

En primer lugar, es necesario recordar que los objetivos de este trabajo han sido, por un lado, fundamentar la necesidad, pertenencia y utilidad del diagnóstico y de la planificación de la intervención individual y familiar en los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), con la participación de las personas usuarias, teniendo en cuenta aspectos normativos, profesionales y teóricos de esta tarea profesional clave a los Servicios Sociales; por otro lado, aportar evidencias empíricas sobre las características generales del diagnóstico y de los planes de intervención necesarios en los SSAP, así como de la participación de las personas usuarias en ellos.

A continuación, se cierra el documento con las conclusiones y propuestas sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención en los SSAP, con participación de las personas usuarias, que se desprenden de este trabajo.

### **12.1. Conclusiones y propuestas sobre el diagnóstico y la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP**

#### **12.1.1. Conclusiones**

A partir de los contenidos de este documento, se han identificado una serie de conclusiones que recogen las principales ideas que se desprenden del texto. Éstas son descritas y relacionadas con el capítulo o capítulos en que son desarrolladas.

- 1) **El diagnóstico y la planificación de la intervención son tareas clave en el funcionamiento ordinario de los SSAP.** Para su realización, son necesarios procesos de valoración y de planificación aplicados a situaciones particulares. Su importancia en los SSAP es incuestionable al reconocerlos como prestaciones de servicio que permiten fijar cuál ha de ser la dirección de la intervención social y ayudan a evitar prácticas poco estructuradas o basadas únicamente en la intuición, improvisadas, arbitrarias o sin fin (Capítulo 1).
- 2) **El diagnóstico y el plan de intervención son derechos de las personas usuarias de los SSAP.** La regulación de los Servicios Sociales, tanto en el ámbito estatal como en el valenciano, los reconocen expresamente como derechos de la ciudadanía. Las leyes de Servicios Sociales han avanzado desde modelos centrados en la regulación y la definición del sistema de Servicios Sociales hacia normas que, además, garantizan que los servicios y prestaciones sociales tienen que ser proporcionados siguiendo criterios de universalidad y de equidad (Capítulo 1).
- 3) **El diagnóstico y la planificación de la intervención son un deber, una competencia y una responsabilidad del personal profesional de los SSAP.** Son prescriptivos porque responden a un encargo externo establecido a través del mismo marco normativo que los define como un derecho de ciudadanía. Son una competencia porque forman parte del conjunto de habilidades que tienen que ser adquiridas mediante la formación básica y el aprendizaje práctico que se realiza en centros de formación superior y a través de acciones de formación continuada. Además, son una responsabilidad reconocida por los colectivos profesionales y recogida en sus códigos éticos, así como en las definiciones de los puestos de trabajo que corresponda (Capítulos 1, 2 y 3).
- 4) **El diagnóstico y la planificación de la intervención deben contar las personas usuarias y, en su caso, con las personas que las cuidan.** La participación de las personas en los procesos de intervención de los Servicios Sociales es un derecho que reconoce la legislación y su promoción y garantía en estos procesos es un deber profesional (Capítulos 1, 2 y 3). Asimismo, como veremos más adelante, el personal de los SSAP y las personas usuarias reconocen su trascendental importancia (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 5) **El diagnóstico y la planificación de la intervención de calidad requieren un contexto organizativo, laboral y profesional propicio.** Por un lado, las organizaciones de SSAP necesitan adaptarse a los cambios sociales y disponer de un liderazgo estable y de un modelo organizativo saludable, en cuyo marco sea definido el modelo de atención de los SSAP, y en el que se encuadren el diagnóstico y la planificación de la intervención como elementos constituyentes de los procesos de intervención social.

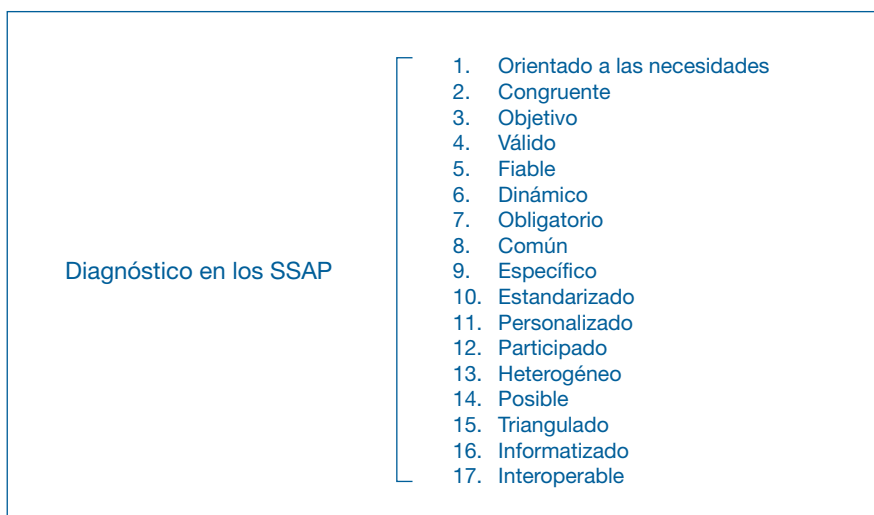
Por otro lado, en el orden laboral y profesional, los SSAP, en tanto que «burocracias profesionales» (Giménez Bertomeu, 2010), han de velar por el bienestar de su principal recurso: el personal profesional. La alienación del personal profesional respecto a la organización, la gestión inadecuada del volumen de trabajo y el debilitamiento del trabajo genuinamente profesional son factores clave de malestar profesional (Capítulo 6).

- 6) **El diagnóstico y la planificación de la intervención deben ser llevados a cabo a través de procedimientos estandarizados en un modelo común, protocolizados y rigurosos, susceptibles de personalización.** Por una parte, el diagnóstico responde a un proceso de investigación susceptible de ser, en parte, estandarizado. Por otra parte, el plan de intervención se elabora en el marco de un proceso de planificación también susceptible de estandarización. En uno y otro caso, esta estandarización se debe producir sin perjuicio de la necesaria personalización de las respuestas con participación de las personas usuarias en los propios diagnósticos (codiagnósticos) y planes de intervención. La utilización de instrumentos y procesos rigurosos y estandarizados no sólo es un requisito de calidad y un reconocimiento del papel y la utilidad de la investigación como una de las fuentes de conocimiento para la intervención social (Pawson, Boaz, Grayson, Long y Barnes, 2003), sino una garantía de equidad e igualdad de trato de las personas usuarias de los SSAP (Capítulos 7, 8 y 10).
- 7) **Existe una fuerte interacción entre el diagnóstico y la planificación de la intervención.** El diagnóstico es condición *sine qua non* para la planificación de la intervención; lo contrario remite a una intervención intuitiva e irreflexiva (Capítulos 7, 8 y 10).
- 8) **Los diagnósticos y los planes de intervención que necesitan los SSAP han de ser heterogéneos.** Ello significa que estos servicios requieren disponer de diferentes tipos de diagnósticos y de planes de intervención, en función de la diversidad de situaciones que abordan y de las diferentes necesidades de las personas y de la organización y sus profesionales. De este modo, aunque se identifica el modelo de diagnóstico de intercambio como el modelo «ideal» o la planificación multidimensional e integral, también se reconoce que no son válidos para todas las situaciones ni para todas las finalidades (Capítulos 7, 8 y 10).

### 12.1.2. Propuestas sobre el diagnóstico en los SSAP

De acuerdo con los contenidos de este trabajo expuestos hasta aquí, el enfoque del diagnóstico individual y familiar en los SSAP tiene que responder a varios requisitos o propiedades nucleares en este contexto de intervención, que resumimos en la figura siguiente y describimos a continuación.

**Figura 3. Propiedades del diagnóstico individual y familiar en los SSAP**



- **DIAGNÓSTICO ORIENTADO A LAS NECESIDADES.** En un trabajo anterior señalamos que:

(...) el predominio de los aspectos burocráticos del trabajo por encima de los aspectos de la relación usuario-profesional, orienta a estas organizaciones a desarrollar un tipo de intervención donde los usuarios y sus necesidades se han de adaptar a los recursos disponibles, en lugar de que los recursos se adapten y flexibilicen sobre la base de las necesidades y potencialidades de los usuarios (...) la acción se orienta más a la provisión de bienes y servicios que a la promoción de las personas. (Giménez Bertomeu, 2002: 432-433).

Así, frente a esta deriva, el diagnóstico en los SSAP debe estar orientado a responder a las necesidades presentes en la situación objeto de valoración.

- **DIAGNÓSTICO CONGRUENTE.** Los diagnósticos en los SSAP han de ser congruentes con el marco teórico de referencia, las prescripciones de conducta profesional, el objeto de los servicios, el encargo normativo e institucional, el modelo organizativo, el modelo de intervención del cual forma parte y el saber práctico del personal profesional.
- **DIAGNÓSTICO OBJETIVO.** Debe estar basado en hechos (evidencias, indicadores) y no en valoraciones subjetivas (opiniones), sin que ello sea óbice para incluir la vivencia y las percepciones subjetivas de las personas implicadas en la situación objeto de valoración.



- **DIAGNÓSTICO VÁLIDO.** Tiene que valorar el fenómeno que es objeto de la atención y los factores asociados a éste, en el marco del encargo profesional e institucional.
- **DIAGNÓSTICO FIABLE.** Diferentes profesionales ante situaciones similares tienen que llegar a diagnósticos similares. Por tanto, el diagnóstico requiere de:
  - Marcos de referencia comunes y un lenguaje común.
  - Enfoque y criterios comunes.
  - Fuentes de datos comunes.
  - Instrumentos de recogida de información comunes.
- **DIAGNÓSTICO DINÁMICO.** Los resultados señalan que el diagnóstico debe ser elaborado de forma progresiva, en paralelo a las interacciones con las personas y familias, y ser dinámico, es decir, recoger y rendir cuentas de los cambios que se producen en la situación objeto de valoración, evitando la formulación de diagnósticos estáticos e inamovibles.
- **DIAGNÓSTICO OBLIGATORIO.** De acuerdo con la normativa que regula los Servicios Sociales y la que regula la actividad profesional, así como con la perspectiva del personal directivo y profesional, el diagnóstico es un derecho de la ciudadanía y también un deber de los Servicios Sociales que tiene que ser realizado por las y los profesionales con los más elevados estándares de calidad.
- **DIAGNÓSTICO GLOBAL COMÚN.** Con carácter general, el modelo de diagnóstico de las situaciones objeto de la intervención de los SSAP tiene que ser común, con independencia de la unidad funcional u organizativa que lo lleve a cabo. Éste tiene que aportar la visión global de la situación con la cual se tiene que trabajar, con independencia que se vaya a trabajar sólo en una de las áreas analizadas. Sirve también para homogeneizar el lenguaje profesional y facilitar la comunicación y la derivación entre unidades organizativas.
- **DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO** de áreas vitales concretas. La existencia de un modelo de diagnóstico común en los SSAP no tiene que impedir que se pueda o se tenga que realizar un diagnóstico específico de áreas concretas, en función de las necesidades de la unidad funcional u organizativa que lo lleve a cabo (dependencia, discapacidad, menores y familia, etc.).
- **DIAGNÓSTICO ESTANDARIZADO Y PROTOCOLIZADO.** Por un lado, sin perjuicio de la necesaria personalización de las intervenciones que llevan a cabo los SSAP, incluyendo el diagnóstico, hace falta que este último sea objeto de estandarización en el marco más amplio de un

modelo de intervención del servicio, en el cual se expliciten protocolos de acción que orienten al personal profesional sobre los requisitos mínimos que tiene que cumplir:

- Tipo de diagnóstico a elaborar.
- Contenidos mínimos (datos necesarios), diferenciando entre los contenidos normalizados y los contenidos personalizables.
- Fuentes de datos a emplear.
- Número mínimo de entrevistas o visitas domiciliarias necesarias.
- Estrategias o mecanismos para incorporar y documentar la perspectiva de la persona o familia que está siendo evaluada.
- Momentos o hitos del proceso de intervención en qué es prescriptivo que esté finalizado, es decir, cuándo se tiene que cerrar.
- Periodicidad con que debe ser actualizado.
- Etc.

En lo que concierne a sus contenidos o componentes específicos, las evidencias empíricas apuntan, como mínimo, a los siguientes, aunque éstos deben ajustarse a cada tipo de diagnóstico y ser revalidados con el personal profesional y directivo:

**Tabla 33. Evidencias sobre los componentes específicos del diagnóstico individual y familiar en los SSAP**

| <i>Componentes específicos</i>   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información del contexto</li> <li>• Antecedentes</li> <li>• Principales acontecimientos vitales en la historia personal familiar</li> <li>• Situación sanitaria, educativa, formativa, laboral, económica, de vivienda, etc.</li> <li>• Relaciones y límites familiares (dinámica relacional familiar)</li> <li>• Relaciones sociales</li> <li>• Capacidades y potencialidades</li> <li>• Motivación y voluntariedad</li> <li>• Soluciones intentadas</li> <li>• Pronóstico, basado en las capacidades y potencialidades de la persona o familia</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia.

- **DIAGNÓSTICO PERSONALIZADO.** Tiene que ser un diagnóstico singular y adaptado a cada situación concreta, que tenga en cuenta tanto la valoración profesional como las preferencias y deseos de las personas a las cuales se dirige (enfoque centrado en la persona).
- **DIAGNÓSTICO CON PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS.** Esta participación necesaria es tanto un derecho como un deber. Las personas a las cuales afectan las situaciones con que trabajan los Servicios Sociales son las principales expertas en ellas («expertos por la experiencia»). Su participación en el diagnóstico de la situación es clave

como condición necesaria para que éste refleje su experiencia subjetiva y su vivencia de la situación. El personal directivo y el personal profesional de los SSAP deben identificar y poner en práctica estrategias para garantizar la participación en el proceso de elaboración y el resultado del diagnóstico. Los resultados muestran que éste debe estar orientado del siguiente modo:

- Diagnóstico horizontal (cara a cara y basado en la simetría de poder) *versus* diagnóstico vertical (*top-down* y poder asimétrico).
  - Diagnóstico coproducido *versus* diagnóstico exclusivamente técnico-profesional.
- **DIAGNÓSTICOS HETEROGÉNEOS.** Se hace necesario definir y concretar la tipología de diagnósticos necesarios en los SASP y las situaciones o necesidades de las personas usuarias o de la organización a las que se deben aplicar. Las evidencias empíricas obtenidas dan cuenta de los principales ejes que se han de considerar en la definición de estas tipologías.

**Tabla 34. Ejes principales para la elaboración de tipologías de diagnóstico en los SSAP**

| Ejes  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance.</li> <li>• Nivel de profundización.</li> <li>• Momento del diagnóstico.</li> <li>• Disciplina. disciplinar.</li> <li>• Destinatario del diagnóstico.</li> <li>• Uso interno previsto.</li> <li>• Profesional responsable del diagnóstico.</li> <li>• Protagonista del diagnóstico.</li> <li>• Grado de participación de la persona usuaria.</li> <li>• Naturaleza de los indicadores.</li> <li>• Grado de normalización.</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia

- **DIAGNÓSTICO QUE TRIANGULE FUENTES DE DATOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.** Como en cualquier proceso de investigación aplicado, es recomendable que el diagnóstico en los SSAP triangule fuentes de datos (al menos dos diferentes) y técnicas de recogida de éstas (al menos dos diferentes).
- **DIAGNÓSTICO POSIBLE** en su elaboración. Esta propiedad remite a la necesidad de un modelo de diagnóstico individual y familiar para los SSAP cuya elaboración sea factible para el personal profesional en el contexto en el que vaya a ser utilizado. Las evidencias empíricas apuntan a que las principales características que lo hacen posible son la simplicidad de contenidos y del proceso de elaboración. No obstante, estas

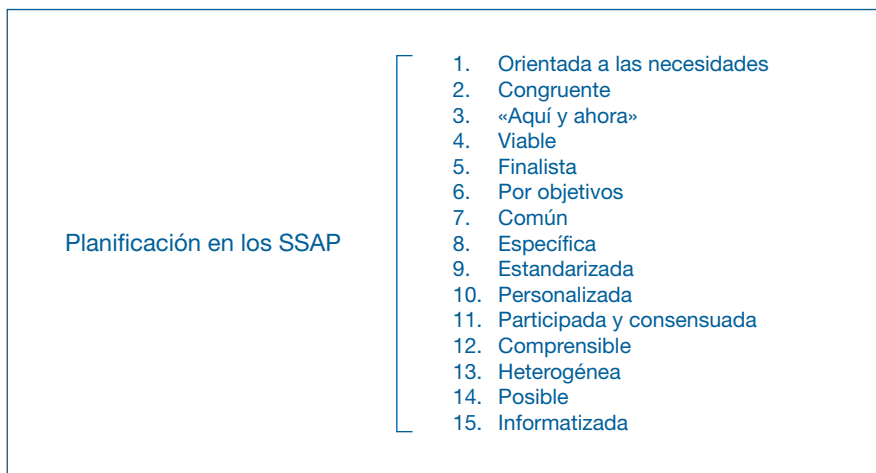
características se han conciliar con las del tipo de diagnóstico del que se trate.

- **DIAGNÓSTICO INFORMATIZADO.** En lo que respecta a su formato, las evidencias empíricas halladas muestran la conveniencia de que los diagnósticos se formulen por escrito en un soporte informatizado *ad hoc*.
- **DIAGNÓSTICO INTEROPERABLE.** El diagnóstico en los SSAP debe ser útil desde el punto de vista profesional y también organizativo. Por ello, se recomienda que el modelo o modelos de diagnóstico en los SSAP sea interoperable, es decir, su usabilidad y su utilidad deben responder a las necesidades de diferentes profesionales, equipos, unidades y prestaciones. Ello es congruente con la necesidad de eficiencia de los procesos de recogida y uso de los datos, en un contexto adverso en términos de recursos humanos.

### 12.1.3. Propuestas sobre la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP

Al igual que se planteó para el diagnóstico, los contenidos del trabajo expuestos permiten afirmar que el enfoque de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP, concretada en planes de intervención, ha de que responder a varios requisitos o propiedades clave para este contexto de intervención, que resumimos en el cuadro siguiente y describimos a continuación. Algunas de estas propiedades son similares a las del diagnóstico, ahora aplicadas a la planificación de la intervención.

**Figura 4. Propiedades de la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP**



- **PLANIFICACIÓN ORIENTADA A LAS NECESIDADES.** Con base en los mismos argumentos sostenidos respecto al diagnóstico, los planes de intervención en los SSAP deben estar orientados a responder a las necesidades presentes en la situación objeto de intervención.
- **PLANIFICACIÓN CONGRUENTE.** La planificación de la intervención ha de ser congruente con el contexto en que se realiza (los SSAP), en términos de ámbito competencial. Asimismo, ha de guardar coherencia con el marco teórico de referencia, las prescripciones de conducta profesional, el objeto de los servicios, el encargo normativo e institucional, el modelo organizativo, el modelo de intervención del cual forma parte y el saber práctico del personal profesional, como ya ocurrió con el diagnóstico.
- **PLANIFICACIÓN «AQUÍ Y AHORA».** Una planificación de la intervención que aspire a ser acordada con la persona o familia en función de sus necesidades y a tener mayor garantía de éxito se ha de realizar desde el momento «aquí y ahora» en que se encuentra la persona o familia, atendiendo a su grado de voluntariedad, a sus deseos y sus posibilidades, en un tiempo vital concreto.
- **PLANIFICACION VIABLE.** La planificación de la intervención debe ser viable para lo cual es imprescindible que sea concreta, de corto plazo, realista y posibilista, es decir, que sea posible ponerla en práctica.
- **PLANIFICACIÓN FINALISTA.** Ello significa que la planificación debe prever su duración o el momento de finalización, para evitar intervenciones que se cronifiquen en el tiempo.
- **PLANIFICACIÓN POR OBJETIVOS.** Los objetivos en la planificación de la intervención deben ser posibilistas, pues se aspira a que el diseño previsto sea viable. Por tanto, estos objetivos deben ajustarse a las siguientes características de las que se han hallado evidencias en los discursos:

**Tabla 35. Características principales de los objetivos de los planes de intervención individual y familiar en los SSAP**

| <b>Características</b>  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartidos/consensuados con las personas usuarias, con las limitaciones de los contextos de control</li> <li>• Concretos</li> <li>• Realistas y alcanzables</li> <li>• A corto plazo</li> <li>• Comprensibles para las personas usuarias</li> <li>• Escalonados y progresivos (de menor a mayor alcance)</li> <li>• Temporalizados (situados en el tiempo)</li> <li>• Medibles</li> </ul> |

Fuente: elaboración propia.

- **PLAN DE INTERVENCIÓN COMÚN.** Con carácter general, el modelo de planificación de la intervención individual y familiar en las situaciones objeto de la intervención de los SSAP tiene que ser común, con independencia de la unidad funcional u organizativa que lo lleve a cabo. Ello es útil para homogeneizar el lenguaje profesional y facilitar la comunicación y la derivación entre unidades organizativas.
- **PLAN DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICO** por unidades. La existencia de un modelo común de plan de intervención en los SSAP no tiene que impedir que se pueda o se tenga que realizar un plan de intervención específico por unidades, con base en las necesidades de la unidad funcional u organizativa que lo lleve a cabo (dependencia, discapacidad, menores y familia, etc.).
- **PLAN DE INTERVENCIÓN ESTANDARIZADO Y PROTOCOLIZADO.** Por un lado, sin perjuicio de la necesaria personalización de las intervenciones que llevan a cabo los SSAP, es necesario que los planes de intervención, al igual que los diagnósticos, sean objeto de estandarización en el marco más amplio del modelo de intervención del servicio, en el cual se expliciten protocolos de acción que orienten al personal profesional sobre los requisitos mínimos que éstos tienen que cumplir y haciendo uso de un lenguaje profesional común:
  - Tipos de necesidades o situaciones en que es prescriptivo diseñar un plan de intervención.
  - Tipo de plan de intervención a elaborar.
  - Contenidos mínimos, diferenciando entre los contenidos normalizados y los contenidos personalizables.
  - Tipo de duración prevista.
  - Estrategias o mecanismos para incorporar y documentar la perspectiva de la persona o familia a la que se refiere el plan.
  - Momentos o hitos del proceso de intervención en qué es prescriptivo que esté finalizado.
  - Periodicidad con que debe ser revisado, actualizado y/o evaluado.
  - Etc.

En lo que concierne a sus contenidos o componentes específicos, las evidencias empíricas apuntan, como mínimo, a los siguientes, aunque éstos deben ajustarse a cada tipo de plan de intervención y ser revalidados con el personal profesional y directivo:

**Tabla 36. Evidencias sobre los componentes específicos del plan de intervención individual y familiar en los SSAP**

| <b>Componentes específicos</b>   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Áreas de intervención</li><li>• Objetivos a alcanzar</li><li>• Resultados previstos</li><li>• Actividades a realizar</li><li>• Agentes implicados y sus responsabilidades/compromisos (profesionales, personas usuarias, otros)</li><li>• Sistema de coordinación entre los agentes implicados</li><li>• Recursos necesarios (municipales y no municipales)</li><li>• Prioridades</li><li>• Plazos (temporalización)</li><li>• Sistema de seguimiento y evaluación conjunta temporalizado, con indicadores medibles</li><li>• Consecuencias de su incumplimiento</li><li>• Criterios de finalización</li></ul> |

Fuente: elaboración propia.

- **PLAN DE INTERVENCIÓN PERSONALIZADO.** Tiene que ser un plan de intervención singular y adaptado a cada situación concreta, que tenga en cuenta tanto la valoración profesional como las preferencias y deseos de las personas a las cuales se dirige (enfoque centrado en la persona).
- **PLANIFICACION CON PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS Y CONSENSUADA.** Como apuntamos con anterioridad, esta participación constituye tanto un derecho como un deber. Las personas a las cuales afectan las situaciones con las que trabajan los SSAP son las principales expertas en ellas («expertos por la experiencia»). Su participación en la planificación de la intervención es clave, por un lado, por ser una condición necesaria para que ésta refleje su experiencia subjetiva y su vivencia de la situación, y, por otro lado, que la planificación sea consensuada. Este consenso se revela fundamental para promover la toma de conciencia sobre los cambios necesarios y la implicación en ellos. El personal directivo y el personal profesional de los SSAP deben identificar y poner en práctica estrategias para garantizar la participación en el proceso planificación. Los resultados hallados muestran que, al igual que el diagnóstico, debería tener el siguiente enfoque:
  - Planificación horizontal (cara a cara y basado en la simetría de poder) *versus* planificación vertical (*top-down* y poder asimétrico).
  - Planificación coproducida *versus* planificación exclusivamente técnico-profesional.

- **PLANIFICACIÓN COMPRENSIBLE.** Para que el diseño de la intervención pueda ser consensuado con las personas usuarias, necesita estar formulado de manera sencilla y utilizando un lenguaje claro y en positivo.
- **PLANES DE INTERVENCIÓN HETEROGÉNEOS.** Aunque se parte de identificar como plan de intervención «ideal» aquél que es multidimensional e integral, también se destaca la necesidad de definir y concretar la tipología de planes de intervención necesarios en los SSAP y las situaciones o necesidades de las personas usuarias o de la organización a las que se deben aplicar, ya que ese modelo «ideal» no es útil o aplicable a todas ellas. Las evidencias empíricas obtenidas dan cuenta de los principales ejes que se han de considerar en la definición de estas tipologías.

**Tabla 37. Ejes principales para la elaboración de tipologías de planes de intervención en los SSAP**

| Ejes  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Pertinencia.</li><li>• de la situación abordada desde los SSAP.</li><li>• Grado de voluntariedad hacia el cambio.</li><li>• Duración de la intervención.</li><li>• Alcance.</li><li>• Disciplina.</li><li>• Protagonista del diagnóstico.</li><li>• Grado de participación de la persona usuaria.</li><li>• Grado de normalización.</li></ul> |

Fuente: elaboración propia

- **PLAN DE INTERVENCIÓN POSIBLE** en su elaboración. Esta propiedad remite a la necesidad de un modelo de planificación de la intervención individual y familiar para los SSAP cuya elaboración sea factible para el personal profesional en el contexto en el que vaya a ser utilizado. Los resultados empíricos señalan que las principales características que lo hacen posible son la simplicidad de contenidos y del proceso de elaboración. No obstante, estas características se han conciliado con las del tipo de plan de intervención del que se trate.
- **PLAN INFORMATIZADO.** En lo que respecta a su formato, las evidencias empíricas halladas muestran la conveniencia de que los planes de intervención se formulen por escrito en un soporte informatizado *ad hoc*.



## 12.2. Conclusiones y propuestas sobre la participación de las personas usuarias en los procesos de diagnóstico y planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP

### 12.2.1. Conclusiones

El análisis de resultados y su discusión permiten concluir cuanto sigue en relación con la participación de las personas usuarias en el diagnóstico y en la planificación de la intervención individual y familiar en los SSAP:

- 1) **La participación de las personas usuarias y, en su caso, de las personas que las cuidan debe ser un componente fundamental del diagnóstico y de la planificación de la intervención.** La participación de las personas en los procesos de intervención de los SSAP es un derecho que reconoce la legislación y su promoción y garantía en estos procesos es un deber profesional (Capítulos 1, 2 y 3).
- 2) **La participación es «acompañada».** El personal directivo y profesional y las personas usuarias consideran necesario e importante que éstas últimas participen en los procesos de intervención social en los SSAP, aunque no de manera completamente autónoma sino con la guía y el asesoramiento del personal profesional. De este modo, parece que queda trabajo por hacer para empoderar a las personas usuarias incrementando su cuota de poder en la toma de decisiones que afectan a sus vidas, entre otras estrategias, explicitando los momentos del proceso de intervención en que se concreta su participación o se espera que adopten decisiones y reconociendo su conocimiento experto en las situaciones que les afectan (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 3) **La participación es medio y oportunidad.** Desde la perspectiva de las personas usuarias, la participación en el proceso de intervención se concibe, principalmente, como el medio para pedir y recibir apoyo profesional. También se considera una oportunidad para tomar control sobre la toma de decisiones siempre que se den las condiciones para ello. Desde la visión del personal profesional y directivo, la participación es un medio para fomentar la toma de conciencia y la implicación en los cambios necesarios y una oportunidad para lograr los objetivos de la intervención e incrementar la autonomía de las personas con las que trabajan (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 4) **La participación tiene condiciones.** La participación no es posible en cualquier persona o familia y en cualquier situación. Las personas usuarias identifican claramente cinco condiciones, a su juicio, *sine qua non*

es posible el ejercicio de la participación y que deben ser consideradas en todo proceso de intervención (Capítulos 9 y 11):

- 1) Condición 1: estar bien y sentirse bien.
  - 2) Condición 2: acceso y disponibilidad de información.
  - 3) Condición 3: buen trato profesional.
  - 4) Condición 4: buena comunicación entre profesionales y personas usuarias.
  - 5) Condición 5: confianza en el personal profesional.
- 5) **Contra la participación sistemática forzada.** Las personas usuarias destacan que una de las condiciones *sine qua non* para la participación es que quienes se espera que participen estén bien y se sientan bien. El personal profesional y directivo alude a ello haciendo referencia a la necesidad de respetar el momento en que se encuentra cada persona o familia en relación con el grado de participación que está dispuesta a asumir. Por tanto, en las situaciones en las que no se quiere o no se puede participar, la participación debería ser uno de los objetivos a lograr en el proceso de intervención y no tanto un requisito obligatorio desde su inicio, sino más bien, como se ha señalado, un logro deseable, una vez se han cubierto necesidades clave de las personas que faciliten su participación posterior (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 6) **Sin información no hay participación.** De acuerdo con lo anterior, el acceso a la información y la cantidad de información disponible es condición *sine qua non* para que las personas puedan participar en su proceso de intervención. Ello significa que para poder participar es necesario que estén informadas del cómo, para qué, por qué y de qué forma se desarrolla el proceso de intervención, así como de la cartera de recursos y servicios de los Servicios Sociales y del entorno (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 7) **La participación requiere el establecimiento de una relación de ayuda de calidad.** La confianza, el buen trato y la buena comunicación con el personal profesional aparecen de manera recurrente en los discursos de las personas participantes como condiciones o requisitos de la participación en los SSAP. La calidad de la relación y de la interacción, por tanto, para las personas participantes es una de las prioridades para facilitar y/o garantizar la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social de estos servicios (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 8) **La participación es cara a cara.** Las personas usuarias atribuyen una característica esencial a los diagnósticos y a los planes de intervención genuinamente participados: se realizan cara a cara. De nuevo, se pone en valor la importancia de la comunicación y de la interacción entre

profesional y personas usuarias para desarrollar procesos de intervención participados (Capítulos 9 y 11).

- 9) **La participación de las personas usuarias de los SSAP se define y se pone en práctica a partir de la construcción mental y de las expectativas** de sus principales actores (personas usuarias y profesionales) acerca de ésta en los procesos de intervención. Así, las personas participantes señalan que, para que la participación sea posible, profesionales y personas usuarias deben asumir determinadas responsabilidades, roles y actitudes. Estos tres elementos devuelven una nítida visión de la construcción recíproca que las personas participantes hacen del «nosotras» y «ellas». Por un lado, configuran las expectativas respecto al desempeño profesional en el proceso de intervención para que éste sea participativo. Por otro lado, explicitan aquello que personas usuarias y profesionales pueden ofrecer o de lo que se sienten capaces de asumir en dicho proceso (Capítulos 7, 8, 9 y 11).
- 10) **La participación tiene límites.** Existe una visión compartida de que aunque deseable en términos genéricos, la participación o su ausencia en los procesos de intervención de los SSAP está sujeta a los límites definidos por las prescripciones legales, en especial en contextos de control (Capítulos 7, 8, 9 y 11).

### 12.2.2. Propuestas

Creemos que no es necesario mucho añadir sobre las estrategias para facilitar o mantener la participación de las personas usuarias en el diagnóstico y la planificación de la intervención. Por un lado, las personas usuarias formulan propuestas de mejora que se encuentran relacionadas, de modo recurrente en sus discursos, con limitaciones o dificultades experimentadas utilizando los SSAP. Sus propuestas ofrecen una primera hoja de ruta para revisar, tanto desde el ámbito organizacional como profesional, su funcionamiento y modos de acción para garantizar la participación plena de las personas usuarias en los asuntos que les afectan.

Por su parte, el personal profesional y directivo ha sugerido estrategias concretas para garantizar la participación de la que hablamos, que junto a las de las personas usuarias, conforma un «mapa» completo del sentido y contenido de los cambios necesarios.

No obstante, consideramos necesario destacar algunas propuestas clave que, a nuestro juicio, deberían ser tenidas si se quieren promover una verdadera participación de las personas usuarias en los procesos de intervención.

- **EN LA PARTICIPACIÓN LO PRIMERO VA DELANTE.** Queremos destacar con ello que no es posible plantear o lograr la participación si, como

señalan profesionales y personas usuarias, no se dan las condiciones para ello. Estas condiciones remiten a unos mínimos de bienestar (o máximos de malestar) en la situación de la persona o familia y a umbrales dignos de satisfacción de sus necesidades.

- **LA INFORMACIÓN ES PODER.** Profesionales y personas usuarias destacan que para que sea posible la participación en la toma de decisiones sobre sus vidas, las personas necesitan tener acceso a la información y disponer de información suficiente. De otro modo, no es posible una verdadera participación, pues se está en desigualdad de condiciones respecto al personal profesional.
- **LAS ACTITUDES PROFESIONALES SON LA CLAVE.** Las actitudes profesionales desempeñan un papel clave facilitador de la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención de los SSAP, reconocidas tanto por el personal profesional y directivo como por las personas que utilizan los servicios. Las organizaciones y el personal profesional deberían velar por su desarrollo y mantenimiento a través de los mecanismos a su alcance. Las principales actitudes que unos y otras identifican son sintetizadas a continuación:

**Tabla 38. Actitudes profesionales que facilitan la participación de las personas usuarias en los procesos de intervención social en los SSAP, según éstas y el personal directivo y profesional**

| <i>Perspectiva de las personas usuarias</i> | <i>Perspectiva del personal</i> |
|---|---------------------------------|
| Escucha activa                              | Cercanía                        |
| Tranquilidad                                | Empatía                         |
| Profesionalidad y vocación                  | Motivación                      |
| Neutralidad                                 | Transparencia                   |
| Cortesía y cercanía                         | Honestidad                      |
| Actitud exenta de juicios                   |                                 |
| Empatía                                     |                                 |

Fuente: elaboración propia

- **ROL PROFESIONAL DE ACOMPAÑAMIENTO.** En relación con lo anterior, el rol que las personas usuarias esperan del personal profesional en los procesos de intervención participados es el acompañamiento, desarrollando funciones de información, ayuda, guía y orientación. Éstos son también el rol y las funciones en la que se reconoce el personal profesional en los procesos de intervención participados. Igual que señalamos antes, las organizaciones de SSAP y el personal profesional deberían velar por su desarrollo y mantenimiento a través de los mecanismos a su alcance.

### 12.3. Bibliografía

- GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2002). Violencia en organizaciones y profesionales: acciones, omisiones y reacciones en torno al poder, la participación, la burocracia y la discreción en los Servicios Sociales. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, (10), 427-444. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2002.10.33>
- GIMÉNEZ BERTOMEU, V.M. (2010). *Las organizaciones de servicios sociales de atención primaria. Estática, dinámica y propuestas de futuro*. Alicante: Diputación de Alicante. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/22160>
- PAWSON, R., BOAZ, A., GRAYSON, L., LONG, A. y BARNES, C. (2003). *SCIE Knowledge review 03: Types and quality of knowledge in social care*. London: Social Care Institute for Excellence. Recuperado de <https://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/kr03.pdf>



Financia:



Participa:

