



INTERVENCIÓN EN INCLUSIÓN SOCIAL BAJO LOS PARÁMETROS DEL PACT:
Pro Active Case-based Targeted Model

MANUAL DE INTERVENCIÓN

(V.7)

“ACOMPañAR EN PROCESOS DE INCLUSIÓN SOCIAL”



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, “EaSI” (2014-2020).

Información del documento *12.12.17_WP3_E_01_FINAL*

ENTREGABLE

Título del documento:	Manual de Intervención PACT
Propietario del documento:	PACT
Autor del documento:	Responsable WP3/5, Participantes Pilotaje (WP5) y Equipos de Apoyo.
Estado de difusión:	Integrantes Equipos de Apoyo / Integrantes Equipos Pilotaje.
Versión:	V7-FINAL
Fecha:	12.12.2017

Todos los derechos reservados

Este documento es propiedad del Proyecto PACT y sus socios. Se prohíbe su copia o distribución, en cualquier forma o por cualquier medio, sin autorización expresa del propietario de los derechos.

Este documento refleja la opinión del autor. La Comisión Europea no es responsable del uso que pueda hacerse de la información en él contenida.

Uno de los elementos principales del proyecto PACT (junto con el enfoque poblacional en la atención y el funcionamiento en Red) es la aplicación por parte de los GESTORES DE CASO (coordinadores de caso) de un modelo de intervención compartido basado en el empoderamiento de las personas:

PURPOSE: To develop a new model to attend persons at risk or exclusion based on the empowerment of people through the development of skills for autonomy, which is able to offer unified and comprehensive response to the needs of the people. (PACT-project. Description of the action P.58)

De los trabajos realizados por los treinta profesionales de los EQUIPOS TÉCNICOS LOCALES, especialmente de las sesiones de presentación de casos reales, de la reflexión del EQUIPO DE APOYO, y de la experimentación en pilotaje con casos reales desde febrero de 2017 se han extraído suficientes prácticas y evidencias como para elaborar este MANUAL que recoge las líneas maestras que seguidas por los profesionales adscritos a la fase experimental de PILOTAJE del PACT.

Se trata de un material abierto a las modificaciones que se deriven de los aprendizajes generados en la aplicación de la fase experimental de PACT-Project.

Con posterioridad a su uso y a la vista de los resultados de la experimentación PACT, algunos de sus contenidos serán seleccionados o modificados para implementar utilizaciones más generalizadas.



ÍNDICE

1.	ALCANCES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PACT	5
2.	DESTINATARIOS INICIALES DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EXPERIMENTAL	7
3.	DESCRIPCIÓN DEL MODELO PACT	9
3.1.	CAMBIO DE ENFOQUE PROFESIONAL: DE LO CARENCIAL A LO APRECIATIVO	13
4.	ROLES PROFESIONALES PACT	15
4.1.	ROLES PROFESIONALES BÁSICOS DEL PILOTAJE PACT	15
4.1.1.	Profesional de Referencia	15
4.1.2.	Coordinador de Caso o Case Manager	15
4.1.3.	Profesionales del Equipo de Apoyo.....	16
5.	FASES (MOMENTOS) DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PACT	17
5.1.	MOMENTO DISCOVER (<i>contacto y análisis</i>).....	21
5.2.	MOMENTO DREAM (<i>deseos, motivaciones y palancas</i>)	25
5.3.	MOMENTO DESIGN (<i>plan de caso</i>).....	33
5.4.	MOMENTO DESTINY (<i>despliegue y acompañamiento</i>).....	37
6.	EL TRABAJO COLABORATIVO (EQUIPO DE PILOTAJE Y RED)	41
6.1.	FUNCIONES DEL EQUIPO DE PILOTAJE.....	41
6.2.	SESIONES DEL EQUIPO DE PILOTAJE	42
6.2.1.	Sesiones ESTÁNDAR	42
6.2.2.	Sesiones AD HOC.....	43
6.2.3.	Sesiones con evaluadores PACT	43
7.	ANEXOS	45
	DOCUMENTOS PACT	45
	I.- Carta invitación a participantes	47
	II.- HS resumida	51
	III.- HS completa (estructura de información compartida en PACT).....	55
	IV.- Consentimiento informado.....	61
	V.- Modelo de plan de Caso	67
	VI.- Mapa de recursos de la Red: ESTRUCTURA	73
	VII NOTAS METODOLÓGICAS (APRENDIZAJES INICIALES APORTADOS POR LOS ETL)	81





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

1. ALCANCES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PACT

PACT plantea como uno de sus objetivos clave la **superación de la perspectiva meramente paliativa, asistencialista y puntual** de las situaciones atendidas por los servicios sociales. Generalmente, situaciones de pobreza a las que se añaden otras dimensiones afectadas y desde diferentes trayectorias vitales.

Antes de PACT...

Ante una demanda concreta por parte de un individuo o familia en situación de necesidad y/o riesgo de exclusión a una organización pública o privada del Sistema de Servicios Sociales, generalmente, se busca la correspondencia entre dicha situación de necesidad concreta (circunstancias económicas-patrimoniales, convivenciales, necesidad de apoyos...) y los recursos existentes dentro de la organización a la que se ha dirigido la demanda (prestaciones y servicios de su "catálogo").

La tarea profesional se centra en unir necesidad-recurso y en prescribir cuanto sea oportuno y posible. El usuario es así "perceptor-usuario" de aquello que el sistema pueda aportarle y se puede posicionar pasivamente.

Diferentes demandas requieren diferentes "solicitudes" a diferentes entidades.

Generalmente se realiza seguimiento de las prestaciones y servicios entregados pero no del caso en su conjunto, de sus avances o de sus deterioros en todas las dimensiones.

Después de PACT...

El punto de partida debe ser la valoración conjunta de dos expertos: el experto-profesional de referencia y el experto-usuario. El experto profesional cuenta con herramientas diagnósticas multidimensionales de posicionamiento de la exclusión, cuyo resultado comparte y completa con el usuario. Este último, debe diseñar y asumir un itinerario explícito basado en su proyecto vital en el que se indique la necesidad de los apoyos concretos para cubrir las etapas del mismo.

El papel del GESTOR DE CASO debe ser la verificación de cumplimiento de las etapas de dicho itinerario y la remoción de los obstáculos que puedan aparecer, especialmente los que provengan del propio sistema-Red. Actúa así como facilitador.

El enfoque es promocional, cualificante y apreciativo. Se diagnostica no desde la carencia, sino desde el potencial. El objetivo es el desarrollo de competencias para la autonomía. La meta final es sacar de la dependencia del sistema a las personas y a las familias y que, además, se reconviertan en un valioso recurso hacia la comunidad.

(Proyecto presentado a EASI 2014-2020: PACT-project. Description of the action pp. 30-31)



CLAVES DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PACT	
<i>epistemológicas:</i> INTEGRAL APRECIATIVO CUALIFICANTE	<i>organizativas:</i> ABIERTO FLEXIBLE COMPARTIDO

El PACT busca obtener mayor y mejor impacto de la intervención social a través de un **MODELO INTEGRAL, APRECIATIVO Y CUALIFICANTE:**

- **Integral** porque **persigue un enfoque comprensivo global** de la situación de las personas en su contexto que considere los factores que operan en la situación, la interrelación de estos (sus efectos acumulativos y/o multiplicadores) y la multidimensionalidad propia de los procesos que se dan en el eje integración-exclusión.
- **Apreciativo** porque debe localizar y activar la energía para el cambio (motivación) enfocándose en las **oportunidades, los anhelos y los proyectos vitales** de las personas, evitando hacer únicamente las habituales lecturas carenciales desde el sistema profesional.
- **Cualificante** porque **pretende empoderar a las personas** de forma que sean estas las que diseñen sus propios itinerarios de mejora y tomen las decisiones respecto a los procesos de cambio.

Para que ello sea posible, en clave organizativa y profesional, se propone un modelo de intervención con un **ENFOQUE ABIERTO, FLEXIBLE Y COMPARTIDO** de los casos.

- **Abierto** porque debe ser sucesivamente revisado a partir de los aprendizajes que se recojan como evidencias por parte la comunidad técnica y profesional participante en PACT (Investigación – Acción participativa).
- **Flexible** porque debe permitir la máxima adaptación a los diferentes perfiles (segmentos) de usuarios (participantes¹) sobre los que se va a intervenir.
- **Compartido (RED)** porque será común y de aplicación por parte de TODOS los profesionales intervinientes, independientemente del nivel de la intervención (atención primaria o especializada) o de la organización a la que pertenezcan (Administración Pública o entidad del Tercer Sector de Acción Social de la Red).

¹ Los profesionales de la Red (especialmente los vinculados al Tercer Sector) nos sugieren la utilización del término “PARTICIPANTE” en sustitución paulatina del término “USUARIO”. En este manual se utilizarán ambos prácticamente como sinónimos si bien, existen detrás connotaciones importantes relacionadas con la postura pasiva o activa del sujeto de intervención.



2. DESTINATARIOS INICIALES DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EXPERIMENTAL

Desde *PACT Project* se ensaya un modelo de intervención social de caso en modo multiagente, sobre una muestra controlada de sujetos, cuya única característica común inicial es la titularidad de la prestación de Renta Garantizada de Ciudadanía de Castilla y León (en adelante RGC) y la residencia en uno de los territorios donde el proyecto se desarrolla (ciudades de Salamanca, León y Valladolid, y provincia de Valladolid).

Por lo tanto, como apriorismo, los casos a los que se aplique el modelo experimental presentarán dificultades severas y objetivas desde un punto de vista meramente económico (renta disponible), algo que a menudo catalogamos, de forma un tanto gruesa, como situación de “*exclusión*” o como situación de “*riesgo de exclusión*”.

El diagnóstico de situación previsto a través de la herramienta estándar **HDME (Herramienta de Diagnóstico Multidimensional de la Exclusión)**, reflejará posiblemente una escasa discriminación en cuanto a los valores de la dimensión económica (renta/deuda/privación) entre los **participantes**, ya que todos ellos se mueven en umbrales de renta que los ubican usualmente en la pobreza técnica (renta inferior al 60% de la mediana de ingresos de la zona NUTS ES41 – Castilla y León) o incluso de la pobreza severa (inferior al 30%).

Más allá de su contacto con la RGC y de su precariedad económica, estos casos presentarán –intencionadamente y con el debido control de aleatoriedad de la muestra– unos perfiles muy variados en cuanto a **otros factores clave** como son:

- Los tiempos de percepción de ayudas sociales, la periodicidad y la variedad de estas.
- El contacto puntual o habitual tenido con diferentes agencias de servicios sociales (públicos o del Tercer Sector de Acción Social) a lo largo de los años anteriores.
- Las edades de los sujetos y las configuraciones familiares.
- Las características socio-culturales del caso.
- El estado actual en cuanto a otras dimensiones que analiza la herramienta HDME (empleo/empleabilidad, salud, vivienda/entorno, estado personal, relaciones con el entorno y en el seno de la unidad de convivencia).
- La gravedad/urgencia de determinadas situaciones carenciales.
- La cantidad de recursos personales y del entorno (disponibles y a movilizar).

Cada caso es particular y único, lo que conlleva que haya muchos aspectos de la intervención cuya ordenación en categorías, flujogramas o protocolos prefijados es, honestamente inviable por ser sumamente abiertos e inciertos en su evolución. No obstante, es imprescindible someter a cierta estandarización algunos procedimientos:



fases de la intervención, formas de acceso y salida del programa, comunicaciones entre agentes, protocolos, herramientas, etc.

El establecimiento de un **MODELO COMPARTIDO** entre profesionales de diferentes entidades del Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública (configurado como una Red público-privada) adquiere todo su sentido y se reflejará, no solo en **compartir dichos protocolos e instrumentos**, sino en compartir el **enfoque de caso** y las **evidencias derivadas de la intervención**.

El control de los elementos comunes en la interpretación de las situaciones y su tratamiento (*lectura de caso o enfoque*); los lenguajes, las herramientas y protocolos compartidos (sistemas de información compartida, historia resumida común, protocolo de consentimiento informado, herramienta diagnóstica, formulario de plan de caso, mapa de recursos, etc.) y la posibilidad de compartir y coordinar los recursos de la Red público-privada, son elementos imprescindibles para posibilitar la sistematización de todo el conocimiento acumulado.

Así pues, **lenguaje común, herramientas comunes, información compartida y trabajo colaborativo en red** son los elementos que conformarían la cultura profesional PACT y que asegurarían unas pautas comunes de intervención.



El objetivo de PACT, en este apartado, es poner a prueba los elementos compartidos por parte de equipos mixtos de profesionales de diversas entidades y encuadrados en distintos niveles organizativos.



3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO PACT

... el modelo **reduce el fenómeno a sus líneas fundamentales**, traduciendo la realidad a un lenguaje lógico, que sirve de soporte estructural para realizar tentativas de explicación y evaluar la eficacia de las hipótesis, comprobando a posteriori su funcionamiento en la realidad y escogiendo, de entre los modelos posibles, aquellos que mejor se adapten empíricamente al fenómeno que se estudia. (...) Los modelos parecen ser **sucesivas aproximaciones a los fenómenos, construcciones que se van mejorando o adaptando a partir de la respuesta objetiva que ofrece la realidad. El modelo es válido cuando es capaz de «adecuarse» a la realidad, de «concordar» con ella.** (Viscarret Garro. 2007)²

Todos cuantos intervendrán con los casos en el proyecto PACT son profesionales cualificados del ámbito de lo social y, por tanto, ya poseen conocimientos comunes suficientes además de una valiosa experiencia práctica concreta.

La dependencia orgánica de las diferentes agencias o entidades –públicas o privadas– y su diferente nivel funcional (básico/generalista o especializado) es otro factor que puede condicionar cada “filosofía” o visión concreta de la intervención.

Por consiguiente, el **modelo de intervención** pretende ser lo suficientemente abierto como para acoger cómodamente las diferentes orientaciones pero, conteniendo y ordenando unas pautas comunes y que habrán de ser puestas en juego por todos los agentes profesionales.

Cuando hablamos de “modelo” aludimos a **una forma de percibir e interpretar la realidad** que, en este caso, dista de ser cerrada. Es experimental, tentativa y por lo tanto, susceptible de variaciones conforme la evidencia experimental indique.

Siguiendo el esquema clásico de Lutz (1970)³, al utilizar el concepto de “modelo” debemos identificar al menos los siguientes aspectos:

1. *El tipo de fenómenos a los que el modelo se dirige.*
2. *El contenido conceptual utilizado (marcos teóricos).*
3. *La naturaleza de la intervención.*
4. *La naturaleza de los medios o marcos institucionales.*
5. *La “sociología” de la práctica contenida en el modelo (modo e intensidad).*
6. *Los valores y la ética subyacentes.*
7. *La manera cómo se concibe al individuo que vive el problema.*
8. *La naturaleza de la relación significativa entre el profesional y la persona.*

² Viscarret Garro (2007) Modelos de intervención en Trabajo Social. Alianza Editorial.

³ Lutz, W. A. (1970): *Emerging Models of Social Casework Practice*. Mimeo: Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Connecticut, citado por Viscarret Garro, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial (pp. 302-303)



Aplicados al modelo de intervención PACT, el contenido de los aspectos citados nos ofrece el siguiente cuadro sinóptico que perfila la **FILOSOFÍA o CULTURA PACT**:

PRO ACTIVE CASE-BASED TARGETED MODEL	
1. TIPO DE FENÓMENOS A LOS QUE EL MODELO SE DIRIGE	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Procesos de exclusión social en sentido amplio y nuevas formas de pobreza (caída en espirales de exclusión). ☛ Riesgos acumulativos, complejos y multidimensionales. ☛ Dependencia de ayudas sociales (rentas mínimas/ayudas emergencia) y cronicidad en las situaciones de necesidad (sin salida/sin futuro). ☛ Transmisión intergeneracional de pobreza o exclusión en unidades de convivencia afectadas (...cuando los “egresados” repiten patrones).
2. REFERENCIAS CONCEPTUALES	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Los procesos de exclusión (o de riesgo) son: <ol style="list-style-type: none"> a) Complejos: no opera la causalidad simple (en la que una misma causa provoca un mismo efecto). Las situaciones son resultado de una combinación particular de diversos factores. b) Multidimensionales: existen diferentes dimensiones afectadas en mayor o menor medida (económica; laboral; de vivienda y de entorno; de salud; personal y relacional). c) Procesuales: la exclusión es más un “proceso” que un “estado”. Se trata además de un proceso en evolución (positiva o negativa) constante. ☛ Los cambios significativos (mejora) en las situaciones-problemas solo se producirán desde el deseo; la decisión de la/s persona/s afectadas y la acción incardinada en un balance (diagnóstico) alineado con su proyecto vital. ☛ Enfoque y diálogo apreciativos como herramientas clave: <i>En todo sistema hay algo que funciona bien</i> (Cooperraid 2005)⁴. Es preciso desvelar (ayudar a descubrir) todo el potencial personal y relacional (mayéutica socrática). ☛ La mejora en alguna/s de las dimensiones afectadas provoca una alteración en el estado de equilibrio dinámico de las fuerzas (Teoría de Sistemas y Campo de Fuerzas de K.Lewin⁵). ☛ Durante la intervención profesional es necesario localizar y explicitar: a) la motivación o energía para el cambio y b) el punto/s concreto/s de apalancamiento para el cambio. ☛ La “lectura del caso” o enfoque se hace con la ayuda de algunos principios de la complejidad (Morin, 1990)⁶. Especialmente: <ol style="list-style-type: none"> a) Recursividad: tanto la situación como la intervención se conciben como procesos recursivos en el que los resultados son al mismo tiempo producto y causa de los subsiguientes procesos. b) Principio hologramático⁷: utilidad de la inducción y la deducción simultáneas derivadas de la observación de las partes y del todo. ☛ La realidad se construye a base de generar narrativas propias (<i>autopoiesis</i> del paradigma constructivista de Maturana⁸).

⁴ Cooperrider, D & Whitney, D (2005) – Appreciative Inquiry – A Positive Revolution In Change, Berrett-Koehler

⁵ Será muy importante comprender la idea de “campo de fuerzas” aportada por Lewin para la aplicación de la herramienta HDME. Considerado uno de los fundadores de la psicología social, Lewin (gestáltico) sostenía que la conducta es resultado de la interacción persona / ambiente y tomó prestada de la Física la idea de “campo de fuerzas” en el que el estado de cada factor (personal o ambiental) afecta a todas las demás fuerzas en equilibrio dinámico.

⁶ Morin E. (1990). Introducción al pensamiento complejo (Gedisa)

⁷ Principio según el cual: la parte está contenida en el todo y el todo está contenido en la parte de forma simultánea.

⁸ El concepto de *autopoiesis* en Humberto Maturana se contiene en su teoría Biológica del Conocimiento y se desarrolla en el ámbito de lo social por Niklas Luhmann. Se refiere a que los sistemas vivos tienden a auto-producir tanto las estructuras como los elementos que los conforman. Véanse Maturana H.R. y Varela F.J. *Autopoiesis y Cognición*. (Dordrecht, Holanda: D. Reidel, 1980) y Niklas Luhmann. (1998). *Sistemas sociales*, (Barcelona: Anthropolos). Esta “autoconstrucción” de los sistemas es base de la corriente denominada Constructivista.



<p>3. NATURALEZA DE LA INTERVENCIÓN</p> <p>a) OBJETIVOS</p> <p>b) PRINCIPIOS DE ACCIÓN</p>	<p>a) Objetivos (uno o varios dependiendo del caso):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender a la persona en su situación (diagnóstico social dialogado y participado). • Descubrir y valorar aquello que funciona “bien” en el caso, es decir: elementos positivos / recursos propios / activos de la persona y de su entorno que ayuden a superar la situación. • Encontrar los puntos de apalancamiento para el cambio (motivaciones / anhelos / crisis). • Responsabilizar y trasladar el poder al usuario. • Devolver imagen (espejo del diagnóstico participado) y dialogar. • Diálogo mayéutico (darse cuenta-<i>discover</i>; anhelar-<i>dream</i>; generar proyecto-<i>design</i>; actuar-<i>destiny</i>). • También: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frenar / revertir trayectorias de empeoramiento. ▪ Evitar / prevenir la dependencia crónica de ayudas sociales. ▪ Evitar / prevenir la transmisión intergeneracional de la pobreza/exclusión. <p>b) Principios de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada persona es única. Cada proceso es diferente. • El principal recurso es el usuario (en su contexto). El siguiente recurso primordial es el sistema profesional (apoyo). • El acceso a prestaciones y servicios no es el objeto de la intervención: es instrumental. • Participación auténtica de la persona atendida (vs. la pasividad de la mera solicitud-tramitación-recepción de prestaciones/servicios). • Empoderamiento de la persona. Paulatinamente debe ganar y asumir control y responsabilidad para actuar sobre su propia situación. • Primacía del apoyo/acompañamiento sobre el control/asistencialismo. • Visión integral de las actuaciones: ordenación coherente de las diversas atenciones, intensidades y tiempos desde el Profesional de Referencia y la Coordinación de Caso (ver Roles) • Sistematización del conocimiento y difusión. Cada aprendizaje/cada resultado debe ser anotado como evidencia científica y difundido.
<p>4. MARCO INSTITUCIONAL DE EMPLEO DEL MODELO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención desde los Servicios Sociales de Responsabilidad Pública (tanto públicos como de las entidades del TSAS). • PACTO DE RED: enfoque colaborativo (sinérgico) entre agencias: información, modelo y recursos compartidos. • Enfoque colaborativo entre profesionales (sesiones de caso): los profesionales expertos (coordinadores de caso) identifican dificultades, reciben apoyo, divulgan avances y recogen y sistematizan aprendizajes. • En casos de especial complejidad se pacta colaborativamente el enfoque de caso. • Dos Roles básicos diferenciados: <ul style="list-style-type: none"> ○ Coordinador de Caso (CC): persona que interviene directamente con el usuario desde el enfoque PACT. Puede ser cualquier profesional de la Red, independientemente del nivel de atención o del tipo de entidad, y debe realizar el acompañamiento directo con el participante. ○ Profesional de Referencia (PR): trabajador social en servicios sociales básicos (CEAS) que es sistemáticamente informado, coordina, asegura la coherencia, asegura la continuidad de la atención y es facilitador de acceso a prestaciones/servicios del sistema público cuando se requieran.



<p>5. SOCIOLOGÍA DE LA PRÁCTICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ensaya (inicialmente) una atención de alta intensidad prestada por profesionales de diversas entidades y de distintos niveles operativos (básicos o especializados) sobre casos preseleccionados (muestra aleatoria). • Los profesionales cuentan con un equipo mixto de pares (profesionales de agencias en territorio) al que pueden trasladar aprendizajes y dudas. • Mobilización de recursos del entorno comunitario. Partiendo de lo individual (caso), el Plan de actuación puede (suele) requerir movilizar/generar recursos en el entorno inmediato de la persona o remover obstáculos.
<p>6. VALORES Y ÉTICA SUBYACENTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Primum non nocere (“Lo primero: no hacer daño”). La intervención social no debe empeorar/agravar las situaciones, si bien podría generar resistencias iniciales o alterar situaciones “equilibradas” en el <i>estatus quo</i> carencial y de dependencia. • Valor único de cada persona. Cada persona atendida es entendida como algo único y valioso. • Autonomía del usuario. Con traslado de responsabilidad equivalente a la autonomía. • Creencia en la factibilidad del cambio / mejora desde lo endógeno. Orientación al cambio. Las soluciones reactivas, urgentes-paliativas y necesarias pueden tener efectos secundarios negativos que hay que controlar. • Uso responsable de recursos exógenos al usuario (prestaciones y servicios no como finalidad en sí mismos sino como algo instrumental). • PRÁCTICA PROFESIONAL. Respeto, paciencia, motivación y vínculo.
<p>7. CONCEPCIÓN DEL INDIVIDUO, DE SU SITUACIÓN-PROBLEMA Y SUS POTENCIALIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de las trayectorias vitales (Historia de vida) y, sobre todo, de la percepción y vivencia de la misma que hace el individuo. • Mayor atención a las potencialidades sin dejar de percibir y analizar las carencias. • Efecto “Pígalión” o metamorfosis (enfoque apreciativo: creer en las capacidades).
<p>8. NATURALEZA DE LA RELACIÓN SIGNIFICATIVA ENTRE PROFESIONAL Y PERSONA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación: la relación debe establecerse desde pautas comunicativas de SIMETRÍA. El establecimiento (o restablecimiento) de una relación comunicativa horizontal y honesta es clave en el proceso de acompañamiento con atención a la comunicación significativa (no siempre verbal). • Se requiere generar un cierto VÍNCULO que se plantea desde la voluntariedad del usuario. • Lo anterior nunca debe significar perder la necesaria diferenciación de roles: controlar las transferencias. La distancia (roles diferenciados) no supone una relación basada en el mero control, la amenaza o la exigencia de provisión. • El papel profesional es de ACOMPAÑAMIENTO en este proceso. • Responsabilidad compartida: el usuario debe asumir e incrementar el protagonismo del devenir del proceso de cambio. • El profesional es “espejo” que devuelve una imagen (diagnóstico) comprensible que la persona debe validar (1º) e integrar (2º) en forma de energía para el cambio. • El profesional formula las preguntas adecuadas (no inquisitivas) más que ofrecer las respuestas. Enfoque mayéutico.



3.1. CAMBIO DE ENFOQUE PROFESIONAL: DE LO CARENCIAL A LO APRECIATIVO

Muy habitualmente, tanto desde el sistema como desde los profesionales de los servicios sociales, aplicamos un *modelo interpretativo carencial* (centrado básicamente en los problemas que presenta el usuario que acude a los diferentes servicios) y ofrecemos respuestas reactivas desde una óptica que prioriza paliar, mitigar o resolver los problemas.

Este proceder ha ido perfilando las expectativas de los ciudadanos, que se han adaptado a ese enfoque en la medida que han sido atendidos por el sistema. Dicho enfoque –más paliativo que promocional- puede ser útil en el corto plazo y en la atención de situaciones que requieren urgencia de respuesta. No obstante, la limitación a este modo de operar como “*el único modo*”, tiene importantes efectos secundarios en el sistema y, sobre todo, en los usuarios.

El cambio de enfoque que propone PACT implica una **reubicación de los sistemas profesional y usuario**, lo que supone un auténtico reto.

Modelo con énfasis en las carencias	Enfoque apreciativo
<ul style="list-style-type: none"> • ATENCIÓN BAJO DEMANDA = <i>Necesidad manifestada por el usuario</i>. • Identificación del problema inmediato (evidente). • Análisis de causas y de posibles soluciones (no siempre). • Búsqueda de solución exógena al usuario. • Plan de Acción = “<i>Tratamiento</i>” en forma de prestación/servicio prediseñado y de acceso procedimentado. • Hipótesis básica: el participante tiene (es) un problema a resolver desde el sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • ENFOQUE GLOBAL = <i>Necesidades + Satisfactores</i>. • Balanceo dinámico. Más allá de la necesidad puntual percibida / explicitada. • Identificación de lo mejor (recursos del participante. “Lo mejor de lo que es” (<i>discover</i>)). • Visualización: lo que puede llegar a ser (<i>dream</i>). • Diálogo: lo que se debería hacer (<i>design</i>). • Innovación: lo que será (<i>destiny</i>). • Hipótesis Básica: las auténticas soluciones están en el participante y en su entorno.
<p>VENTAJAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmediatez reactiva. (El sistema ofrece <i>alguna</i> respuesta inmediata). - Requiere aparentemente menos tiempo/esfuerzo técnico. - Estandariza la respuesta en función de las características de la necesidad presentada. (se ajusta a procedimientos). 	<p>VENTAJAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incorpora al usuario al CENTRO DEL PROCESO de atención (alta participación). - A priori preserva la dignidad del usuario. - EMPODERA al usuario participante. - No genera dependencia del sistema. - Invita a movilización de recursos del usuario y del entorno comunitario. - Útil al poner en evidencia contradicciones y fallas de sistema (servicios inadecuados o no flexibles).
<p>LIMITACIONES y EFECTOS SECUNDARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja participación usuario (pasivo). - Puede generar <i>indefensión aprendida</i> del usuario recurrente. - Puede generar alta dependencia / cronicidad. - Desaprovecha recursos de usuario y de su entorno. - Exige adaptación del usuario a prestaciones / servicios prediseñados (no siempre flexibles). - Impide proactividad del sistema. (Atiende bajo demanda). - <i>Atrapados en un rol</i>: usuario y profesional <i>entrenados</i> y atrapados en el rol-modelo. - Cuando no hay recurso aplicable a la situación, o el usuario no se adapta al recurso, no hay respuesta. 	<p>LIMITACIONES y EFECTOS SECUNDARIOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La participación abre puerta al conflicto que debe ser tratado adecuadamente. - Respetar los ritmos del usuario requiere más tiempo y más esfuerzo por ambas partes. - Requiere alto esfuerzo inicial para la reconfiguración relacional (profesional-usuario). - El tiempo requerido puede estar en contradicción con la necesidad de actuar de inmediato. - No aplicable cuando se detectan situaciones graves que requieren tutela institucional por riesgo de violación de derechos de terceros.





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

4. ROLES PROFESIONALES PACT

4.1. ROLES PROFESIONALES BÁSICOS DEL PILOTAJE PACT

4.1.1. Profesional de Referencia

Profesional del Equipo de Acción Social Básica, adscrito a un Centro de Acción Social (CEAS). Su papel se contiene en el art. 11.2.e) de la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León. En todo caso, garantiza la continuidad de las intervenciones, la coherencia entre estas y el ejercicio de derechos del usuario mediante el acceso a recursos y prestaciones del Catálogo, ya sean estas esenciales o no esenciales.

Su polivalencia hace que pueda asumir también el rol de COORDINADOR DE CASO (Case Manager), es decir, la intervención PACT completa.

4.1.2. Coordinador de Caso o Case Manager (en PACT: *High Quality Case Manager* también ha sido llamado “Gestor de Caso” en ocasiones)

Profesional que realizará la intervención directa conforme al modelo PACT, es decir, se encarga del proceso de ACOMPAÑAMIENTO directo con el usuario que incluye: establecimiento del *setting* relacional con el participante, recogida de información relevante, diagnóstico completo mediante HDME, devolución diagnóstica, elaboración de plan de caso, seguimiento y verificación de resultados, etc.

Se trata de un/a profesional del Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública, dependiente de una entidad o dispositivo de la Red de Protección.

Esto significa que puede tratarse de:

- Un/a profesional de referencia (CEAS).
- Un/a profesional de sistema público, de segundo nivel, ligado a programas de inclusión social (EDIS, inclusión laboral, etc.).
- Un/a profesional de primera atención/acogida de una entidad del Tercer Sector de Acción Social cuyo dispositivo concreto pertenezca a la Red de Protección.
- Un/a profesional de segundo nivel (programas de inclusión) dependiente de una entidad del Tercer Sector de Acción Social cuyo dispositivo concreto pertenezca a la Red de Protección.



CUADRO RESUMEN ROLES / TAREAS / FUNCIONES en PACT:

En equipos de pilotaje		PROFESIONAL DE REFERENCIA	COORDINADOR DE CASO ("Case manager" en PACT)
¿Quién es?		<u>Profesional</u> del Equipo de Acción Social Básica adscrito al CEAS. Garantiza siempre: - Continuidad en la atención. - Acceso a servicios y prestaciones del Catálogo Público.	<u>Profesional</u> perteneciente a cualquier entidad agente de la Red de Protección que actúa con los parámetros del Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública. Interviene con modelo compartido PACT.
Legitimación del Rol		- Naturaleza situacional (tradicional "puerta de entrada"). - Naturaleza jurídica (art.11 Ley SS).	- Naturaleza situacional (adecuación / vínculo). - Naturaleza jurídica (Art. 39 Ley SS y futura Ley de Red).
¿Qué pueden hacer?			
FUNCIONES	Garantizar continuidad ⁹	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Garantizar equidad en acceso a recursos ¹⁰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Acompañamiento (Gestión integral de caso)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Seguimientos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Cierre de intervención - resultados	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
TAREAS	Abrir HS – UC *	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	1ª entrevista PACT	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Completar HS – UC*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Obtener autorización participante para acceso a información + Consentimiento Informado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Obtener/compartir información otros agentes de la Red	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Realizar diagnóstico HDME	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Archivar HDME	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Sesiones Equipo Piloto (casos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Elaborar plan de caso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Validar plan de caso (verificar coherencia con otras actuaciones en el mismo caso)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recabar apoyos otros agentes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Validar informaciones en HS*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Depende de aplicaciones y utilidades informáticas interoperables en construcción.

4.1.3. Profesionales del Equipo de Apoyo PACT

Profesionales pertenecientes al Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública (Administración Regional/Administración Local/Entidad TSAS) que realizan tareas de apoyo a los integrantes del Equipo de Pilotaje referidas a los procedimientos a seguir, y que recogen de forma sistematizada los aprendizajes generados durante el pilotaje en colaboración con los evaluadores PACT.

Sirven de enlace permanente con la dirección del proyecto y actúan en equipo mixto (Gerencia de Servicios Sociales/Entidad Local/Entidad de EAPN).

⁹ Referida a garantía pública de continuidad en la información; complementariedad de intervenciones; y aseguramiento del acompañamiento preciso.

¹⁰ Referido a prestaciones y servicios del Catálogo Público (esenciales y no esenciales).

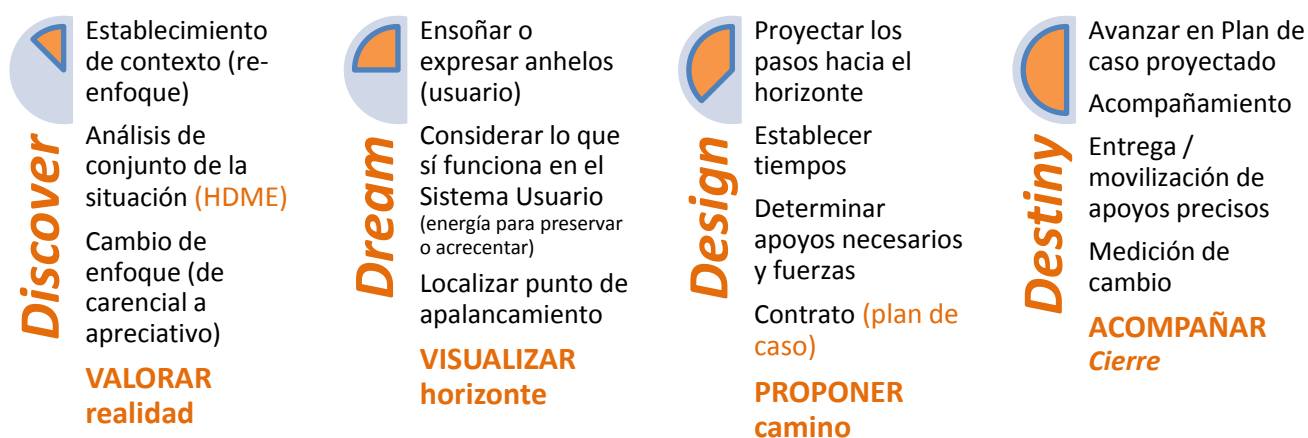


5. FASES (MOMENTOS) DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PACT

La ordenación de los momentos de la intervención PACT no difiere mucho de cualquier otra intervención social en un sentido amplio: conocimiento y análisis, diagnóstico, plan de acción y ejecución y seguimiento del mismo.

Lo que sí distingue a PACT, es el contenido concreto requerido para cada una de esas fases genéricas y el enfoque de caso proactivo.

Inicialmente hablaremos de cuatro momentos, coincidentes con las 4D del enfoque apreciativo planteado por Cooperraiders¹¹:



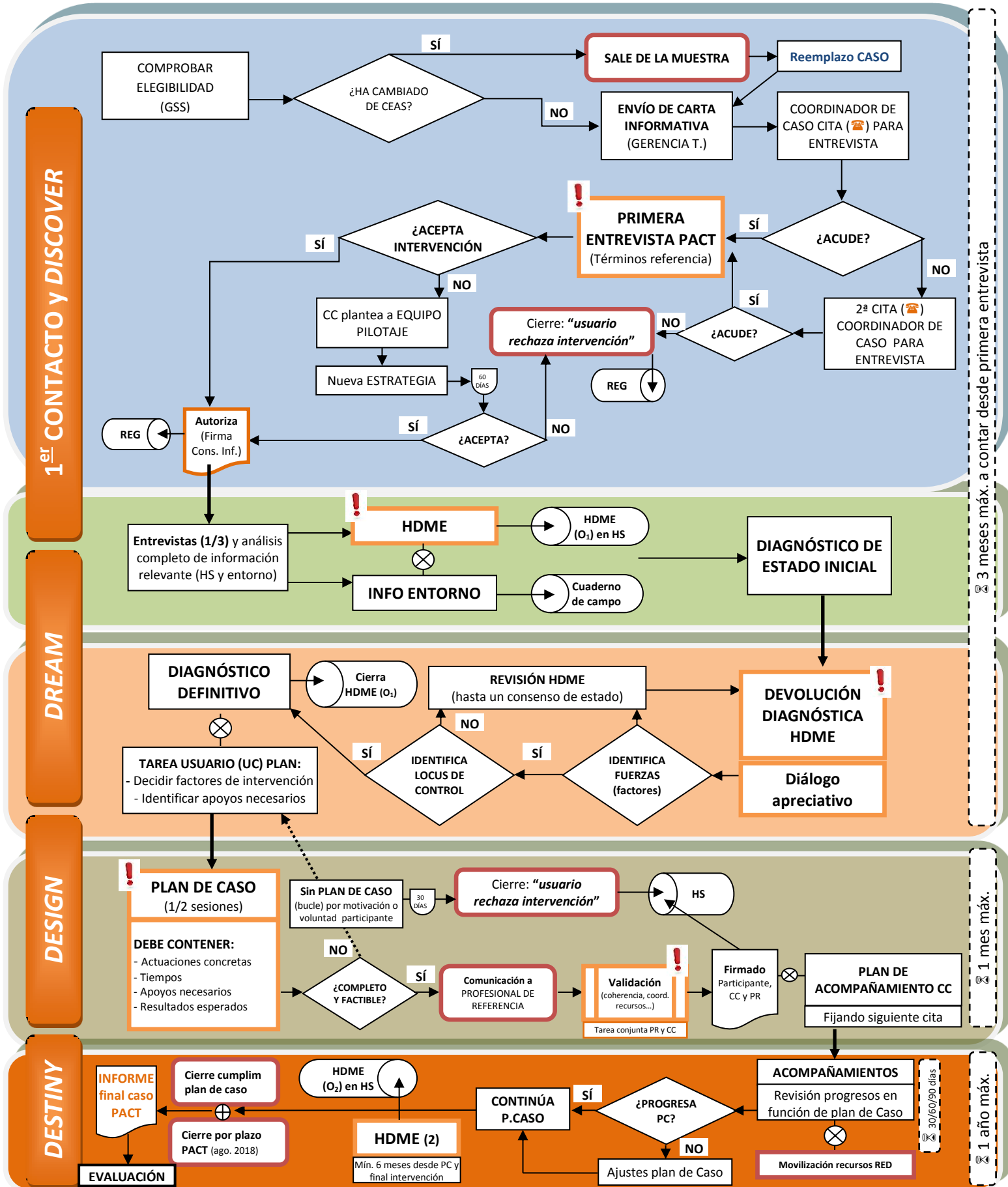
De cada una de estas fases describiremos sus objetivos, las tareas esenciales, las posibles eventualidades, los registros documentales, si los hubiera, y los resultados esperados, tanto en las personas atendidas como en el sistema profesional (Red).

Procuraremos detenernos en aquellos aspectos que consideremos más cruciales (críticos) para la intervención.

Presentamos inicialmente el **cuadro orientativo completo de procedimientos**:

¹¹ Cooperrider, D.L. & Whitney, D. (2005). A positive revolution in change. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers. Cooperrider es precursor de la metodología de INDAGACIÓN APRECIATIVA (APPRECIATIVE INQUIRY). Aun cuando este modelo nace para su aplicación a cambios organizacionales puede tener también aplicación en el campo de trabajo individual y grupal y encaja perfectamente con el objetivo de empoderamiento y atención centrada en la personas de PACT.





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

Nota preliminar a las fases del Modelo PACT:

UNA PECULIARIDAD PACT: NO PARTIMOS DE CERO.

La experimentación PACT se llevará a cabo con PERSONAS YA ATENDIDAS por el Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública (titulares de RGC en algún momento). No son de nuevo acceso al sistema (salvo algún caso de perceptor de RGC de tipo coyuntural). El análisis previo de los casos de la muestra experimental permite conocer perfiles, y es plausible que en algunos de ellos se aprecie cierta “*sobreintervención*” por parte de los múltiples agentes y/o, en ocasiones, alta dependencia del sistema. No obstante, estos son apriorismos que trataremos de verificar a lo largo de las experimentaciones.

En todo caso, ya existen unas relaciones más o menos intensas y fluidas de las personas participantes con uno o varios profesionales y entidades.

Esto conlleva tanto ventajas como inconvenientes a la hora de realizar la intervención PACT. Por un lado se puede ganar tiempo en la intervención, especialmente en los pasos iniciales de recogida de información. No obstante, el **inconveniente** que puede derivarse de una relación pre-existente, ya cimentada, es que esta no sea necesariamente “sana o fluida”. En ese caso, procederá un *restablecimiento del setting*, es decir, del marco comunicativo y relacional profesional-usuario.

Resulta esencial **esta reconfiguración de la relación en el momento del LLAMAMIENTO en la primera entrevista.**

El Sistema (carta de aviso desde la Gerencia de Servicios Sociales y llamada del Coordinador de Caso para concertar entrevista) cita a las personas a una primera entrevista (**crucial**) en la que deben establecerse los **términos de referencia** (explicar con toda claridad qué pretendemos) y ante los cuales la persona debe mostrar su **conformidad y consentimiento a la intervención.**

A tal fin se ha diseñado un **protocolo de consentimiento informado (ANEXO IV)** que pone encima de la mesa las características de la intervención que se ofrece y que sitúa ya al participante en clave de empoderamiento. Puede elegir entre continuar o rechazar la intervención, sin ninguna consecuencia.

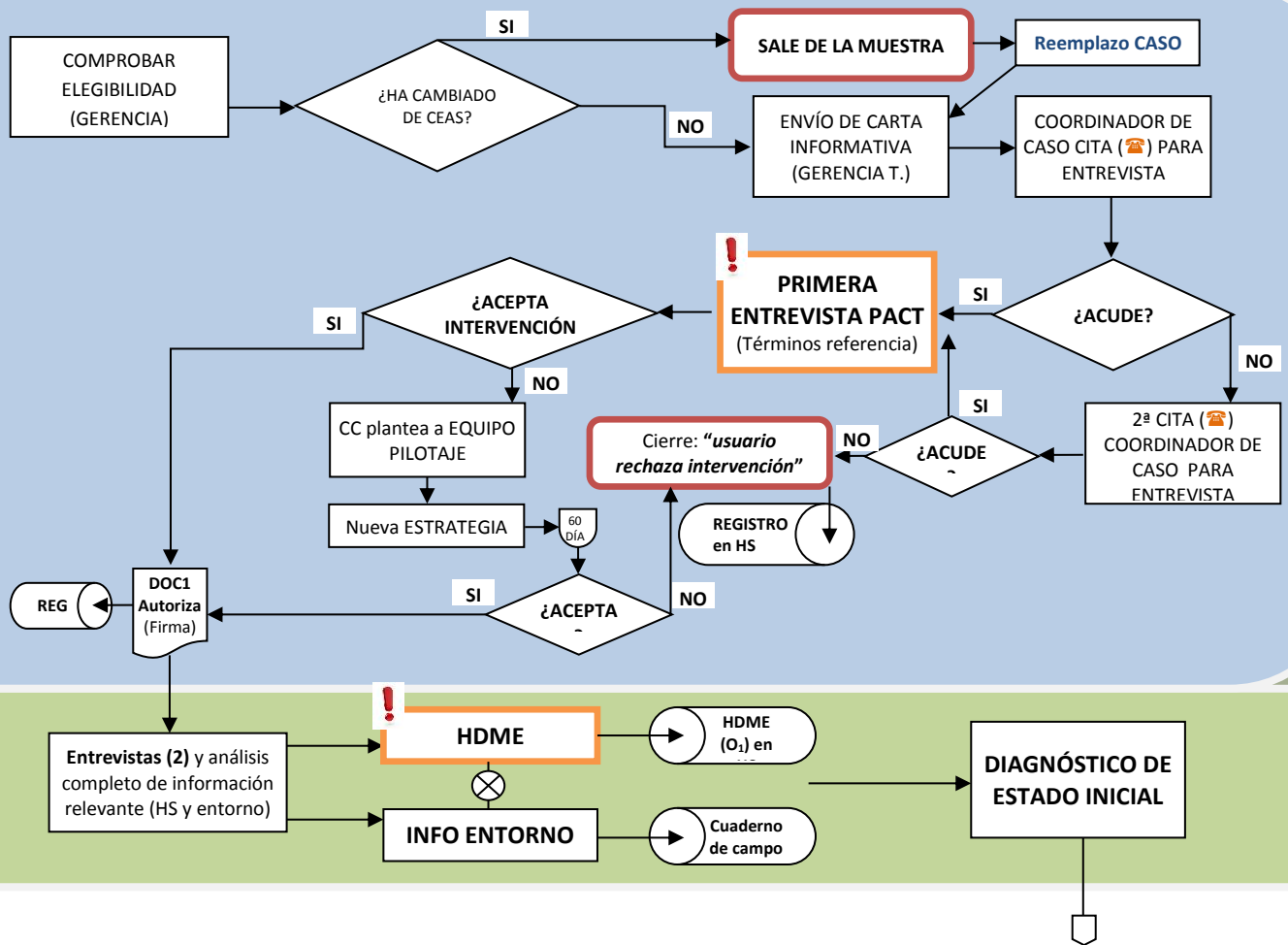
Generalmente, cuando el sistema cita a las personas, lo hace para desarrollar tareas de seguimiento y control, lo que sugiere que la expectativa de la persona estará en línea con dichas tareas, situación que se debe gestionar adecuadamente a través del ofrecimiento de información adaptada y clara sobre el PACT y su pretensión.





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

5.1. MOMENTO DISCOVER (*contacto y análisis*)



En esencia, se trata de una fase de **investigación, estudio, análisis de situación** que se realiza al tiempo que se establece una relación comunicativa horizontal.

5.1.1. Objetivos de esta fase

- Establecer (o restablecer) el **contexto relacional** profesional-participante.
- Obtener y registrar **información relevante** (directa e indirecta).
- **Analizar** CONJUNTAMENTE la situación en profundidad (diagnóstico HDME).

5.1.2. Tareas básicas de esta fase

- **Citación:** el participante recibe la carta de aviso/invitación –GSS– y es citado telefónicamente por Coordinador de Caso (en adelante, CC) para realizar una entrevista individual (si lo plantea, puede acudir acompañado de su pareja u otro miembro de la Unidad de Convivencia).



- **Primera entrevista¹²**: el usuario es informado de la pretensión del profesional. Se recoge su conformidad y autorización por escrito (**protocolo de consentimiento informado**), con indicación de próxima cita. Se verifican las informaciones contenidas en la HS resumida y se anotan posibles actualizaciones de datos de situación, que sean relevantes que se comunicarán mediante formulario de incidencias (Anexo VIII) al Profesional de Referencia (en adelante, PR).
- **Inicio diagnóstico HDME¹³**: segunda entrevista (y hasta una tercera). Se debería combinar con la obtención de información por parte del entorno de la persona (amical, vecinal o de profesionales de contacto).

5.1.3.Registros documentales

- **Consentimiento informado**: autorización del usuario para la intervención profesional y para tratar su información en la Red. Lo archiva el CC.
- **HS ACTUALIZADA** y reportada a PROFESIONAL DE REFERENCIA (PR). Si el CC coincide con el PR, él mismo actualizará –en su caso– los datos en SAUSS.
- Cuaderno de campo o **REGISTRO DE ACTIVIDAD** (anotaciones de las entrevistas).
- **HDME PROVISIONAL** que es archivada con la fecha de finalización del diagnóstico.

5.1.4.Eventualidades

- **El usuario no acude a la primera cita**: se vuelve a citar desde el CC (se informa de las razones por las que no acudió...). Si no se presenta a la segunda cita, se da cuenta al PR. En la siguiente sesión de Equipo de Pilotaje se plantea el cierre de caso PACT con el siguiente resultado: **“usuario rechaza la intervención”**, o bien se plantea alguna otra estrategia de acercamiento.
- **El usuario acude a la primera cita pero rechaza el ofrecimiento de intervención**: el CC informa al PR y se plantea en la siguiente sesión conjunta del Equipo de Pilotaje. Puede optarse por:
 - Dejar el caso en espera (*stand by*) durante un tiempo (no superior a tres meses) hasta ver si es posible retomar el inicio de la intervención. Transcurrido el tiempo de espera marcado sin intervención, el caso causaría BAJA PACT y se anota el resultado.
 - Elaborar alguna estrategia de acercamiento diferente (a sugerencia de conocedores del caso u otros colegas dentro del Equipo de Pilotaje).
 - Cambiar el CC. Siempre con el conocimiento y conformidad del PR.

¹² Ver cuadro [“NOTAS PARA LA PRIMERA ENTREVISTA”](#)

¹³ Ver manual herramienta HDME.



- Otras estrategias nuevas o combinación de las anteriores que planteen el Equipo de Pilotaje.

Transcurridos 60 días, si no se ha conseguido que participe, se cierra el caso PACT con resultado: **“usuario rechaza la intervención”**. Se anota en la HS y se avisa –en su caso– al PR del resultado.

5.1.5. Resultados clave en el participante al finalizar esta fase

- El participante ha sido **debidamente informado de que le ofrecemos**:
 - **Una revisión con un chequeo completo de su situación** (*nos preocupamos por él*). Después veremos qué alternativas surgen: generar expectativa controlada.
 - **Una revisión de nuestras actuaciones** con él (las de toda la Red), si han sido o no coherentes y pedir su opinión sobre las mismas (*denos, por favor, su opinión*).
 - **La búsqueda de caminos alternativos** con perspectiva de futuro.
- El participante **es consciente del trabajo en Red**. Ha sido informado de que todos los profesionales –de diferentes organizaciones– están interconectados.
- **Se establece (restablece) un clima de confianza (horizontalidad)** que permite la obtención de informaciones significativas.
- El participante **se hace consciente de que él deberá tomar decisiones futuras** y que nuestra intervención se centrará en el acompañamiento, el asesoramiento y el apoyo.

5.1.6. Resultados profesionales

- **Se tiene una visión global del estado del caso y** –en la medida de lo posible– **de su historia vital**.
- **Se ha objetivado el estado de situación en diferentes dimensiones** a través de la HDME.
- **Se comprende la cosmovisión de participante** (perspectiva EMIC). Los significados, las atribuciones, su entorno, sus presiones, sus preocupaciones, etc.
- Se ha obtenido una primera aproximación a las **energías** de cambio y a los **puntos de apalancamiento**.



NOTAS PARA LA PRIMERA ENTREVISTA:

Objetivos	Tarea	Discurso profesional
<ul style="list-style-type: none"> - Informar - Restablecer relación - Obtener consentimiento - Cambio de ENFOQUE 	<p>Aportar información clara sobre el proceso de acompañamiento que se ofrece.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>QUEREMOS REVISAR SU CASO (SITUACIÓN) CON UN ENFOQUE DIFERENTE, por eso le llegó una carta anunciando que yo le citaré...</i>”. - “<i>Este enfoque pasa por revisar su situación en PROFUNDIDAD (hacer un chequeo completo) y MUY ESPECIALMENTE teniendo en cuenta su opinión PERSONAL y SU MANERA DE VER LAS COSAS...</i>”. - “<i>Queremos estar seguros de haberle ofrecido la mejor ayuda posible</i>”. - “<i>... dedicaremos un tiempo a hacer un chequeo de su situación para revisar después las posibles alternativas de mejora</i>”.
	<p>Informar al usuario de que el resto los profesionales del Sistema de Responsabilidad Pública -DIFERENTES ENTIDADES- están vinculados (Red).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>Para esta intervención que le ofrecemos somos varios los profesionales implicados y, aunque dependamos de diferentes entidades, trabajamos en equipo porque estamos convencidos de que COORDINANDO NUESTROS APOYOS PODEMOS AYUDARLE MEJOR</i>”.
	<p>Actualizar la información existente (HS) (anamnesis).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>Hasta ahora, BÁSICAMENTE DISPONGO DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN RELEVANTE sobre su caso</i>” (se puede aludir a informaciones contenidas en la HS Resumida respecto a componentes de la unidad familiar y a prestaciones y servicios recibidos). - “<i>ADEMÁS DE ESTO... ¿ha recibido usted apoyo o ayuda de alguna otra organización social?, ¿cuál y qué apoyos recibió?</i>”.
	<p>Favorecer que el participante VERBALICE sus conformidades, disconformidades, elogios, quejas, decepciones, sorpresas... sobre la atención recibida hasta ahora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>¿Se ha sentido bien tratado por nosotros (es un nosotros amplio, de Red)?</i>”. - “<i>¿Cree que nos hemos podido equivocar acertar en algo con usted?</i>”.
	<p>Se solicitará autorización al participante (documento-consentimiento informado) para tratar su caso colaborativamente asegurando siempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Confidencialidad. o Autodeterminación usuario. o Nunca se intervendrá en perjuicio del usuario o de su situación. 	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>Como le he dicho, para este caso, trabajaré en equipo con otros profesionales (colegas) cuyo criterio puedo tener que consultar. Todos nosotros estamos sometidos al deber de secreto profesional pero QUIERO SOLICITARLE EXPRESAMENTE SU PERMISO para compartir la información de su caso con ellos/as si fuera necesario hacerlo</i>”. - “<i>Por nuestra parte, nos comprometemos a que nada de lo que planteemos en esta intervención pueda ir en su perjuicio y a que cualquier decisión que se adopte en el futuro la deberá tomar USTED MISMO/A</i>”. - “<i>Usted siempre tendrá la última palabra</i>”.
	<p>Avance (anuncio) de que el acompañamiento comienza con un diagnóstico (chequeo) en profundidad en el que la autopercepción del propio participante es crucial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “<i>Empezaremos por hacer un análisis en profundidad de su caso</i>”. Para ello debemos dialogar bastante sobre diversos aspectos: su manera personal de enfrentar la situación de dificultad por la que pasa, sus relaciones con familia y amigos, sus condiciones económicas y materiales de vida, su salud...”. - “<i>Pero, SOBRE TODO, interesan mucho las cosas que sí funcionan bien en su vida, sus cualidades especiales y sus recursos personales</i>”. - “<i>Una vez que analicemos todos esos aspectos... pasaremos a intentar ver qué caminos puede tomar para mejorar las cosas y cómo podemos ayudarle a recorrerlo</i>”.



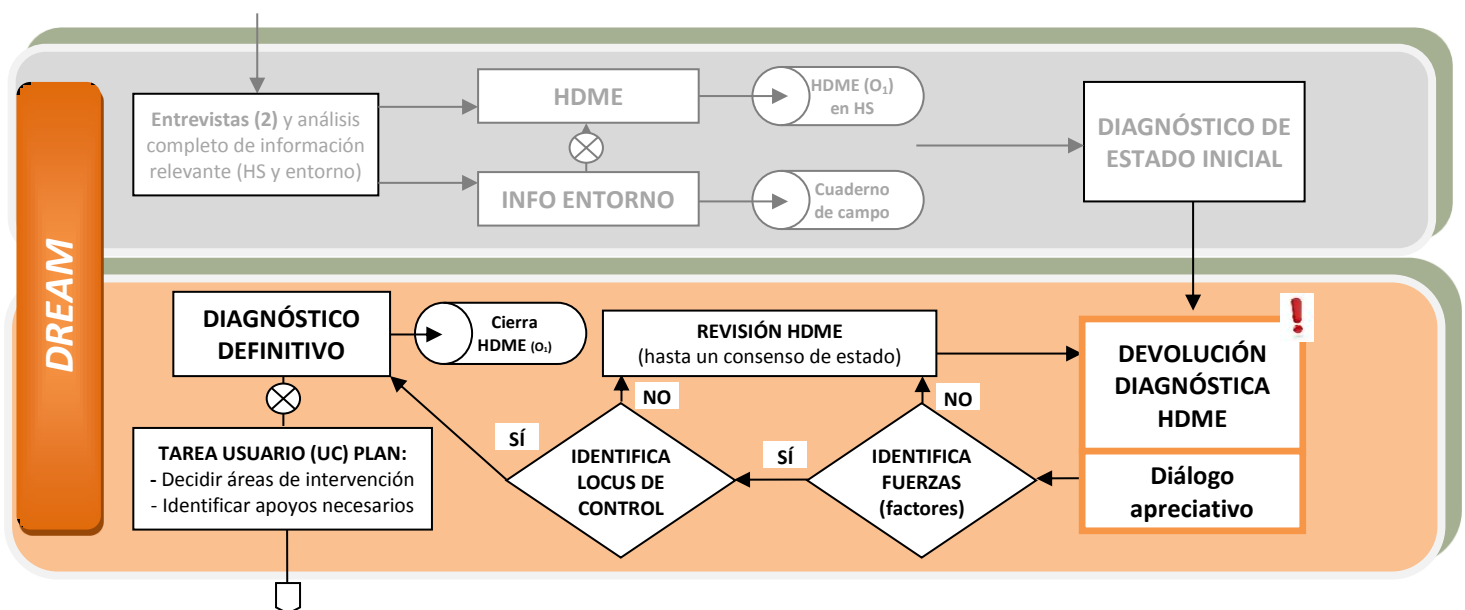
5.2. MOMENTO DREAM (deseos, motivaciones y palancas)

Se trata de incorporar un **ENFOQUE APRECIATIVO** a la intervención haciendo una **devolución diagnóstica** que considere las fortalezas (presentes) y los anhelos (futuros).

El Rol profesional ha de ser de ESPEJO, utilizando recursos mayéuticos.

No hay que olvidar que la utilización de la HDME durante la fase anterior supone una ocasión para ESCUCHAR, COMPRENDER el enfoque del usuario en su situación, y ESTABLECER LA RELACIÓN ADECUADA.

Rellenar un mero cuestionario de forma mecánica, esperando un resultado, sería un grave error porque desperdiciaría la ocasión de comprender.



5.2.1. Objetivos de esta fase

- **Descubrir – DESVELAR los puntos fuertes**, los centros de interés de la persona, los éxitos, los anhelos, etc. (energía para el cambio y los puntos de apalancamiento en los que reside esta).
- **Evidenciar el escenario futuro** (proyecto de vida individual y familiar).
- **Trasladar la responsabilidad** en la elaboración del Plan de Caso al participante (siguiente fase).



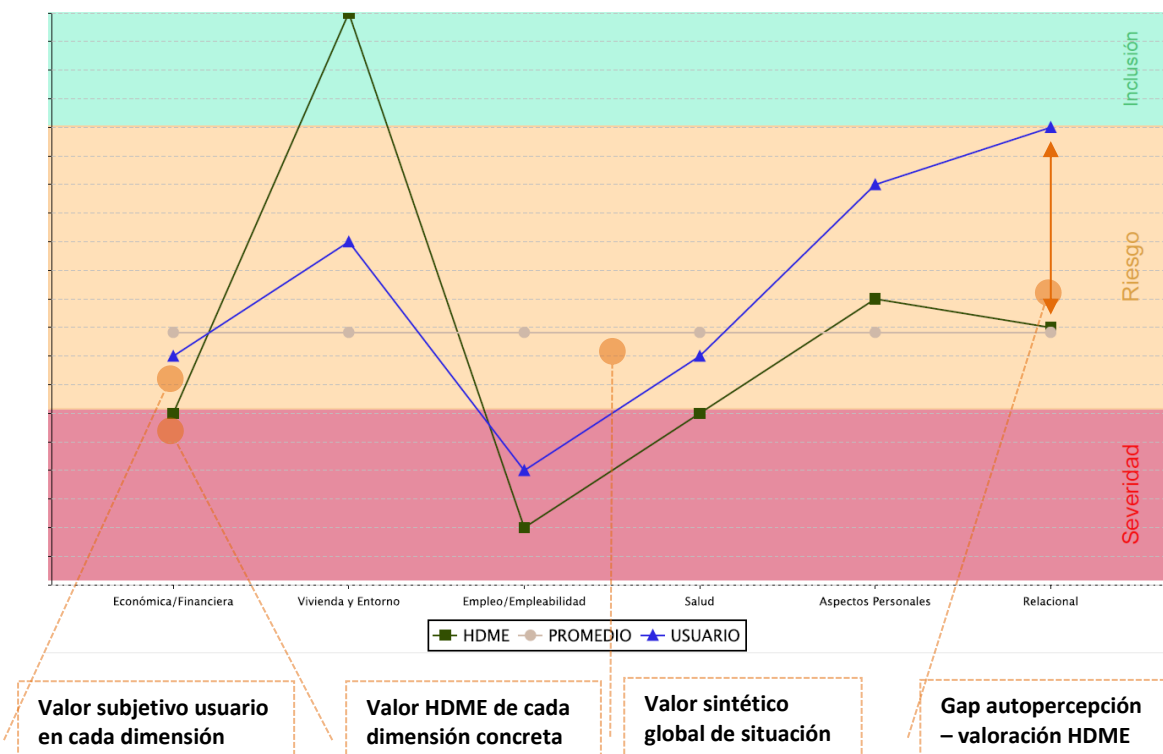
5.2.2. Tareas básicas de esta fase

- **Entrevista de devolución diagnóstica** en la que se analiza **CONJUNTAMENTE** el resultado de la HDME (puede ser una sesión larga de hasta 1h. 30’).

GRÁFICA RESUMEN DE RESULTADO HDME:

Una vez que se ha completado el diagnóstico (figurará como “completo ” en la aplicación) y antes de “validarlo” es preciso realizar una INTERPRETACIÓN y una DEVOLUCIÓN.

La gráfica resultante tiene este aspecto:



La gráfica sirve para visualizar rápida y esquemáticamente el estado de cada una de las seis dimensiones analizadas (económica, de vivienda, de empleo, de salud, personal y de convivencia) según HDME y según la autopercepción del usuario.

La línea gris representaría un estado global –el actual punto de equilibrio- construido con la media de la valoración HDME de las seis dimensiones. Este punto se situará dentro de una de las tres franjas consideradas (*severidad, riesgo e inclusión*)

La cuestión es...,

¿Cómo interpretar y trabajar con toda esta información?

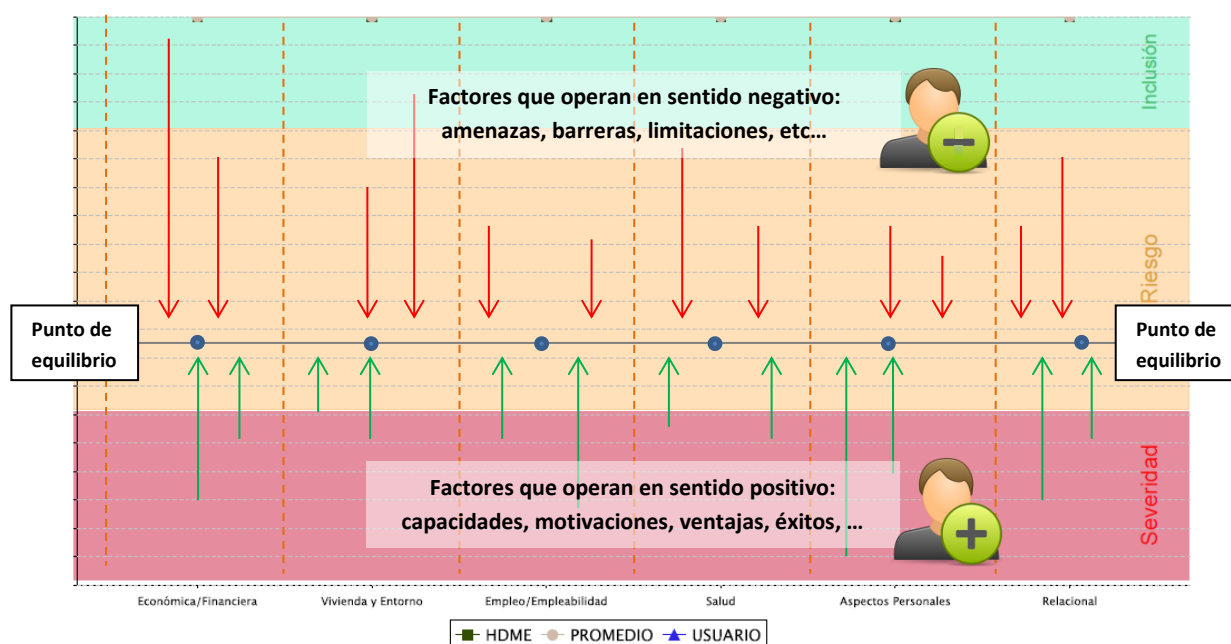


Se debe incorporar la noción de CAMPO DE FUERZAS al gráfico resumen y se localizan las fuerzas en equilibrio dinámico y su interpretación (el resultado global es resultado de la acumulación de muchos factores, y no podremos intervenir sobre todos a la vez). Supone **abrir un diálogo** en torno a la interpretación.

La idea es muy sencilla: el estado o equilibrio global (valor global) se modificará si la intensidad de alguna de las fuerzas que están operando en uno u otro sentido.

1) Se deben **IDENTIFICAR LOS FACTORES** concurrentes en el caso. Aquí se pone a prueba la suficiencia de conocimiento sobre el caso por parte del CC. Se deberían conocer al menos los factores presentes que de una manera más evidente están afectando a la situación concreta. Las principales fuentes de este conocimiento son:

- Conocimiento previo del caso (si lo hubiera)
- Informaciones contenidas en la Historia Social (trayectoria incluida)
- Informaciones directas obtenidas en las entrevistas con el usuario para el diagnóstico HDME.
- Otras informaciones del entorno (otros profesionales concedores del caso, informadores del contexto comunitario, etc...)



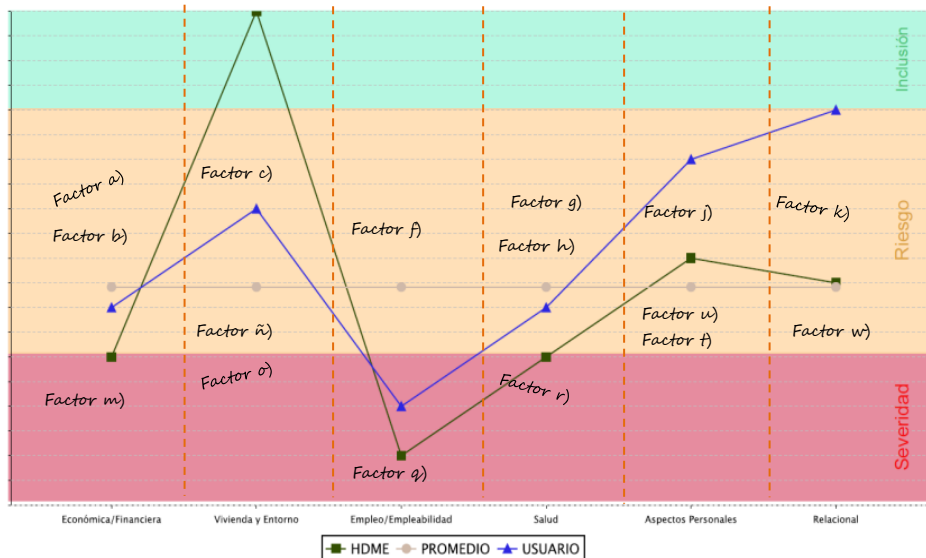
En nuestro caso, las fuerzas equivalen a factores que están operando en la situación y pueden tener una valencia diferente (pueden ser factores “negativos” o “positivos”).

2) Procede entonces **ELABORAR LA LISTA DE LOS FACTORES** asociándolos a dimensiones y considerando su valencia, considerando que:



- Un mismo factor puede operar como positivo y negativo a la vez. Por ejemplo, el factor discapacidad puede tener una lectura negativa para la empleabilidad (mayor dificultad de acceso) o positiva (ventajas a la contratación de personas con discapacidad)
- Un mismo factor puede afectar a diferentes dimensiones. Por ejemplo, la existencia de una enfermedad crónica, se puede considerar como algo limitante en términos de empleabilidad presente o futura. Pero ese mismo factor podría en algunos casos generar elementos protectores en otras dimensiones como la renta si se accediese a una valoración de incapacidad.

Para elaborar este listado se puede escribir directamente sobre la gráfica...



... o si se prefiere recurrir a las tablas que figuran en HDME:

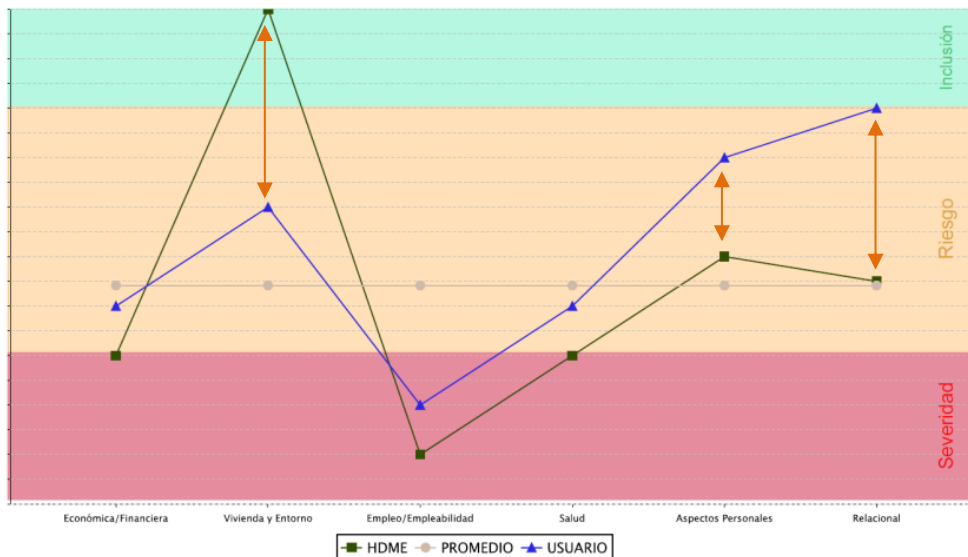
Dimensiones	Factores +	Factores -
Económica/Financiera	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor a) ● Factor b) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor m)
Vivienda y Entorno	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor c) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor ñ) ● Factor o)
Empleo y empleabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor f) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor q)
Salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor g) ● Factor h) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor r)
Aspectos personales	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor j) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor t) ● Factor u)
Relacional	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor k) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factor w)

Se trata de reflejar los factores más significativos atendiendo a la perspectiva del participante. Los factores + permiten un auténtico **ENFOQUE APRECIATIVO**.

3) Es preciso atender a la autopercepción del participante y localizar bien los **GAPS entre esta y la HDME**.



Los gaps permiten hacerse preguntas y elaborar hipótesis.



En el gráfico precedente encontramos tres distancias significativas en la valoración de tres dimensiones: vivienda/entorno; Aspectos personales y aspectos convivenciales. ¿A qué pueden deberse?

- Pueden ser fruto de mala calibración de HDME. (a medida que se amplíe su uso se podrá observar la correlación entre autopercepciones y valores de la HDME).
- Pueden ser fruto de una percepción normalizadora (acomodatícia) de las situaciones carenciales. Por ejemplo hay participantes que consideran que su situación económica es razonable aun cuando estén técnicamente por debajo del umbral de la pobreza.
- Puede ser fruto de una exageración en la percepción (positiva o negativa) bien por un deseo de aparentar normalidad, bien por una expectativa de obtener beneficios sociales si se presenta externamente una peor situación.
- Puede ser causada por no percibir riesgos (por ejemplo en una suspensión judicial de lanzamiento de la vivienda por un plazo de dos años, hay personas que dejan de percibir el riesgo en poco tiempo y normalizan la pérdida de la propiedad, aunque el riesgo de desalojo futuro permanece).

Sea como fuere, procede **questionarse las razones por las cuáles se dan esas distancias**, valorando siempre la autopercepción (pues es el verdadero punto de partida). Los GAPS son un buen objeto de diálogo con la persona (no se trata de cambiar sin más la percepción, sino de contrastarla y verificarla).

- 4) Una vez explicitados (listados) los factores asociados a la situación y analizados los gaps, procede **IDENTIFICAR EL LOCUS DE CONTROL** percibido y real de dichos factores. Esto es: por cada factor identificado se debe responder a la cuestión:



¿Qué margen de maniobra tiene la persona sobre dicho factor en este momento?

Dicho margen de maniobra vendrá determinado por cuestiones como las capacidades actuales, las fuerzas, la resistencia, la legitimidad para operar sobre dicho factor, etc...

Pretender actuar sobre un factor que no forma parte del ámbito de control actual evidentemente será fuente de bloqueos, frustración y finalmente de fracaso. Retomando el ejemplo de una hipotética pérdida de propiedad de la vivienda con suspensión temporal de lanzamiento por orden judicial, ofrece poco margen de maniobra respecto a recuperar la propiedad. Otra cosa es la conciencia de riesgo y los posibles márgenes de maniobra respecto a mantener la posesión del inmueble.

Por otra parte está la clave temporal. Puede ser que un factor asociado en este momento ofrezca poco margen en el corto plazo (por ejemplo un bajo nivel de instrucción en clave de empleabilidad) y que sí existan acciones positivas para afrontarlo pero en el largo plazo (la formación es posible pero lleva tiempo)

En líneas generales, la conciencia de cantidad de control sobre los diferentes factores asociados a la situación en sus diferentes dimensiones ya ofrecerá muchas pistas sobre las acciones futuras posibles.

- Cuando el **CONTROL** de la variable (factor) es fundamentalmente **EXTERNO** a la persona, no queda sino **CONOCER y/o CONSIDERAR** dichas circunstancias, ya sea en forma de riesgo o de oportunidad. La identificación de factores sobre los que la persona tiene poco o nulo control (locus de control externo) supone, en todo caso, dialogar acerca de si se puede/debe incrementar el margen de actuación de la persona sobre dichos factores.
- b) Cuando el **CONTROL** de la variable (factor) es en esencia **INTERNO** al participante, se pueden desplegar diversas estrategias en función de la valencia e intensidad del mismo. Puede ser útil adoptar aquí el modelo SODA-MECA¹⁴ que, en definitiva, ya anuncia lo que será el plan de caso:

Tipo de factor de control interno	Acción básica a desarrollar (verbo)
<i>Satisfactorio (+)</i>	<i>Mantener</i>
<i>de Oportunidad (+)</i>	<i>Explotar (sacar partido, aprovechar)</i>
<i>Desfavorable (-)</i>	<i>Corregir</i>
<i>Amenazante (-)</i>	<i>Afrontar</i>

El repertorio de posibles acciones a desarrollar formará parte de la estrategia a seguir (Plan de Caso) y son el puente entre la fase de diagnóstico y el plan de caso.

¹⁴ Las acciones a desarrollar desde el locus de control interno se pueden basar en la regla **SODA-MECA** planteada por Aguilar Idáñez M.J. (Trabajo Social. Concepto y Metodología. p.326. Madrid 2013): **M**antener lo **S**atisfactorio; **E**xplotar las **O**portunidades; **C**orregir lo **D**esfavorable y **A**frontar lo **A**menazante.



La tarea profesional se centra en el DIÁLOGO con el/la participante para la elaboración de todo este material. Es en esa medida en la que esta práctica de diálogo puede ser denominada: DEVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA.

La herramienta HDME pasa a ser así una herramienta meramente instrumental, nunca una finalidad en sí misma. La HDME sin esta interpretación carece de sentido en sí misma.

Este momento de la intervención **se debe asegurar la comprensión de la persona** en cuanto a cada factor concreto que opera en la situación, qué está en su mano hacer y qué depende de factores externos.

Se debe **facilitar la expresión de deseos y poner en valor los elementos positivos** en clave de estado satisfactorio, fortaleza y oportunidad que se aprecien.

PASOS RESUMIDOS UTILIZACIÓN HDME:

- 1.- Identificación de factores que influyen en el estado y en cada dimensión (fuerzas). Identificar así mismo la intensidad de dichos factores (recordando que la intensidad es un elemento subjetivo).
- 2.- Elaborar listado de factores concurrentes diferenciando la valencia de estos (+ o -).
- 3.- Analizar posibles gaps entre valores de HDME y autopercepción.
- 4.- Ubicar el "locus de control" subjetivo del participante (esto es objeto de debate con él) sobre cada uno de los factores relevantes.

Los pasos 1 a 4 pueden ser objeto de reflexión de la persona usuaria con su entorno de convivencia o de reflexión individual de cara a una siguiente sesión.

En paralelo, atendiendo al momento de la intervención en el que nos situamos (DREAM), no se deben perder de vista las capacidades de absorción de información y las capacidades de afrontamiento de su situación por parte del participante. No todas las personas pueden afrontarlo TODO en TODO MOMENTO. El/la profesional debe valorar la existencia de energías para el cambio.

Una vez se han dado los pasos anteriores, con un diagnóstico COMPLETO y CONSENSUADO con el participante, se procede a VALIDAR el mismo en HDME.

5.2.3.Registros documentales

- Cuaderno de campo (anotaciones de entrevistas) o **REGISTRO DE ACTIVIDAD**.
- **HDME COMPLETADA DEFINITIVA** y archivada con fecha de finalización del diagnóstico. Se notifica a PR.
- Listados de factores, intensidades, etc... (como anotaciones en Cuaderno de Campo)



5.2.4. Posibles eventualidades

- Pueden darse **dificultades de comprensión** del resultado HDME. Se debe hacer un importante esfuerzo por adaptar el lenguaje, y que se comprenda con ejemplos claros, cómo opera un campo de fuerzas.
- **Otras derivadas de resistencias** naturales, falta de apertura, etc. Se debe dar el tiempo preciso a cada persona.

5.2.5. Resultados clave en el participante al finalizar esta fase

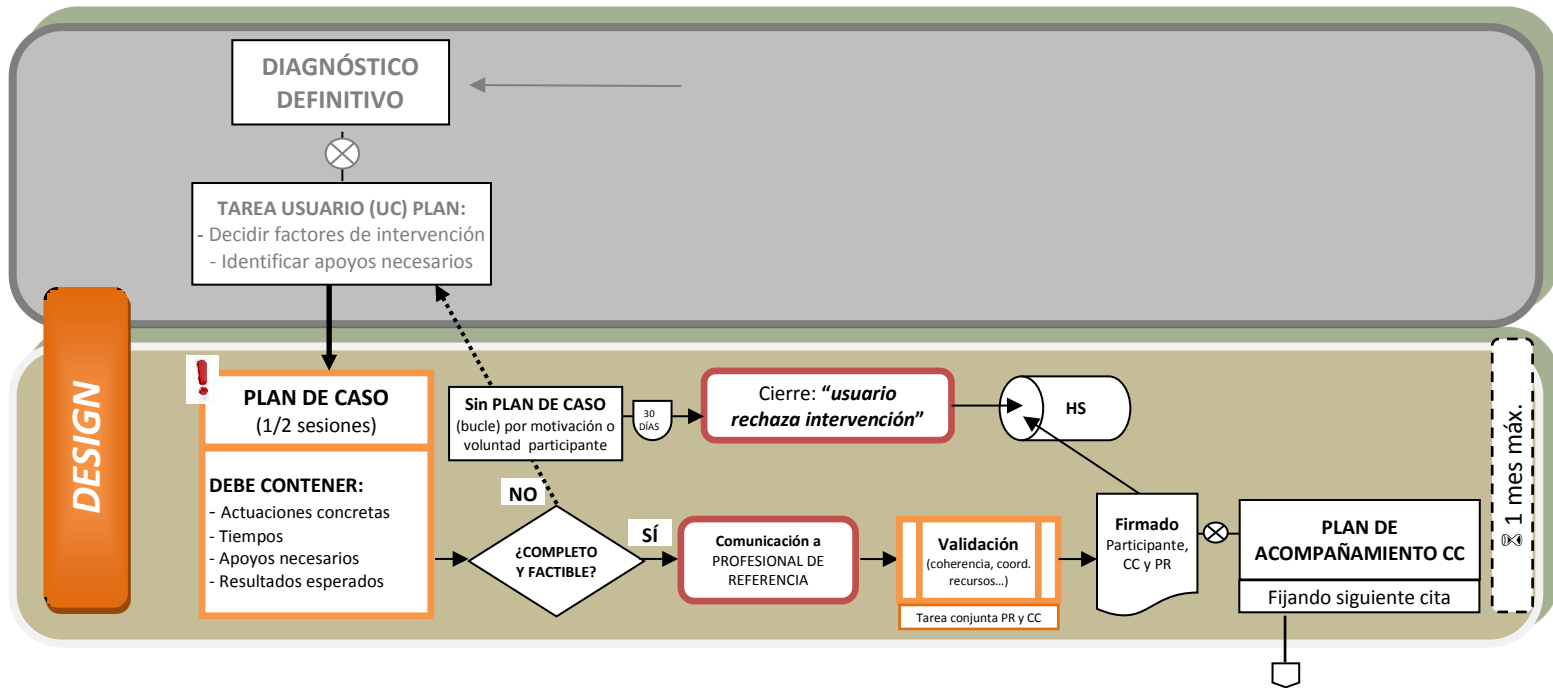
- **Ha expresado sus deseos** (proyecto vital – anhelos inmediatos).
- **Ha identificado y comprende el estado de su situación** en múltiples dimensiones.
- **Ha identificado y comprende los factores concretos que afectan a su situación** y el control que tiene sobre los mismos.
- **Comprende** que el abordaje de una situación compleja ha de ser **paulatino**.
- **Comprende la tarea** que debe realizar para el siguiente paso: **plan de caso**.

5.2.6. Resultados profesionales

- Se va trasladando el **control de situación al usuario**.
- Se ha **reconfigurado el rol** (de proveedor/controlador a acompañante en proceso).
- Los **recursos** (prestaciones y servicios) adquieren un **valor instrumental**: sólo serán útiles en la medida en la que sirvan a los propósitos del plan.



5.3. MOMENTO *DESIGN* (plan de caso)



Si se han cumplido los objetivos de la fase anterior, se contaría con una relación comunicativa más horizontal con un participante más empoderado, con un análisis completo de situación, con un listado de potencialidades y fortalezas propias del usuario y su entorno, y con un listado de puntos de apalancamiento (aspectos que movilizan a la persona-deseos-aspiraciones-anhelos...).

A esas alturas de intervención debe percibirse la cantidad de DESEO DE MEJORA o de CAMBIO por parte del participante ya que es la principal energía que puede conseguir para afrontar con éxito la fase de diseño (PLAN DE CASO).

Sin un mínimo de deseo de cambio (que la propia devolución diagnóstica pretende impulsar), será muy complicado que el plan de caso se pueda diseñar, y mucho menos ejecutar.

El manejo de los TIEMPOS en la toma de conciencia por parte del participante es fundamental, pero hay que tener previsto que el control del tiempo no reside solo en el ámbito profesional, y que cada persona y situación requerirá sus tiempos.

El modelo PACT pretende actuar también como *acelerante* de los tiempos personales para el afrontamiento de situaciones de cambio.



5.3.1. Objetivos de esta fase

- Que el participante elabore y suscriba el plan de caso, con el apoyo que sea preciso por parte del CC.

5.3.2. Tareas básicas de esta fase

- El participante elabora (preferiblemente en U.C.) plan de caso que presenta al CC en una entrevista *ad hoc* (1/2 entrevistas en corto espacio de tiempo = 1 mes).
- **Se apoyará a la persona en la elaboración del plan inicial en lo que sea necesario.**
- **Este Plan inicial deberá contener:**
 - **Estrategia general del caso:** puede tratarse de “mantener”, “incrementar”, “dejar de hacer”, adquirir”, etc.
 - **Decisión acerca de los factores** sobre los que se va a intervenir aplicando criterios de factibilidad (que sean posibles) y de dominio, (que exista capacidad). Esa reflexión procede directamente de la HDME.
 - **Actuaciones concretas.** Deben ser pocas, viables, y siempre debe haber alguna muy factible con visos de éxito en el corto plazo.
 - **Tiempos** previstos para cada acción. (Imprescindible para el seguimiento/acompañamiento).
 - **Resultados previstos para cada actuación.** Deben ser medibles. Se deben evitar las confusiones con objetivos generales (p.e: “incrementar el empoderamiento”) o las generalidades (“mejora de la empleabilidad”).
 - **Indicadores de medición de los resultados.** No siempre serán numéricos. Pueden ser hechos observables.
 - **Apoyos necesarios:** Se deben considerar los apoyos relacionales y de entorno necesarios. En definitiva, se responde a la pregunta *¿a quién necesitamos?*
 - **Seguimiento** (ACOMPañAMIENTO previsto). Con fechas previstas –al menos para el primer seguimiento- en función de los tiempos de cada actuación.
- **Coordinación de ACTUACIONES EN RED:**

El Plan de caso –antes de su cierre (firma)- debe ser conocido por el/la PROFESIONAL DE REFERENCIA a los efectos de revisar otras actuaciones (prestaciones y servicios) movilizadas para la misma U.C. y velar por la coherencia entre el Plan de Caso y dichas actuaciones.



Si fuera preciso, el/la Profesional de Referencia puede tener que ajustar otras actuaciones en marcha que estuviera desarrollando cualquier agente de la Red.

De la misma forma, la necesidad de movilizar servicios o prestaciones al servicio del Plan de Caso, debe ser conocida por el/la Profesional de Referencia a fin de impulsar o apoyar la activación de los recursos contenidos en el Mapa de la Red de Protección¹⁵ que fueran precisos.

5.3.3.Registros documentales

- **FORMULARIO (resumen) DE PLAN DE CASO (ANEXO V)** que se firma y se incorpora a la HS (previo reporte expreso al PR). Contiene el Plan de Caso y la tabla de coordinación en Red a cumplimentar por el profesional de Referencia.

5.3.4.Eventualidades

- El participante **no elabora un plan de caso**.
- El participante elabora un **plan de caso incompleto**. (p.ej., dejando de lado dimensiones y factores importantes y susceptibles de ser trabajados).
- El participante elabora un **plan de caso inadecuado**. (p.ej., no realista).

En cualquiera de estas tres circunstancias, siempre bajo de premisa de haber completado la fase anterior, se puede dar una situación de “**bucle**” en la que el profesional debe decidir el tiempo que procede mantener la intervención antes de un cierre (sugerimos un máximo de 30 días / 2 entrevistas).

- Las indicadas en la fase anterior por dificultades de comprensión del proceso u otras derivadas de resistencias naturales, falta de apertura, etc.
- Hay incoherencias, incompatibilidades, solapamientos, contradicciones con otras actuaciones para esa UC (en cuyo caso entre CC y PR deben remodelar el plan de caso de forma motivada ante el participante).

5.3.5.Resultados clave en el participante al finalizar esta fase

- El participante **visualiza un futuro** y elabora pasos realistas para llegar allí.
- **Identifica y reconoce los apoyos** que va a requerir durante el camino.
- Ha hecho partícipes del plan de caso a personas relevantes de su entorno.
- **Adquiere compromiso** de acción concreta en el corto y medio plazo.

¹⁵ Ver ANEXO .

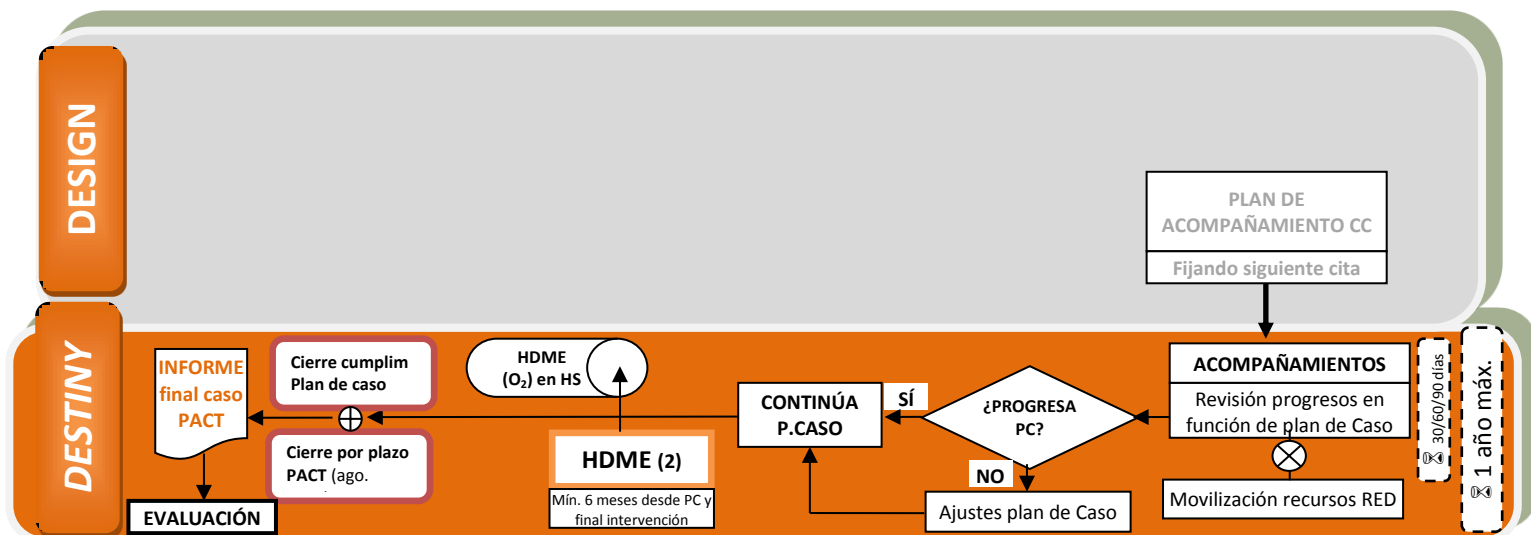


5.3.6. Resultados profesionales

- Se ha trasladado el control sobre decisiones clave al usuario.
- Se ha reconfigurado el Rol por completo.
- **Adquiere compromiso** de apoyo al plan de caso (directo y a través de la movilización de los recursos técnicos de la Red).
- El Plan de Caso es comunicado a PR y es asumido por todo el sistema RED.



5.4. MOMENTO *DESTINY* (despliegue y acompañamiento)



En la fase final, *destiny*, se ejecuta el plan de caso. Considerando el tratamiento particular e individualizado de cada caso, los objetivos, plazos y apoyos a desplegar serán diferentes, por lo que es casi imposible estandarizar este momento.

No obstante, existen elementos que deben darse en todos los casos con carácter general: las revisiones y ajustes del plan de caso; la “medición” de avances a través de una segunda pasada de la HDME para objetivar progresos; la sujeción a tiempos límite del proyecto y la elaboración de informes de seguimiento y el informe final de cada caso.

5.4.1. Objetivos de esta fase

- Que el participante desarrolle el plan de caso, con el acompañamiento que sea preciso por parte del CC y con los apoyos desplegados (Red).
- Analizar y devolver alcances e impactos al participante.

5.4.2. Tareas básicas de esta fase (no contiene tareas evaluación PACT)

- **Sesiones de seguimiento.** Tantas como el CC o el participante consideren. Se sugiere, cuando menos, la fórmula 30/60/90 días para controlar los 6 primeros meses con tres seguimientos.
- **Se sugiere pasar de nuevo la HDME** a los seis meses de iniciar el plan de caso.
- Cada sesión de seguimiento dará lugar a un reporte (informe sucinto de seguimiento).



- El PR es informado (o accede a la información) de los seguimientos.
- EL CC moviliza recursos de la Red (junto con el PR, cuando sea preciso).
- La HDME siempre se utiliza (observación 2) cuando se cierra un caso.
- El cierre de caso se anota en INFORME FINAL que es reportado al PR (se introduce en la HS del sistema).
- El cierre de caso da también lugar a la obtención de todos los datos precisos para la evaluación experimental.

5.4.3.Registros documentales

- **INFORMES DE SEGUIMIENTO.**
- **HDME Observación 2 (resultados).**
- **INFORME FINAL.**

5.4.4.Eventualidades

- **No hay progresos en plan de caso:** estancamiento. Esta eventualidad debe comunicarse al EQUIPO DE PILOTAJE si, transcurridos los 6 meses, no se aprecian cambios. En sesión conjunta puede decidirse el cierre de caso por parte del coordinador.
- **CIERRES:** en cualquier momento pueden surgir razones de cierre diferentes a la finalización (cumplimiento) del plan de caso. Siempre se anotará en el informe final el motivo de cierre PACT. Considerando el nº de casos (limitado) y la enorme variabilidad de posibilidades, la categorización de cierre se realizará *a posteriori*.
- **HDME O2 incompleta:** si el participante rechaza la intervención, es posible pasar a la segunda observación de la HDME desde el profesional, pero puede que no se obtenga la información de autovaloración del participante.
- **Otras.**

5.4.5.Resultados clave en el participante al finalizar esta fase

- Se han producido alcances (cambios de comportamiento/visión) en el usuario.
- El participante tiene mayor control sobre su propia situación y asume responsabilidades de cambio.
- El participante tiene menor dependencia del Sistema de Servicios Sociales.



- El participante ha mejorado su posición en el eje inclusión-exclusión de HDME.
- En general, los resultados esperados por el PACT (observaciones del equipo de evaluación).

5.4.6. Resultados profesionales

- Reconfiguración del rol por completo: ACOMPAÑAMIENTO como tarea clave.
- Adhesión a la cultura colaborativa (Red).
- Trabajo colaborativo entre colegas como fuente de aprendizaje y seguridad.
- En general, los resultados esperados por el PACT (observaciones del equipo de evaluación).





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

6. EL TRABAJO COLABORATIVO (EQUIPO DE PILOTAJE Y RED)

El PACT tiene uno de sus ejes en el trabajo colaborativo entre profesionales de diferentes agencias y de diferentes niveles dentro de las organizaciones implicadas.

La materialización del enfoque de Red y del aprendizaje compartido se realiza, esencialmente, en el seno del Equipo de Pilotaje. El funcionamiento de dicho equipo es animado en todo momento por un Equipo de Apoyo (una terna mixta de profesionales procedentes de la Gerencia de Servicios Sociales Territorial, de la Entidad Local y de una Entidad de Tercer Sector perteneciente a EAPN) que ofrece la formación adecuada, asesora en el uso de las herramientas previstas, provee de técnicas para resolver los problemas que surjan y recoge -para su oportuna sistematización- la información significativa del funcionamiento en Red.

Así pues, el Equipo de Pilotaje se configura como un grupo profesional cuya misión es el apoyo mutuo para el aprendizaje y la integración de la filosofía PACT en la gestión de los casos concretos.

Por otra parte, los acuerdos de la Red de Protección relativos al intercambio de información, recursos y al modelo de intervención se materializan en la posibilidad real de aportar visiones conjuntas y buscar la sinergia de los recursos aplicados a los casos concretos.

6.1. FUNCIONES DEL EQUIPO DE PILOTAJE

- Compartir la información relevante de los casos tratados.
- Promover el aprendizaje mutuo. Sistematizarlo y compartirlo.
- Servir de grupo de apoyo para el diagnóstico clínico compartido.
- Buscar la racionalización en la utilización de recursos y en las intensidades aplicadas a los casos cuando confluyen diferentes agencias.
- Compartir el conocimiento sobre redes relacionales y otros recursos comunitarios ya sean formales o informales (completar un mapa real de Red).
- Generar razonadamente cuantos cambios sean oportunos en el propio modelo a través de sugerencias tras la experiencia.



6.2. SESIONES DEL EQUIPO DE PILOTAJE

6.2.1. Sesiones ESTÁNDAR

- Sesión/es de reparto de casos.

Una vez explicado el contenido básico de PACT, considerando los cuatro criterios dados de territorialidad; racionalidad (no menos de 2 no más de 5 casos por profesional); especialidad (criterio de especialización más adecuada al caso) y vínculo (relaciones previas con el caso). Los CC designados llamarán a los participantes una vez reciban la carta previa (anuncio).

Tiene/n lugar al inicio del pilotaje tras las sesiones de formación (marzo/abril 2017).

- Sesión tras las primeras entrevistas.

Tras el desarrollo de las primeras entrevistas con casos PACT por parte de los CC, se mantendrá una sesión del Equipo de Pilotaje con el objeto de:

- Conocer y compartir dificultades en el procedimiento de llamamiento (cartas, citas telefónicas, etc.).
- Conocer y compartir las reacciones de los participantes ante el ofrecimiento de intervención PACT.
- Conocer las dificultades que se hayan producido en la transmisión de la información a los usuarios y compartir estrategias de mejora de la comunicación.
- Conocer los alcances en materia de empoderamiento y compartir estrategias relativas al cambio de posicionamiento profesional-usuario.

Sesión prevista durante mayo de 2017.

- Sesión preparatoria devoluciones diagnósticas

Una vez superada la fase de acercamiento inicial y tras completar las informaciones (primeros casos), conviene dar un repaso al manejo de los resultados de la herramienta HDME llevando a cabo algunas “sesiones clínicas” de diagnóstico que entrenen suficientemente para las devoluciones diagnósticas.

Sesión prevista para junio de 2017.

- Sesión preparatoria Planes de caso

Sesión de recordatorio de los contenidos relacionados con los planes de caso.



Por otra parte, se asegurará que todos/as los PR (presentes en el Equipo de Pilotaje) conocen los planes de caso para asegurar la coherencia de las intervenciones llevadas a cabo (diferentes servicios y prestaciones por parte de todos los agentes implicados).

Sesión prevista para junio de 2017, que se puede simultanear con la sesión/sesiones de diagnóstico.

- Sesión/es de recogida de aprendizajes PACT

Sesión/es para recoger evidencia de la marcha de los casos y de los seguimientos de los planes de intervención.

No menos de dos sesiones, prevista/s desde enero de 2018 y hasta junio de 2018.

6.2.2. Sesiones AD HOC

En el momento en el que cualquier profesional del Equipo de Pilotaje tenga una dificultad con la coordinación de caso, es decir, relacionada con el modelo de intervención y/o con la dinámica colaborativa entre agencias, propondrá exponer la situación y trabajarla a cualquiera de los integrantes del Equipo de Apoyo que convocará y preparará la sesión aportando la metodología adecuada.

Estas dificultades en el transcurso de la intervención tendrán un tratamiento especial cuando se trate de relaciones con los participantes o de disyuntivas de tipo ético.

Las dificultades derivadas de meros procedimientos se pondrán en conocimiento del Equipo de Apoyo para su tratamiento directo o traslado a la dirección del paquete de trabajo PACT que corresponda, sin que necesariamente impliquen reunir al Equipo de Pilotaje.

6.2.3. Sesiones con evaluadores PACT

Los evaluadores del PACT (UVa) podrán mantener sesiones de recogida de evidencia con el Equipo de Pilotaje en los momentos previstos.





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

7. ANEXOS

DOCUMENTOS PACT.



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

I.- Carta invitación a participantes



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

NOMBRE Y APELLIDOS

DIRECCION:

Estimado/a Sr/a

El motivo de esta carta es comunicarle que **ha sido usted seleccionado/a para ofrecerle una intervención de apoyo personalizado que tiene como finalidad apoyarle en la mejorara su situación.**

Esta intervención es experimental y se desarrolla a través de los servicios sociales de Castilla y León gracias a un proyecto de innovación cofinanciado por la Comisión Europea denominado PACT.

En los próximos días (entre el 17 de abril y el 19 de mayo), D/D^a _____, que es un/a profesional acreditado/a, perteneciente a la Red de Protección a las Familias de Castilla y León, **se pondrá en contacto con usted telefónicamente** para concertar una **entrevista individual** en la que le explicará **con todo detalle en qué consiste la intervención propuesta.**

Reciba un cordial saludo.

_____, a __ de marzo de 2017

SELLO JUNTA DE CASTILLA Y LEON



El proyecto PACT está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

II.- HS resumida



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

(Contenido pactado en el ámbito de la Red de Protección a las Familias)

Identificación:							
DNI/NIE:		Nombre y Apellidos:			Sexo:		
F. Nacimiento:		País de nacimiento:		Nacionalidad:		Estado de vida:	
Fecha							
Inicio		Lugar			Estado actual		
Ultimo domicilio conocido							
Actualizada	Domicilio particular/ Centro	Domicilio	Localidad	Municipio	Provincia	C.P.	Teléf.
Coordinación de caso							
Provincia		Corporación Local Titularidad CEAS		CEAS		Teléf. CEAS	
Miembros de la unidad de convivencia							
Personas	Parentesco en relación con el titular de la Unidad de convivencia			Año Nacimiento	Edad actual	Sexo	
Datos de empleabilidad							
Nivel de estudios		Ocupación		Relación con la actividad económica			
Derechos reconocidos Dependencia:							
Fecha de última Resolución:		PIA:		Prestaciones reconocidas:			
Última prestación		Fecha:		Cuantía:			



Discapacidad:				
TIPO	Valor	Fecha desde	Fecha hasta	Carácter
Grado Discapacidad				
Movilidad reducida				
ATP				
Renta Garantizada de Ciudadanía				
Fecha de reconocimiento inicial:	Clasificación actual:	Última nómina:	Fecha:	Cuantía:
Valoraciones en CEAS				
Fecha	Valoraciones	Coordinación de caso		
Prestaciones y actuaciones en CEAS				
Fecha inicio	Prestaciones y actuaciones	Usuarios	Fecha fin	Coordinación de caso
Observaciones				
Intervenciones del TSAS				



III.- HS completa (estructura de información compartida en PACT)



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

PACT: ANÁLISIS DE CASO

1) Datos de gestión y actualización de la información en servicios sociales

Cód. Caso	
Área	
CEAS	
Fecha de apertura de HS	
Fecha solicitud RGC	
Situación nómina febrero	
Último informe social	

2) Perfil de la persona

Nacionalidad	
Fecha de nacimiento	
Grupo de Edad	
Género	
Estado Civil	
Clasificación RGC	
Tiempo en RGC (nom agosto 2016)	
Nivel de formación académica	

3) Perfil de la Unidad de Convivencia

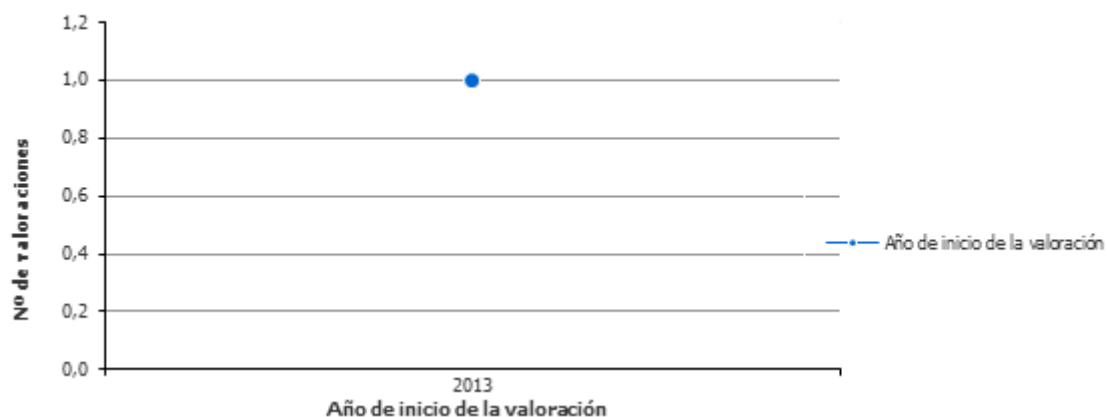
Número de miembros	
Número de hijos	
Grupo - Minoría	
Menores escolarizados	
Asisten a centro educativo	



4) Trayectoria de valoración y atención por los servicios sociales

9.2. Trayectoria de valoraciones en SAUSS CEAS

Según grupo de valoraciones (Nivel 1)

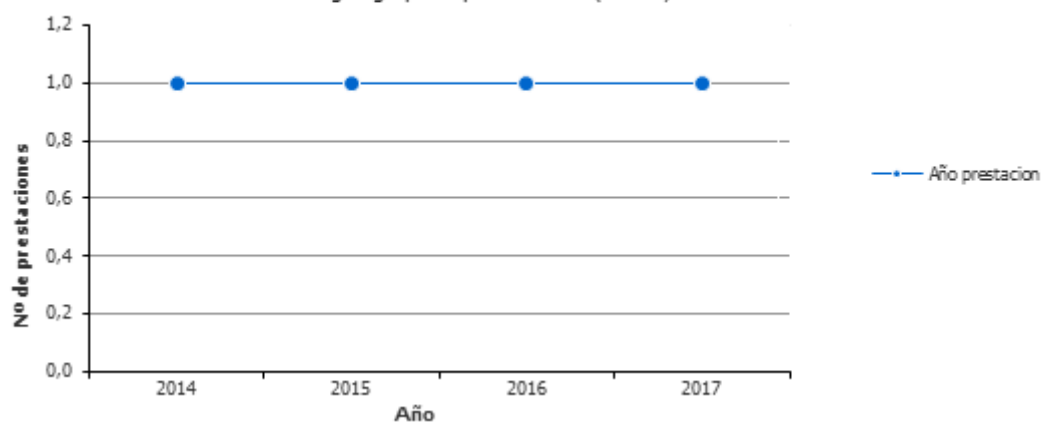


Año de inicio de la valoración	4.- COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS

Grupo valoración (Nivel 1)	Descripción de la valoración (4º nivel)	Año de inicio de la valoración

9.1. Trayectoria de prestaciones/actuaciones en SAUSS CEAS

Según grupo de prestaciones (Nivel 1)



Año prestación	5.- COBERTURA DE NECESIDADES DE SUBSISTENCIA
-----------------------	---

Grupo prestación (Nivel 1)	Descripción de la prestación (4º nivel)	Año prestación

5) Trayectoria de valoración y atención por el Tercer Sector

Entidades de 3er sector que intervienen con la persona	
Principales intervenciones	
Observaciones de entidades del 3er sector	





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

IV.- Consentimiento informado



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

FORMULARIO DE **INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO** ESCRITO

TERRITORIO PACT	DISPOSITIVO RED DE PROTECCIÓN
<input type="checkbox"/> León <input type="checkbox"/> Salamanca <input type="checkbox"/> Valladolid (capital) <input type="checkbox"/> Valladolid (provincia)	(indicar entidad/centro de pertenencia del coordinador/a de caso)
	COORDINADOR DE CASO ASIGNADO
	(indicar PROFESIONAL asignado como coordinador/a de caso)

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA INTERVENCIÓN SOCIAL PACT

Este documento sirve para que dé usted su consentimiento para una intervención del Sistema de Servicios Sociales de Responsabilidad Pública de Castilla y León denominada **PACT**.

Si usted decide rechazar la intervención PACT, no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a otras prestaciones o servicios que estuviese recibiendo. Usted tiene la potestad de dar por finalizada la intervención cuando lo desee, sin que ello tenga ninguna consecuencia negativa.

La intervención PACT requiere además de su consentimiento, en la medida de lo posible, SU PARTICIPACIÓN y SU COLABORACIÓN. Se tiene evidencia de que a mayor grado de colaboración por su parte, mayores serán las posibilidades de éxito de la intervención.

Antes de dar su consentimiento es importante que esté bien informado. **NO DUDE EN PREGUNTARNOS TODO AQUELLO QUE LE GENERE DUDAS.** Estamos para atenderle.

LO QUE USTED DEBE SABER:

POR QUÉ HE SIDO USTED CONVOCADO/A PARA ESTA INTERVENCIÓN:

Su caso ha sido seleccionado mediante procedimientos estadísticos de muestreo aleatorio dentro de perfiles homogéneos, entre los que se encuentra el ser o el haber sido titular de Renta Garantizada de Ciudadanía.

EN QUÉ CONSISTE PACT. PARA QUÉ SIRVE:

PACT es un proyecto experimental en los servicios sociales financiado por la Comisión Europea que pretende **mejorar la atención que le prestamos.**

El objetivo de una Intervención Social PACT es apoyarle en la mejora de su situación personal y social a través de un chequeo y de plan de actuación personalizado, contando con acompañamiento profesional y con la coordinación entre las entidades que le atienden. La participación en dicho plan será siempre voluntaria y sometida a sus decisiones.

EN QUÉ SE BENEFICIARÁ:

PACT pretende **que usted adquiera un mayor control sobre su propia situación**, ampliar sus posibilidades de **mejora** y **ofrecerle un mejor servicio** mediante la coordinación de actuaciones de las entidades que le apoyan, ya sean estas públicas o privadas e incorporando los nuevos apoyos que se precisen.



CÓMO SE REALIZA:

- Aplicando criterios de proximidad, especialidad y vínculo le ha sido asignado un/a **COORDINADOR/A DE CASO** que es un profesional acreditado de la Red de Protección a Familias y que le acompañará durante todo el proceso.
- El **COORDINADOR/A DE CASO** actuará en colaboración con su **PROFESIONAL DE REFERENCIA** habitual (CEAS) (en ocasiones pueden coincidir).
- Ambos trabajan dentro de un equipo formado por profesionales de las distintas entidades de la Red de protección que están en su territorio. (EQUIPO DE PILOTAJE).
- Se realizará con usted un **DIAGNÓSTICO** completo de diferentes dimensiones vitales (personal, relacional, de salud, económica, laboral, de vivienda...). Los resultados de dicho diagnóstico le serán comunicados, explicados y son de su propiedad.
- Tras el diagnóstico se diseñará un **PLAN DE ACTUACIÓN** personalizado dirigido a la mejora de su situación. Dicho plan –elaborado siempre con su participación- contendrá actuaciones concretas, plazos y seguimientos pactados con usted.
- La **duración estimada** de la intervención PACT puede oscilar entre los **5 y los 14 meses**.

QUÉ EFECTOS PRODUCIRÁ:

La intervención PACT busca **mejorar su situación personal y social** a través de una atención personalizada y de una estrategia en las que usted tomará las decisiones sobre el camino a seguir y los pasos a dar.

La intervención PACT es plenamente **compatible y complementaria de otras atenciones, prestaciones y servicios** que usted esté recibiendo del Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública de Castilla y León.

La intervención PACT **no supone en ningún caso la pérdida de prestaciones o servicios** a los que ya accede cumpliendo los requisitos de acceso a los mismos contenidos en su regulación concreta.

A lo largo de la intervención, eso sí, se podrá buscar y sugerir una **mejor coherencia y complementariedad entre las prestaciones o servicios que usted estuviera disfrutando incluyendo otros nuevos a los que pudiera acceder**. Esta adecuación entre el plan de caso PACT y las prestaciones o servicios que reciba vendrá asegurada por su PROFESIONAL DE REFERENCIA (CEAS).

TRATAMIENTO COMPARTIDO DE SU INFORMACIÓN:

Los profesionales PACT actúan en Red. Esto significa que **las informaciones relativas a su caso podrán ser compartidas con otros profesionales en el seno del EQUIPO DE PILOTAJE PACT**. Todos cuantos intervengan en sesiones de método clínico **son profesionales acreditados y están sometidos a secreto profesional** asegurando la confidencialidad sobre su situación y sus circunstancias.

La información relacionada con su situación y los avances de la intervención serán anotados en su Historia Social. El carácter experimental de PACT hace que la información relativa a la intervención social pueda ser utilizada además con **finés de investigación**. En caso de difusión de resultados de dichas investigaciones, su información y sus datos serán **anonimizados**.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS DEL PARTICIPANTE

DNI / NIE:

APELLIDOS Y NOMBRE:

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO:

	APELLIDOS Y NOMBRE	ENTIDAD RED
COORDINADOR/A DE CASO		
PROF. DE REFERENCIA		
OTROS (EQUIPO PACT)		

CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña, _____ manifiesto que he comprendido la información anterior y que estoy conforme con la INTERVENCIÓN SOCIAL PACT que se me ofrece. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. He tomado consciente y libremente la decisión de participar en dicha intervención. Sé que puedo revocar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO (señalar X lo que proceda)

AUTORIZO a que se realicen las actuaciones previstas en la intervención PACT: Obtención de información, diagnóstico, plan de caso y seguimiento;

AUTORIZO a los profesionales que intervengan en el proceso a que realicen consultas y añadan o actualicen informaciones en mi Historia Social;

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que los profesionales del EQUIPO DE PILOTAJE PACT correspondiente, puedan tratar sobre mi caso en sesión conjunta;

PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que los datos derivados de la intervención PACT puedan utilizarse con fines de investigación.

En _____ a ___ de _____ de 2017

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.:



RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña, _____ no autorizo a la realización de esta intervención social PACT habiendo sido informado/a de los posibles beneficios de la misma y renunciando a los mismos.

En _____ a ____ de _____ de 2017

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención social PACT, habiendo sido informado/a de los posibles beneficios de la misma y renunciando a los mismos.

En _____ a ____ de _____ de 2017

EL/LA PARTICIPANTE

Fdo.:



V.- Modelo de plan de Caso



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

PLANILLA PARA PLAN DE CASO PACT

1.- IDENTIFICACIÓN DE CASO: Cód .CASO ____ HDME Nº ____

ESTRATEGIA GENERAL SUGERIDA PARA ESTE CASOⁱ:

2.- FACTORES Y ACTUACIONES IDENTIFICADOS como objeto de intervención:

FACTOR seleccionado ⁱⁱ	ACTUACIONES previstas ⁱⁱⁱ	Actor ^{iv}	RESULTADO esperado ^v	DURACIÓN (nº meses) ^{vi}	INDICADORES VERIFICACIÓN ^{vii}

Observaciones/aclaraciones a la tabla anterior^{viii}:

Fecha prevista de seguimiento actuaciones y resultados^{ix}: __/__/201__

Plan acordado en *localidad*....., *día*..... *mes*..... *año*.....

Firma de la persona participante

Firma de Coordinador/a de caso



PLANILLA DE COORDINACIÓN PLAN DE CASO PACT

3. DESPLIEGUE / ACTIVACIÓN / AJUSTE / DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DE LA RED^x. (A desarrollar de manera acordada con el/la **Profesional de Referencia** del CEAS).

- El plan de caso no requiere ajuste/revisión/activación de otras prestaciones o servicios. (pasa a punto 4)
- El plan de caso requiere ajuste/revisión/activación de otras prestaciones o servicios. (indicar en tabla)

PRESTACIÓN / SERVICIO	(COD) ^{xi}	ACCIÓN	ENTIDAD TITULAR	PLAZO PREVISTO
		Activar/desplegar <input type="checkbox"/> ; Mantener <input type="checkbox"/> ; Ajustar <input type="checkbox"/> ; Suprimir <input type="checkbox"/> Otra (indicar) _____ <input type="checkbox"/>		De __/__/__. a __/__/__.
		Activar/desplegar <input type="checkbox"/> ; Mantener <input type="checkbox"/> ; Ajustar <input type="checkbox"/> ; Suprimir <input type="checkbox"/> Otra (indicar) _____ <input type="checkbox"/>		De __/__/__. a __/__/__.
		Activar/desplegar <input type="checkbox"/> ; Mantener <input type="checkbox"/> ; Ajustar <input type="checkbox"/> ; Suprimir <input type="checkbox"/> Otra (indicar) _____ <input type="checkbox"/>		De __/__/__. a __/__/__.

Observaciones a la tabla anterior:

Conforme con el plan de caso:

Firma Prof. de referencia CEAS

4. SEGUIMIENTOS^{xii}.

Fecha ^{xiii}	Contenido/Observaciones ^{xiv}	Fecha próximo seguimiento
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__
__/__/__		__/__/__

5. RED / COORDINACIÓN^{xv}. Identificación de DISPOSITIVOS Y PROFESIONALES IMPLICADOS EN EL CASO.

Dispositivo/entidad	Persona ^{xvi}	Rol ^{xvii}	Datos de contacto
CEAS _____		Profesional de referencia	E-mail: Telf.:
_____/_____		Coordinador/a de caso	E-mail: Telf.:
			E-mail: Telf.:
			E-mail: Telf.:

Observaciones a la tabla anterior:





Notas

- i. Indicar sentido general (global) de la intervención. Se sugieren infinitivos de acción como MANTENER, CORREGIR, AFRONTAR, MODIFICAR, APROVECHAR, AMPLIAR, ADQUIRIR, REDUCIR... En definitiva responde a QUÉ SE QUIERE CONSEGUIR.
 - ii. Factores –de los identificados en HDME- sobre los que procede intervenir de forma consensuada con la persona participante. Supone suficiente control o margen de maniobra sobre ellos. No conviene plantear un número excesivo de factores sobre los que intervenir. Pueden (deben) plantearse diversas acciones dentro de un mismo factor.
 - iii. Actividades previstas y actor (quién realiza la acción). Es muy oportuno intentar que, de las acciones previstas, alguna sea de corto plazo (no más de dos meses), fácilmente realizable y con impacto medible inmediato
 - iv. Participante / Coordinador de caso / Profesional de referencia / etc...
 - v. Identificar el RESULTADO CONCRETO que se pretende respecto a ese factor. No se trata de plasmar el deseo de situación final sino de una meta medible que pueda ser objeto de verificación posterior. Cada actuación debe desembocar en un resultado concreto.
 - vi. Meses previstos de duración desde la fecha del Plan hasta la consecución del resultado. Alguna de las actuaciones debería no prolongarse más allá de dos/tres meses.
 - vii. A través de qué observación / dato específico / hecho concreto se verificará el resultado.
 - viii. Incorporar explicaciones a la tabla de factores, acciones, resultados...
 - ix. El primer seguimiento MÍNIMO entre uno y dos meses. Puede dar lugar a reajuste de Plan de caso.
-
- x. Este apartado debe ser rellenado por el/la PROFESIONAL DE REFERENCIA.
 - xi. Indicar si se trata de prestación/ servicio o valoración codificada.
 - xii. Este apartado debe ser rellenado por el/la COORDINADOR DE CASO.
 - xiii. Indicar fecha en que se produce el seguimiento
 - xiv. Indicar estado, avances, logro de resultados esperados y/o ajustes necesarios.
 - xv. Identificación de todos los profesionales implicados en el Plan de Caso.
 - xvi. Nombre y apellidos
 - xvii. Indicar rol profesional (EDIS, EPAP, PAF, otros de segundo nivel, otros profesionales de entidad agente...) o voluntario (en el caso de entidades colaboradoras de la red u otras personas implicadas en el plan)



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

VI.- Mapa de recursos de la Red: ESTRUCTURA



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).



El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

EL MAPA DE RECURSOS DE LA RED DE PROTECCIÓN A LAS FAMILIAS

El mapa de recursos de la Red de Protección recoge de forma ordenada los servicios y prestaciones de las entidades públicas y privadas miembros de la Red de protección, con criterios homogéneos.

El mapa se configura en dispositivos, que son unidades funcionales de atención de la Red de protección, que incluyen tanto a los profesionales como al conjunto de los servicios y prestaciones que ofrecen dentro de la misma.

Se han establecido 5 clases de dispositivos, en función del conjunto concreto de prestaciones y servicios que ofrecen y del rol profesional que desempeñan en la Red.

En cuanto a lo primero, la denominación de las prestaciones y servicios del mapa toma como referencia el Catálogo de Servicios Sociales, identificándolos con las prestaciones que ya existen en dicho Catálogo (con referencia expresa a su codificación). En el caso de no existir esa equivalencia, se han definido como actuaciones, sin codificación.

En relación a lo segundo, los dispositivos adquieren la categoría de agentes o colaboradores de la red en función de si el tipo de prestaciones que ofrecen requieren la intervención de profesionales con una cualificación específica en el ámbito de los servicios sociales. De este modo, la configuración del mapa contribuye a organizar la gestión del acceso a la información compartida.

A continuación se describen los distintos dispositivos que configuran el Mapa.

DISPOSITIVOS DE LA RED DE PROTECCIÓN

1. DISPOSITIVOS DE LA RED DE PROTECCIÓN PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA, ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

En estos dispositivos, de carácter agente, se dispensan aquellas atenciones de primer nivel, que con carácter general se requieren en los procesos de inclusión social, como la información, orientación, valoración y asesoramiento, además de la cobertura de necesidades básicas.. Dentro de esta clase, se incluyen:

1.1. Unidades de Información de la Gerencia de Servicios Sociales

Prestan atención directa al público, facilitando información general de los programas, actividades, prestaciones, ayudas y servicios que son competencia de la Gerencia de Servicios Sociales, así como de los requisitos para acceder a ellos y el asesoramiento en la cumplimentación y presentación de la documentación necesaria.

1.2. Equipos de Acción Social Básica. CEAS

Los CEAS constituyen la unidad funcional de referencia del sistema de servicios sociales para la valoración de casos, dispensación de servicios y coordinación y seguimiento de las prestaciones.

Los profesionales de referencia para los individuos atendidos por parte de la Red de Protección forman parte de los equipos de acción social básica. Estos profesionales velarán por que dicha atención sea integral, coordinada y personalizada, y garantizarán su continuidad; ello sin perjuicio de las funciones que cada miembro de la Red de Protección desarrolle en la misma.

Los CEAS disponen de una amplia gama de servicios, dirigidos a la atención en diversos ámbitos de necesidad. Si nos ceñimos a la Red de protección -constituida por recursos destinados a



ofrecer a las personas en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión social una respuesta individualizada e integral-, ofrecen los siguientes servicios del Catálogo de servicios sociales:

- **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre inclusión social
- **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social
- **Prestación: 30.** Prestaciones económicas para la cobertura de las necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social.
- **Prestación: 31.** Prestación extraordinaria frente a situaciones de deuda hipotecaria.
- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos.
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones)

Junto con estos servicios incluidos en la tipología de recursos de la Red de Protección, se podrán dispensar otros, compatibles con éstos.

1.3. Equipos de acogida y atención primaria del Tercer Sector de Acción Social

Se encargan de las actuaciones de atención inicial a personas, familias o colectivos en situación o riesgo de exclusión social, prestando información, orientación y asesoramiento, así como de estudiar y analizar las necesidades planteadas o detectadas, prevenir situaciones de exclusión social y planificar la atención en colaboración con el interesado y su entorno familiar, proporcionando acompañamiento en los procesos de inclusión social y laboral.

Siempre que la atención haya de prolongarse en el tiempo, realiza el seguimiento de la evolución de las necesidades de la persona y/o los cambios que se produzcan en su situación personal y/o familiar.

Pueden también facilitar recursos para la cobertura de necesidades básicas de subsistencia, o el acceso a otros recursos complementarios, de promoción personal, familiar o laboral.

Para ser considerados dispositivos de la Red para la atención primaria, deben cumplir las siguientes condiciones:

- Incluir, al menos, uno de los siguientes servicios del Catálogo de servicios sociales:
 - **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre inclusión social
 - **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social
- Estar realizada por profesionales del ámbito de los servicios sociales (trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, pedagogos u otras cualificaciones profesionales afines).

Junto con ello, pueden incluir otros servicios o atenciones compatibles:

- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de alimentación
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones, ayudas económicas y prestaciones en especie)

2. EQUIPOS DE APOYO TÉCNICO PERSONAL Y FAMILIAR PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

Son equipos específicos de carácter multidisciplinar, que forman parte del segundo nivel organizativo del sistema de responsabilidad pública de servicios sociales. Están integrados por profesionales especialistas, en función del ámbito o tipo de actuación a realizar, y van dirigidos a la atención de necesidades específicas en relación con la inclusión social.



Dentro de esta clase de dispositivo agente, se incluyen:

2.1. Equipos multidisciplinares para la inclusión del sistema público

2.2. Oficinas de insolvencia hipotecaria

2.3. Equipos para la inclusión social del tercer sector de acción social

Realizan intervenciones profesionales orientadas a potenciar las capacidades y competencias de las personas y/o sus familias, para favorecer su integración social. Abordan diferentes ámbitos de los individuos, como el cognitivo, emocional o conductual, mediante técnicas psicosociales y educativas, con la finalidad de promover su autonomía y mantener o mejorar su integración social y laboral y su participación en la vida comunitaria. Promueven o facilitan los apoyos necesarios para la cobertura de sus necesidades básicas y el afrontamiento de las situaciones de crisis.

Estos dispositivos ofrecen alguna de las siguientes prestaciones y servicios del Catálogo de Servicios Sociales:

- **Prestación: 11.8.** Servicio de apoyo familiar para la inclusión social
Apoyo técnico a través del entorno familiar de las personas que lo necesitan para su inclusión social, con el objeto de promover la adecuada cobertura de sus necesidades básicas y su autonomía personal.
- **Prestación: 11.9.** Servicio integral de apoyo a familias en riesgo de desahucio
Información, asesoramiento e interlocución con las entidades financieras a las familias con dificultades para atender el pago de los préstamos hipotecarios y pueden perder su vivienda habitual, cuando ello constituye un riesgo de exclusión social.
- **Prestación: 24.12.** Servicio de apoyo técnico para la inclusión social.
Apoyo técnico a las personas que lo necesitan para su inclusión social, con el objeto de promover la adecuada cobertura de sus necesidades básicas y su competencia para su desarrollo personal y su participación en la vida comunitaria. Dirigido a personas y familias en situación de vulnerabilidad, de riesgo o en exclusión social.
- **Prestación: 24.3.** Servicio de apoyo técnico a jóvenes para la transición a la vida adulta.
Intervención profesional orientada a promover la autonomía personal de jóvenes de 18 años a 21 años provenientes del sistema de protección a la infancia y en riesgo de exclusión social, mantener o mejorar su integración social y promover su participación en la vida comunitaria.
- **Prestación: 25.4.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de personas en riesgo de exclusión social
Intervenciones profesionales orientadas a promover la inclusión social y laboral de personas en situación o riesgo de exclusión social, dentro de un itinerario integral de inserción. Dirigidas a personas en situación o riesgo de exclusión social, y de forma prioritaria, a los beneficiarios de Renta Garantizada de Ciudadanía.
- **Prestación: 25.1.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de menores provenientes de los sistemas de infancia
Desarrollan itinerarios individuales de inserción en el mercado laboral a través de actuaciones de orientación profesional, capacitación personal y formación dirigidos a jóvenes a partir de los 16 años que procedan del sistema de protección o que hayan cumplido o se encuentren cumpliendo medida judicial impuesta de responsabilidad penal de menores, o hayan participado en programas de solución extrajudicial.

Junto con ello, pueden incluir otros servicios o atenciones compatibles con éstos:

- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de alimentación



- **Actuación:** Provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones, prestaciones económicas y en especie)
- **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre inclusión social
- **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión social

3. RECURSOS DE ALOJAMIENTO PARA LA INCLUSIÓN

Aquellos dirigidos a garantizar la atención integral, continuada, y adaptada a las necesidades de las personas sin hogar, en situación o riesgo de exclusión social, promoviendo su vida autónoma con un estilo de vida normalizado, y potenciando sus capacidades y su integración social.

Como recursos de alojamiento de la Red se refieren a uno de estos servicios del Catálogo:

- **Prestación: 27.7.** Servicio de alojamiento para personas sin hogar
Atención integral, continuada, y adaptada a las necesidades de las personas sin hogar, promoviendo su vida autónoma con un estilo de vida normalizado, y potenciando sus capacidades y su integración social.
- **Prestación: 24.3.** Servicio de apoyo técnico a jóvenes para la transición a la vida adulta:
Atención integral, continuada, y adaptada a las necesidades de las personas entre 18 y 21 años que han estado en situación de desprotección, con un estilo de vida normalizado, promoviendo su vida autónoma, y potenciando su integración social.

Pueden incluir otros servicios o atenciones compatibles con las propias.

- **Prestación: 1.10.** Servicio de información especializada sobre Inclusión Social
- **Prestación: 2.5.** Servicio de valoración, orientación y planificación de caso para la inclusión
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de necesidades básicas (prestaciones económicas, ayudas de transporte...)
- **Prestación: 25.4.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de personas en riesgo de exclusión social
- **Prestación: 25.1.** Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de menores provenientes de los sistemas de infancia

4. DISPOSITIVOS COLABORADORES DE LA RED DE PROTECCION

Estos dispositivos desarrollan o participan en recursos, programas, servicios, actividades, prestaciones o cualquier otra actuación relacionada con la Red de Protección, que no contemplan la intervención profesional desarrollada por profesionales del ámbito de los servicios sociales, pudiendo ser realizadas por profesionales de ámbitos diversos, o por voluntarios.

Las prestaciones o actuaciones que llevan a cabo pueden tener un carácter complementario a las intervenciones que se realizan desde la atención primaria o desde los equipos de apoyo técnico para la inclusión social.

4.1. Recursos para el empleo

Son dispositivos que ofrecen servicios dirigidos a la atención de necesidades específicas relacionadas con el acceso al empleo, tanto los enfocados a la mejora de las capacidades del individuo para incrementar su empleabilidad, como los que inciden en el tejido empresarial para favorecer la contratación y el mantenimiento del empleo a los colectivos que presentan dificultades de acceso al mismo.



Se incluyen, por tanto, acciones como la formación laboral, la capacitación profesional o adquisición de aprendizajes o habilidades instrumentales para el desempeño de tareas; también se incluyen actuaciones o medidas de apoyo al autoempleo, contratos de inserción u otras medidas de fomento de la contratación individual.

Estos recursos tienen carácter de colaboradores, pues no requieren de profesionales del ámbito de servicios sociales, pudiendo ser complementarios a las intervenciones que se realizan desde la atención primaria o desde los equipos de apoyo técnico para la inclusión social, dentro del plan de atención individual de la persona.

Contempla recursos tanto del área de empleo como propios de los servicios sociales, agrupados en tres bloques:

✓ **Medidas personalizadas de inserción laboral:**

- **Actuación:** Programa de orientación, formación e inserción (OFI) del ECyL: acompañamiento integral y continuo al trabajador desempleado, basado en una orientación profesional adecuada, formación y una búsqueda activa de empleo.
- **Actuación:** Actuaciones de orientación para el empleo y el autoempleo.
- **Actuación:** Agencias de colocación.

✓ **Medidas de fomento a la contratación:**

- **Actuación:** Programa Mixto de formación en alternancia con el empleo: Medida activa de fomento del empleo del ECyL para mejorar la empleabilidad de las personas desempleadas, a través de la combinación de acciones de formación en alternancia con el trabajo efectivo y mediante la ejecución de obras o servicios de utilidad pública e interés social.
- **Actuación:** Empresas de Inserción.
- **Actuación:** Acciones dirigidas a empresas para el fomento a la contratación.

✓ **Formación para el empleo:**

- **Actuación:** Programa de formación para el empleo (FOD): acciones formativas organizadas por el ECyL dirigidas prioritariamente a trabajadores desempleados, desarrolladas por centros de formación inscritos y acreditados en el Registro de Centros y Entidades de Formación Profesional para el Empleo de Castilla y León.
- **Actuación:** Acciones de formación y capacitación para el empleo desarrolladas por entidades del tercer sector de acción social,

4.2. Dispositivos para la atención de necesidades básicas

Son aquellos que prestan atenciones de carácter instrumental en ámbitos concretos de necesidad, como puede ser la cobertura de necesidades o básicas de subsistencia (alimentos, higiene, pernoctaciones, etc) -que requieren en muchos casos la provisión inmediata o urgente-, o bien relacionadas con habilidades instrumentales básicas (aprendizaje del idioma, alfabetización).

Las prestaciones o actuaciones que llevan a cabo incluyen alguna de estas:

- **Prestación: 29.** Servicio de distribución coordinada de alimentos
- **Actuación:** Servicio de provisión inmediata de alimentación
- **Actuación:** Provisión inmediata de necesidades básicas (incluye pernoctaciones, prestaciones económicas y en especie)
- **Actuación:** Información sobre prestaciones y recursos incluidos en la Red



EL MAPA DE RECURSOS EN LA ATENCIÓN COLABORATIVA

La intervención en red para la atención integral requiere compartir información entre profesionales y recursos de diversa naturaleza y titularidad, poniéndolos al servicio de un plan individual de atención a las personas en riesgo o situación de exclusión.

El mapa constituye así un instrumento de ordenación de recursos, formulados con un lenguaje común, que permite dar a conocer los dispositivos pertenecientes a las entidades miembros de la Red de Protección en un territorio, su contenido y su condición de agentes o colaboradores.

De este modo, en el proceso de atención, será posible construir un plan de intervención que tenga en cuenta las prestaciones necesarias y la coordinación que se precisa para ponerlo en marcha. En todo caso, las actuaciones concretas y los apoyos que se barajen se habrán de estudiar conjuntamente entre todos los actores implicados, siempre velando por la coherencia en las actuaciones. Este papel corresponde al profesional de referencia del sistema público, quien ha de garantizar la integralidad y la continuidad de la intervención.



VII NOTAS METODOLÓGICAS (APRENDIZAJES INICIALES APORTADOS POR LOS ETL durante la fase de diseño del modelo de intervención)

De las sesiones de presentación de casos por parte de profesionales integrantes de los Equipos Técnicos Locales (ETL) de Salamanca, León y Valladolid se han extraído algunas lecciones aprendidas que son presentadas sucintamente acompañadas de un DISCUTIBLE comentario de desarrollo (recuadros en gris).





El proyecto está co-financiado por la Comisión Europea a través del Programa de Empleo e Innovación Social de la Comisión Europea, "EaSI" (2014-2020).

1. LA “CRONIFICACIÓN”: Hay diferentes trayectorias hacia la *cronicidad* entendida esta como la dependencia del sistema de apoyos y la pérdida de autonomía por un periodo de tiempo excesivo o ilimitado.

Respecto al término a la cronicidad o cronificación conviene diferenciar la CRONICIDAD DE SITUACIÓN (situación de exclusión prolongada en el tiempo) respecto a la CRONICIDAD EN EL CONSUMO DE AYUDAS (dependencia prolongada del sistema), en función del punto de vista...

		Dependencia del sistema de ayudas	
		ALTA	BAJA
Cronicidad de situación de vulnerabilidad	ALTA	1	2
	BAJA	3	4

- 1 = Vulnerabilidad continua + alta dependencia de ayudas
 2 = Vulnerabilidad continua + baja dependencia de ayudas
 3 = Vulnerabilidad intermitente o reciente + alta dependencia de ayudas
 4 = Vulnerabilidad intermitente o reciente + baja dependencia de ayudas

En su primera acepción (vulnerabilidad) la CRONIFICACIÓN se aprecia cuando las personas no están en trayectoria de inclusión y –como hipótesis- presentarán ausencia de autonomía de subsistencia y dependencia de ayudas sociales por periodos muy largos en el tiempo (años).

Varían las INTENSIDADES y GRADOS. Así encontramos casos de riesgo de dependencia en los que el evento crítico pudo ser la pérdida de empleo estable asociado a la baja cualificación y/o a la edad (> 45 años). A medida que pasa el tiempo el riesgo de cronicidad se acentúa.

Encontramos casos en vulnerabilidad permanente que implica acercamiento a los servicios sociales públicos y privados de forma intermitente pero continuada y por factores múltiples –no solo económicos- (procesos en forma de espiral de FERMAT). Cambios coyunturales como pequeñas crisis, imprevistos, inseguridad laboral permanente, etc... hacen que se viva en la frontera de la exclusión.

Otros casos son casos de alta dependencia de los sistemas de protección sin apreciarse alternativas de salida. Por ejemplo una pérdida de empleo unida a una nula empleabilidad (por formación y/o edad) o a una enfermedad o discapacidad, permiten aventurar una dependencia total de ayudas de supervivencia económica en el corto y medio plazo.

En todos los casos hay que valorar si la tendencia es positiva, de estancamiento o de deterioro progresivo.

2. LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL – ¿Enfrentamos elementos culturales de difícil modificación?

Es evidente que algunos casos –familias- presentan dinámicas de repetición de patrones de exclusión que provocan que los egresados de las unidades de convivencia repitan las trayectorias de alta dependencia de las ayudas y las dinámicas de pobreza y exclusión.

Se percibe que la modificación de pautas culturales tendentes a la repetición de trayectorias es posible pero es muy lenta y requiere de cambios de muy largo plazo. En todo caso es clave detectar y analizar las situaciones en las que hay menores cuyas condiciones vitales de desventaja junto a los patrones de desarrollo se presentan como permanentes y de apariencia inmutable.

La TIP es el estadio más grave de la cronicidad y se confirma cuando los egresados de una Unidad Convivencial repiten las pautas de exclusión y las estrategias de supervivencia sin conseguir mejorar el punto de partida.

La existencia de MENORES en los núcleos convivenciales atendidos tiene que generar intervenciones que intenten MEJORAR la POSICIÓN DE INTEGRACIÓN de los descendientes.

La superación de **barreras y condicionantes** junto a las claves educativas, juegan aquí un **papel crítico**.



3. MOTIVACIÓN del usuario COMO ELEMENTO ESENCIAL (ojo a la diferente motivación respecto a los profesionales/entidades). Es el “combustible” de la intervención.

La clave operacional es la **ENERGÍA PARA EL CAMBIO**. La Intervención profesional y el planteamiento del Plan de Intervención, contendrán elementos de cambio de visión y de comportamiento que son imposibles de alcanzar por parte de las personas acompañadas si no existe un mínimo grado de **MOTIVACIÓN**.

Aquí la lectura profesional debe hacerse también en términos de existencia o no de **INCOMODIDAD, MALESTAR o SUFRIMIENTO** de las personas con la situación de partida. Si las personas atendidas están “subjetivamente bien” en su posición actual, no es plausible esperar un cambio. No hay **RAZÓN** para el esfuerzo que supone el cambio.

Dicho de otra forma, el **MALESTAR** con la situación es una fuente de motivación esencial. Si no se percibe el mismo, la **PALANCA de la INTERVENCIÓN SOCIAL** se podría quedar sin punto de apoyo. (Ver *principio de la palanca* en Peter M. Senge). Surge entonces la tentación de la coerción (denominada en ocasiones con el eufemismo de “condicionalidad”). ¿Es esta la única opción estratégica?

La otra fuente primordial de **MOTIVACIÓN** son los **ANHELOS conectados a proyectos vitales**. Desear un cambio posicional personal/familiar es fuente de energía (pulsión) para el cambio.

Si la percepción de caso es que se presenta un *diagrama energético PLANO* (no muestra interés o incomodidad...) o se parte de **AGOTAMIENTO Y/O ABANDONO** entonces no parece viable una intervención inmediata de impacto.

Procede **localizar el punto de palanca** o **esperar** (“espera activa”) que una crisis modifique la situación. La “espera activa” está ligada al vínculo. El usuario tiene que saber que en todo caso, el profesional está ahí.

En todo caso, la motivación expresada en términos de **DESEO DE CAMBIO** es un elemento crítico en la intervención.

No siempre se explicitan los deseos o los malestares. La lógica de la intervención nos lleva a una cierta mayéutica, esto es, a facilitar el discurso del usuario. De ahí la necesidad de diagnosticar y re-diagnosticar.

4. CADA INTERVENCIÓN SE CIERRA cuando hay PASOS EVIDENTES HACIA LA AUTONOMÍA. Procede diseñar los hitos del itinerario para que no se haga un “viaje eterno” o se entre en un bucle.

La baja tasa de autonomía lograda (¿?) y el transcurrir de tiempos muy prolongados en vulnerabilidad pueden generar (generan de hecho) frustración en usuarios y profesionales.

Lejos de enfatizar los “cierres” de caso por emancipación, es importante explicitar los avances sucesivos en forma de pasos dados (*steps*), por pequeños que sean, de forma que se evidencien los avances (outcomes) entendidos estos como los pequeños cambios de comportamiento, actitud o estado. Se persiguen – generalmente- mejoras progresivas y sostenidas más que “éxitos” espectaculares.

Otra cosa es considerar que la mayoría de casos expuestos como exitosos (casos de alta complejidad con diferentes dimensiones afectadas) tuvieron resoluciones de largo plazo 3 a 5 años.

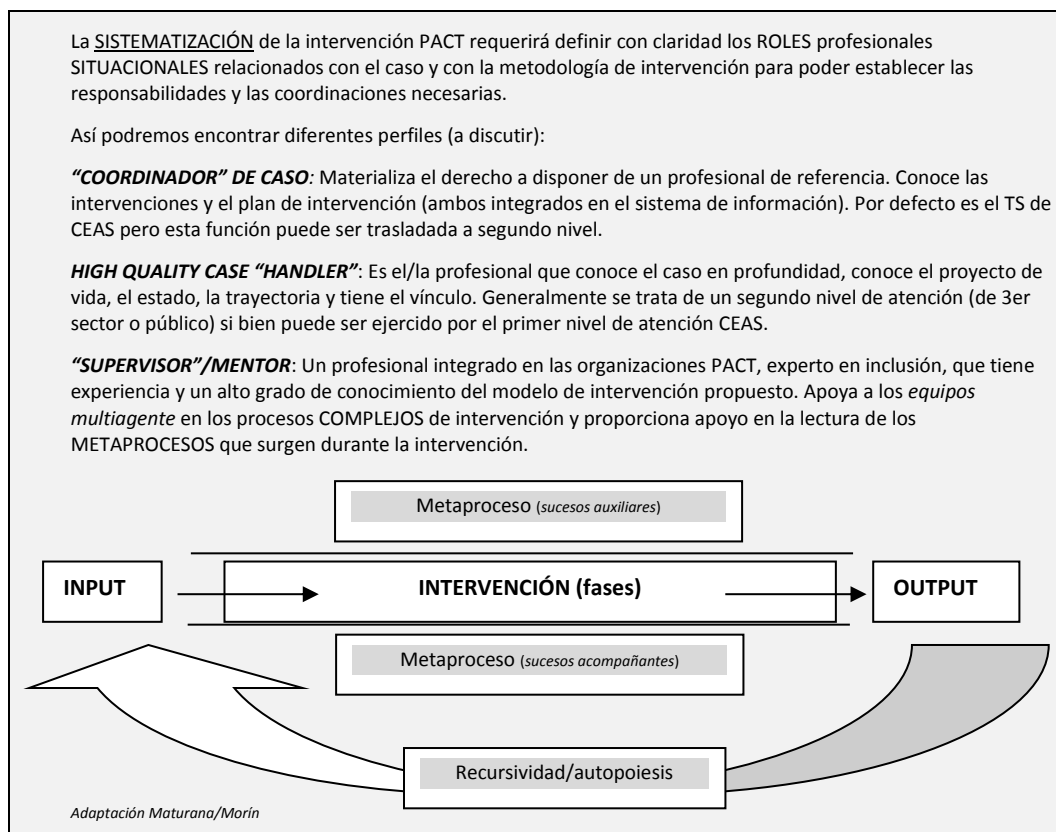
Procedería, eso sí, determinar **conjunto de síntomas y/o tiempos de intervención a partir de los cuales conviene revisar la estrategia** o incluso cambiar de operador profesional directo para evitar **ESTANCAMIENTOS**.



5. VARIOS PROFESIONALES... – DIFERENTES ROLES:

En los casos presentados, generalmente intervienen diferentes profesionales desde diferentes entidades y programas.

Este es un PUNTO CRUCIAL en la intervención en exclusión. La adecuada ordenación (coordinación) de la intervención parece estar presente en la mayoría de los casos considerados “exitosos”. No obstante, sensu contrario, hay que abordar los peligros de la sobre-intervención (varios agentes actuando de forma redundante) o de la disparidad de estrategias (varios agentes interviniendo hacia diferentes direcciones)



NOTA: Más adelante se reconfiguró el lenguaje a Coordinador de caso y Profesional de referencia tal como aparece en el Manual.

6. ESTRATEGIA COLABORATIVA - COORDINACIÓN DE ACTUACIONES ENTRE AGENTES: Esencial por generar sinergias y evitar contradicciones. También mejora el APOYO AL PROFESIONAL DE REFERENCIA por contar con visiones de otros/as colegas.

Las experiencias de resolución positiva en el abordaje de casos complejos de exclusión demuestran que es imprescindible la actuación coordinada y simultánea de diversas agencias y profesionales.

La cuestión es la **SISTEMATIZACIÓN Y ORDENACIÓN DE ESTA PRÁCTICA**. La “buena voluntad” es positiva, es necesaria... pero **NO ES SUFICIENTE**.

La **estrategia colaborativa**, para ser realmente eficaz y eficiente debe:

- Ser autorizada por el usuario.
- Ser percibida por el usuario.
- Contener procedimientos (tareas, roles, tiempos...) conocidos y compartidos por las agencias y sus profesionales.
- Generar evidencias (datos) en forma de **TRAZABILIDAD**
- Contener espacios de información **RELEVANTE** compartida (valoraciones)
- Permitir la investigación (información sobre patrones, patologías, intervenciones y huecos de desatención)
- Generar **APRENDIZAJES** (especialmente entre profesionales)



7. VISIONES DIFERENTES DE LA INTERVENCIÓN: Imprescindible SITUAR los PLANOS de la intervención. Poner en evidencia los intereses profesionales y del usuario y ALINEAR los que sea posible.

Los intereses del USUARIO de los servicios sociales al acercarse a los mismos no necesariamente coinciden –de hecho, generalmente no coinciden– con los objetivos de los servicios a los que acude.

El objetivo primario del usuario se sitúa muchas veces en la petición de ayuda puntual para la resolución de un problema/s concreto/s; muy lejos de realizar planteamientos globales de disminución de la vulnerabilidad o de adquisición de autonomía.

Desde esa óptica (que es mucho más compleja que lo relatado aquí) cabe la posibilidad de la mera atención a la demanda sin pasar a consideraciones más profundas o bien establecer un plan de intervención que conllevará otras atenciones y servicios que no habían sido realmente demandados. Surge aquí el problema de la LEGITIMIDAD de la intervención cuando no ha sido requerida por el usuario y/o explicitada por el profesional.

Se impone entonces –esto puede ser crítico– en los primeros momentos de la intervención, o de la revisión de caso, además del preceptivo análisis diagnóstico, el inicio de un proceso de COMUNICACIÓN en el que se desvelen los intereses de ambas partes, formulados en términos de posibilidad. **¿Pedir permiso?**

La formulación de un PLAN DE INTERVENCIÓN más allá de la atención a la demanda concreta se convertiría en un MÉTODO INVASIVO que puede generar rechazo o incomprensión lógicos sin no se ponen encima de la mesa los objetivos profesionales (institucionales). Un plan de Intervención –si no pudiera ser acordado– al menos sí debe ser siempre explicitado con total HONESTIDAD y en todos sus extremos.

Conviene aquí recordar los axiomas de la comunicación humana de P.Watzlavick (1981) y muy especialmente el quinto axioma: los problemas derivados de la simetría y/o la complementariedad en la comunicación:

2. *Es imposible no comunicarse.*
3. *Existe un nivel de contenido y un nivel de comunicación.*
4. *La naturaleza de una relación se establece en función de la puntuación o gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales. Consiste en la interpretación de los mensajes intercambiados y cómo influyen en la relación comunicativa que se establece. En muchas ocasiones se considera que una respuesta es consecuencia o efecto de una información anterior cuando el proceso comunicativo forma parte de un sistema de retroalimentación.*
5. *Existen dos modalidades de comunicación: digital y analógica. En este caso, la comunicación digital se corresponde con lo que se dice y la comunicación analógica hace referencia a cómo se dice.*
6. *La comunicación puede ser simétrica y complementaria. En la comunicación simétrica existe cierta igualdad en el comportamiento. La comunicación complementaria se corresponde a un proceso comunicativo en el que los participantes intercambian distintos tipos de comportamientos y su conducta es, en esta relación, complementaria. Puede ser de superioridad o de inferioridad.*

8. Cuidado con los CÓDIGOS COMUNICATIVOS. Atención a los SIGNIFICADOS.

En línea con el apartado anterior: 6 (VISIONES DIFERENTES), es preciso atender a los códigos comunicativos de manera que la atribución de significados a los discursos (ya sean digitales o analógicos) desde un distinto esquema referencial de los subsistemas profesional y cliente puede llevar a error a ambas partes.

Por ejemplo: existen determinadas claves culturales en población gitana para cuya comprensión es preciso tener, o bien un vasto entrenamiento, o bien un asesoramiento especializado experto. Por citar alguna situación concreta, el SIGNIFICADO de los atributos = [mujer, 16 años] se modifican sustancialmente si se le añade [+ gitana]. Entonces, las expectativas de rol (culturales y comunitarias) ofrecerán probablemente una singularidad muy potente –no necesariamente compartidas por la usuaria–.

Otro ejemplo: “*nuestros usuarios nos mienten*”. A partir de ahí las lecturas de la situación desde el sistema profesional y la respuesta subsiguiente puede ser meramente punitiva o puede realizarse –además– un meta-análisis del comportamiento del usuario en términos de estrategia de supervivencia.

Al hilo de la imposibilidad de no comunicar referida más arriba... cabe atribuir significados a los silencios, cuando menos como hipótesis de trabajo.

En definitiva se trata de realizar META-LECTURAS de la comunicación compleja que, nuevamente nos remiten a la necesidad de contrastar las hipótesis con colegas concededores del caso.



9. La instrumentalización (o abuso relativo) de las ayudas sociales: Lectura = ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA

En algunas de las intervenciones, especialmente cuando se trata de casos de trayectoria de alta cronicidad y dependencia, podría pensarse que quienes perciben de manera recurrente ayudas sociales “utilizan” el sistema con ese solo fin y desarrollan una estrategia de supervivencia que el propio sistema retroalimenta.

¿Cómo tengo que comportarme y qué tengo que decir (u omitir) para conseguir tal o cual ayuda?

Considerando que se trata de situaciones –generalmente- de auténtica necesidad, cuando se han desarrollado tales estrategias y han tenido un resultado exitoso, es razonable que en el futuro opere el principio de la recursividad organizacional:

Un proceso recursivo es aquel en el cual los productos y los efectos son al mismo tiempo causas y productores de aquello que les produce. (Morin 1990)

Esto quiere decir que si en el **TEATRO DE LA INTERVENCIÓN** se permite que el usuario tenga sensación de haber conseguido lo que buscaba mediante una estrategia no sincera, por ejemplo, *generando compasión...* el resultado final será el refuerzo de esa relación con el sistema. La próxima vez que se acerque al sistema, lógicamente, se comportará conforme el propio sistema le ha mostrado.

¿Otro tanto cabe aplicar al sistema y a sus profesionales?

10. HABILIDADES Y COMPETENCIAS de los usuarios = TESORO que hay que descubrir. El enfoque APRECIATIVO en clave diagnóstica.

El proyecto PACT apuesta desde su diseño por el llamado ENFOQUE APRECIATIVO. Pero ¿cómo se concreta dicho enfoque?

Es muy habitual prestar toda la atención, desde el inicio la intervención, a las situaciones carenciales (en cualquiera de las dimensiones) porque además suelen ser el MOTIVO y el OBJETO DE LA DEMANDA INMEDIATA EXPRESADA y el inicio de la puesta en funcionamiento de servicios, atenciones y prestaciones por parte de los agentes implicados.

La necesidad de intervención –a veces inmediata/urgente- sobre aspectos carenciales hace que la mirada profesional se dirija con cierta exclusividad hacia estos (también es así en parte con la aplicación de la herramienta HMDE).

Sin embargo la experiencia parece mostrar que los casos de resolución positiva (mejora o emancipación) han tenido algún punto de apalancamiento en capacidades, habilidades o competencias positivas de los participantes (usuarios).

El enfoque APRECIATIVO de caso se concreta en una formulación de 4 pasos (4D):



1) *Discover*-Descubrimiento: Lo mejor de lo que ha sido y de lo que se es. Partir de lo que funciona.

2) *Dream*-Sueño: ¿Qué queremos que sea? Establecer la visión, siempre orientada hacia resultados.

3) *Design*-Diseño: Propuestas posibles de lo ideal. Co-construyendo el Ciclo de las 4D del Enfoque Apreciativo. Elaborado por Hernández Echegaray A (2012). a partir de C. Barranco (2011).

4) *Destiny*-Destino: Cambio positivo sostenido. Evaluación.

DISCOVER: Se trabaja esta fase desde el diagnóstico y la trayectoria con la información aportada por el usuario. Aquí es donde hay que descubrir los “tesoros” de las capacidades, habilidades, currículum oculto, capital relacional de escalera, etc...

DREAM: Destino final del PI

DESIGN: Plan de intervención

DESTINY: Validación de alcances/logros.



11. EL VÍNCULO: Esencial. Determinación del mayor/mejor vínculo para la intervención. VÍNCULO SITUACIONAL => Retirada y sustitución si se aprecia SATURACIÓN.

En el proceso de intervención es poco probable que se pueda pactar un plan de atención o la adherencia a una serie de compromisos (comportamientos en definitiva) si no se ha establecido una relación SIGNIFICATIVA entre profesional y usuario.

Sandra Sassaroli define bien el vínculo "...como una relación horizontal, pero no simétrica, donde dos personas involucradas encarnan diferentes roles y en la que una de las partes tiene una función de ayuda hacia la otra. La creación del vínculo requiere que la persona necesitada de ayuda tenga confianza en quien quiere ayudarle [...], que la haya reconocido como un referente válido o la posibilidad de servir como modelo de actuación o guía en el proceso." (Sassaroli, citada por Darder y Vázquez, 1998: 36).

La construcción del vínculo como elemento de seguridad y ayuda requiere que el profesional se convierta en una persona significativa para el individuo al que quiere acompañar. [...]

En definitiva, el vínculo que se establece entre el trabajador social y el cliente es, en sí mismo, una fuente de ayuda y de beneficio, que permite al cliente desplegar una relación segura, de confianza y significativa en la que puede identificar sus problemas y entregarse a su resolución, a partir de una amplia comprensión de sus capacidades, posibilidades y recursos.

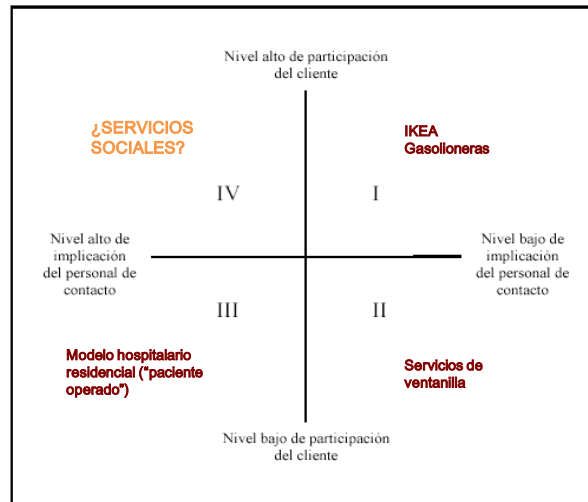
Carmina Puig i Cruells (2008)

Esto requiere (ver apartado 5 de este doc.) que exista una figura profesional con relación significativa que no siempre coincidirá con el "coordinador de caso" del nivel de atención primaria.

Por otra parte, si la relación (el vínculo) se corrompe o se satura... procedería la revisión y la sustitución, para lo que de nuevo es necesario un sistema de apoyo inter-profesional.

12. PARTICIPACIÓN USUARIO: Clave para la implicación.

Que este es un elemento clave, es una obviedad...



Adaptado de: Pierre Eiglier y Eric Langeard
"Servucción, el marketing de los servicios" (1989), McGraw-Hill

Pero... ¿cómo?

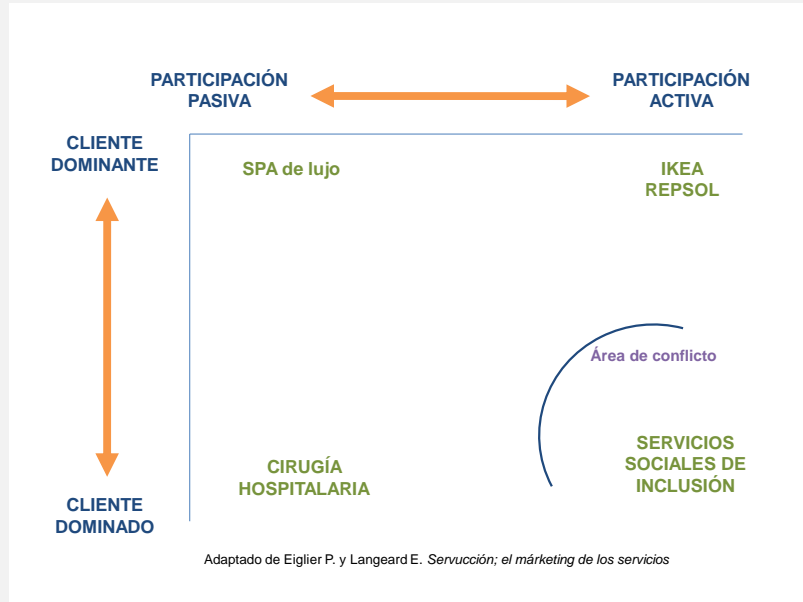


13. Empoderar (ver condicionalidad y participación) puede llevarnos a una ZONA DE CONFLICTO que hay que saber manejar. La lectura de estos conflictos tiene que objetivarse desde una mirada analítica profesional.

El empoderamiento (regir, en definitiva, la propia vida) supone incrementar el conocimiento del estado de la situación, de las alternativas o soluciones posibles, y una toma de decisiones.

Cuando el OUTPUT de procesos anteriores ha sido de manera recurrente la DEPENDENCIA del sistema (y en ocasiones la indefensión aprendida) podemos encontrarnos con situaciones en las que “forzar” la participación nos lleva a una zona de conflicto.

Precisamente se sale de esa zona gracias a la adquisición de poder para la toma de decisiones informadas.



Conviene determinar en qué zona se mueve la intervención en un momento dado y hacia donde se quiere llevar.

14. EQUILIBRAR LA INTENSIDAD de empoderamiento y de traslado de responsabilidad es MUY DELICADO.

El reto es la graduación de los ritmos... especialmente en los procesos de empoderamiento. Pactar los ritmos, no cejar pero no agobiar.

RESPECTAR LOS TIEMPOS DEL USUARIO. Aprender a “jugar sin balón”. FLEXIBILIDAD

15. No es asumible trabajar estos procesos complejos desde la SOLEDAD PROFESIONAL. SIEMPRE se ha de tener complicidad con COLEGAS implicados (partners en la intervención) y no implicados (supervisores / mentores)

La enorme complejidad de los procesos de exclusión, la pertinencia de incorporar diferentes enfoques sobre un mismo caso y la necesidad de poner en funcionamiento –a veces de manera simultánea- un conjunto global de atenciones diferenciadas pero integradas en el mismo caso, conllevan una intervención MULTIAGENTE en la que todos deben comprender y pactar la direccionalidad de proceso de intervención al tiempo que sirven de apoyo unos a otros.

Las diferentes habilidades y conocimientos deben ser puestos al servicio de la resolución del caso en clave sinérgica.

Por otra parte, en ocasiones puede ser precisa la intervención de colegas expertos que no estén directamente implicados en el caso y que puedan aportar una visión diferente respecto a los metaprosesos y a los resultados de la intervención.



16. Población target del PACT (reflexión en clave interna para el pilotaje): Perceptores de RGC ¿Esto excluye otros sectores/personas afectados por situaciones de Exclusión Social?

Centrarse en perceptores de RGC puede empobrecer PACT por no incorporar al pilotaje algunos casos de –por ejemplo- **personas extranjeras** con problemas de documentación que hacen muy difícil su acceso a RGC).

Es cierto que se trata de un perfil de alta vulnerabilidad que en ocasiones presenta serias desventajas acumulativas de todo tipo (desarraigo; dificultad con el idioma; exclusión residencial; baja empleabilidad; derechos básicos limitados (p.ej: sanidad); si bien en ocasiones se aprecia una elevada motivación para la integración social.

No obstante, estimamos que la variabilidad de perceptores de RGC es muy elevada y que basta para la experimentación. Esto vendrá demostrado o falsado por la segmentación poblacional.

17. LECCIONES DE COMPLEJIDAD... NO funciona la planificación lineal de caso basada en CAUSALIDADES... Hay que atender a los micro-progresos y anotarlos entendiendo que el ESPACIO TIEMPO de los eventos significativos excede con mucho a los límites de la intervención...

- **AUTO-ECO-ORGANIZACIÓN y RECURSIVIDAD:** Una MALA PRÁCTICA PROFESIONAL formará ineludiblemente parte del siguiente proceso de intervención en forma de RESISTENCIA y DESCONFIANZA. Pero lo mismo puede decirse en sentido positivo.

- **PRINCIPIO DIALÓGICO:** Una barrera puede ser leída como el camino de salida y viceversa. (p.e: situaciones de discapacidad no valoradas que pueden dar acceso a prestaciones)

- **PRINCIPIO HOLOGRAMÁTICO:** Inferencia bidireccional inductiva y deductiva (no unidireccional)

El todo contiene la parte y una pequeña parte contiene el todo. Este principio básico del Constructivismo de Maturana y Morin permite comprender la complejidad y es una ventaja de la intervención social compleja ya que asegura la validez de las hipótesis por inferencia de la observación de un miembro de una unidad familiar más compleja.

En clave de intervención social..., lo micro, las observaciones de detalles o de cuestiones aparentemente sin importancia pueden contener una información importantísima (el ADN de la estructura relacional familiar por ejemplo). Se puede considerar aquí cierto valor predictivo.

Lo mismo se puede decir de la observación (necesaria) de un macro contexto... que contiene explicaciones de micro-comportamientos esperables.

18. OTROS APRENDIZAJES sobre los que se trabajó en los Equipos Técnicos Locales

- **SITUACIONES AISLAMIENTO SOCIAL** poseen la dificultad añadida de que es más complicado **GENERAR CLIMA Y VÍNCULO**.
- **PRESTAR MUCHA ATENCIÓN A LOS MOMENTOS VITALES CRÍTICOS** de los miembros de la UF (por ejemplo adolescencia)
- **PELIGRO DE ENTREGAR UN MERO “VADEMECUM” DE RECURSOS** (dónde pedir qué...) sin intentar realmente una **INTERVENCIÓN**.
- **MÉTODOS INVASIVOS – NO INVASIVOS...** Pedir permiso para **AMBOS**, aclarar los objetivos profesionales y la justificación de la “molestia”
- **BUSCAR PUNTOS DE APALANCAMIENTO** para el cambio = (1) Hijos/as (situaciones de cambio en los hijos/as; crisis en los hijos/as; conciencia de transmisión intergeneracional. (2) Sucesos vitales críticos; empeoramientos abruptos (si son detectados y aprovechados). Son **PUNTOS CRUCIALES** en la historia del caso. (3) Sucesos vitales naturales (emancipación)
- **ATENCIÓN A LOS “EFECTOS SECUNDARIOS”** de nuestros “tratamientos” (p.e. RGC sin plan adecuado=> peligro de adicción en forma de acomodación/dependencia/cierre a otras perspectivas o alternativas)
- **NO HAY EMPODERAMIENTO SI HAY PÉRDIDA DE DIGNIDAD => recuperar la dignidad empieza por tratar con dignidad (PIGMALIÓN).** Exquisito cuidado.



- **PLANTEAR METAS ALCANZABLES** (no abocar al fracaso por ser excesivamente ambiciosos) y **PROGRESIVAS**.
 - Los PII deben ser **REALES**. Eso puede llevar un tiempo de conocimiento mutuo y algunos ajustes.
 - Importante: **DESMONTAR ESTEREOTIPOS** al inicio. “La RGC no es el final... es el principio”
 - Comprender los **ROLES DIFERENCIADOS** en función de claves culturales.
 - Lectura de la **INDEFENSIÓN APRENDIDA**... sutileza.
 - ¡CUIDADO con la **SOBREINTERVENCIÓN!** Se da de dos maneras: Varios agentes interviniendo sobre lo mismo al mismo tiempo... / Varios agentes interviniendo sobre diferentes ámbitos con estrategias contradictorias.
 - Importancia de incrementar el **CAPITAL RELACIONAL**. En casos de difícil empleabilidad... los cursos pueden ser una vía para el acceso a mayor capital (sin que el empleo en sí sea el objetivo primario).
 - **USUARIO EXPERTO** tiene dos acepciones: **NEGATIVA** (consumidor habitual... sabe qué pedir a cada quien sin entrar en adherencia a PII) o **POSITIVA** (usuarios/as que han **COORDINADO** el caso y los recursos).
-

