

# Apuntes sobre el diagnóstico social. Perspectivas y realidades

Notes on social diagnosis. Perspectives and realities

Anna Mata Romeu<sup>1</sup>

## Resumen

El texto pretende analizar, exponer y reflexionar sobre los diferentes caminos por los que ha atravesado la metodología diagnóstica en trabajo social en España hasta llegar a las formulaciones diagnósticas actuales. Repasaremos, así, las metodologías diagnósticas que se llevan a cabo en la actualidad y que incorporan, entre otros: la formulación de indicadores (que permiten la sistematización de las necesidades sociales); el *autodiagnóstico*; la agregación de elementos reforzantes, facilitadores o amenazantes del medio social del sujeto (que se conjugan en el diseño del proceso de intervención) y una terminología diagnóstica que tiende a uniformizarse y, por tanto, genera una nomenclatura común dentro de las profesiones sociales.

**Palabras clave:** Diagnóstico, autodiagnóstico, metodología de TS.

## Abstract

The text aims at analyze, expose and reflect on the different ways in which the diagnostic methodology in social work in Spain has gone through until reaching the current diagnostic formulations. We will also review the diagnostic methodologies that are currently carried out and that include, among others: the formulation of indicators (which allow the systematization of social needs); the self-diagnosis; the aggregation of elements reinforcing, facilitating or threatening the social environment of the individual (which are combined in the design of the intervention process) and a diagnostic terminology that tends to be standardized and, therefore generates a common nomenclature within the social professions.

**Key words:** Diagnosis, self-diagnosis, SW methodology

**Para citar el artículo:** MATA ROMEU, Anna. Apuntes sobre el diagnóstico social. Perspectivas y realidades. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, agosto 2017, n. 211, páginas 54-65. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Diplomada en trabajo social. Doctora en sociología. Profesora en el Grado de Trabajo Social de la Universitat de Lleida.

## De qué hablamos cuando hablamos de diagnóstico

Mary Richmond publicó en 1917 su conocido libro *Diagnóstico Social*. En el mismo, la autora reivindicaba la cientificidad de aquella *nueva* disciplina profesional y, por tanto, el derecho a *diagnosticar* dentro de nuestra metodología profesional.

En el centenario de su publicación, pretendemos exponer algunas aportaciones y ejemplos en torno a las formulaciones diagnósticas actuales en nuestro país. En este sentido, queremos agradecer que, en los últimos años, el Colegio Profesional de Trabajo Social de Catalunya nos ha brindado la oportunidad de poder conocer de primera mano, mediante la interacción y el debate con profesionales del trabajo social de distintas partes del territorio, cuáles eran las dificultades y oportunidades con que estos profesionales se encontraban en el momento de diagnosticar, qué metodologías diagnósticas utilizaban y, a la vez, reflexionar sobre la utilidad de las mismas en sus ámbitos de intervención. Estas interacciones nos han reportado un gran enriquecimiento profesional y este conocimiento ha sido de gran utilidad para la construcción del presente texto.

El sentido y el alcance del concepto *diagnóstico* ha sido ampliamente debatido en nuestro contexto. Sin ánimo de ser exhaustivos tomamos las definiciones de Colomer (1979: 21), Ander-Egg (1982: 19) y del *Diccionari de serveis socials* (2010: 64). Sus definiciones nos aportan ya interesantes claves sobre el objeto a acometer:

- Se refieren a un proceso de aproximaciones sucesivas.
- Se refieren a un procedimiento, es decir, un método, lo más organizado, sistematizado y riguroso posible.
- Implican una jerarquización, una priorización, es decir, la necesidad de efectuar, en algún momento del proceso, una ordenación de todo aquello detectado o conocido.
- Se refieren a las aspiraciones y carencias del individuo/grupo; es decir, pretende conocer no solo sus limitaciones sino también sus ilusiones, sus objetivos y motivaciones principales.
- Suponen un juicio profesional, según los estándares aceptados, lo cual apela a los efectos de nuestras valoraciones o intervenciones en las vidas de las personas.

## La vigencia del diagnóstico como metodología

El primer Plan Concertado, implementado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1988), aunque produjo un incremento cuantitativo del número de instituciones, programas y organismos dedicados a tareas de atención social, quizás no supuso un avance paralelo en metodologías diagnósticas;

si nos preguntamos por qué, se nos ocurre tres razones principales.

Primera: los organismos contratantes (públicos y privados) aunque aumentaron el número de programas y proyectos de intervención social, lo hicieron desde un prisma cuantitativo (aumentar número de usuarios atendidos y presupuesto), lo que sumergió a los profesionales en protocolos de intervención excesivamente rígidos y protocolizados.

Segunda: entre los profesionales, en los años 80-90, el discurso mayoritario era contrario a la sistematización de procesos de intervención (y, por tanto, a la existencia de metodologías diagnósticas un tanto estandarizadas) y abogaba por un trabajo social singularizado en el propio «cliente» a partir del *casework*. No faltaban reflexiones centradas en dificultades o dudas metodológicas («no sé cómo hacerlo»), falta de tiempo («no tengo tiempo para hacerlo»), innecesaridad («si nadie me lo pide: ¿por qué hacerlo?»), o, simplemente inercia ante la innovación («si nunca lo he hecho: ¿por qué empezar?»).

Y tercera: hay usuarios que ante la retracción, tanto de los organismos responsables como de los propios profesionales, participaban en este entramado como sujetos pasivos, que recibían una respuesta de las instituciones sin plantearse su capacidad y derecho a decidir o participar en su diagnóstico.

Quizás el detonante que propició un cambio en torno a la cuestión fue un hecho netamente jurídico, que no metodológico. Nos referimos a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (revisada el 5 de marzo de 2011). La Ley enfatiza la necesidad de dar a conocer al usuario todo aquello que el profesional realice con sus datos personales y la información que se disponga o se recabe sobre él; es decir, el usuario debe saber de qué información se dispone, qué tratamiento se hará de la misma y cómo se realizará su transmisión entre Administraciones. Dado que aquello con que trabajan los profesionales sociales suele ser información –casi siempre altamente confidencial– de la vida de las personas, la implementación de la ley propició no pocas reflexiones sobre cómo podíamos, desde el trabajo social, recabar, usar y «trabajar» esta información a la vez que cumplíamos sus preceptos.

En este mismo hilo argumental, resulta interesante (y un ejemplo más de los que venimos afirmando) consultar la formulación de la actual Ley de Servicios Sociales de la Generalidad de Cataluña,<sup>2</sup> en ella se detalla como derechos de los usuarios, entre otros.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Ley 12/2007 de 11 de octubre.

<sup>3</sup> Artículos 9 y 10 de la Ley 12/2007 de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

- Conocer la valoración que se hace de su situación personal y familiar, en un lenguaje entendedor y accesible, por escrito, y si es necesario, de palabra. Esta valoración debe incluir la cualificación de las necesidades familiares.
- Participar en el proceso de toma de decisiones sobre el proceso de intervención a implementar y disponer de un plan de atención social, en función de las dos anteriores.
- Poder manifestar su opinión en los procesos de evaluación que se arbitren.

A nuestro entender la Ley transfiere a los profesionales la necesidad de disponer de una buena herramienta diagnóstica para llegar a una valoración profesional. Además, el usuario tiene derecho a reclamar por escrito el diagnóstico resultante, participar en la confección del mismo e impugnarlo si no se está de acuerdo con la valoración.

Este hecho, como decimos, quizás más formal que profesional, llevó a repensar, desde el trabajo social, las bases metodológicas sobre las que se realizaban los diagnósticos sociales y condujo a una reformulación profunda de los mismos; reformulación que pasamos a explicar con mayor detenimiento.

**La Ley transfiere a los profesionales la necesidad de disponer de una buena herramienta diagnóstica para llegar a una valoración profesional**

## El diagnóstico dentro del proceso de intervención

Es ampliamente aceptado como modelo de intervención profesional, las fases de intervención propuestas, entre otros, por Aguilar (2013), Ander-Egg (1982), Barbero (2002), Conde Megías (1998), Red y Cruz (2003), Thompson (2002) que *grosso modo* se basan en: fase preliminar; fase de negociación; fase de puesta en marcha y fase de evaluación.

Este modelo propugna la circularidad de esta intervención a partir de un proceso de aproximaciones sucesivas, que discurre desde la toma de contacto con una situación socio-personal, hasta el proceso de evaluación de las intervenciones realizadas en la misma.

En nuestro país, gravita un debate permanente sobre si el diagnóstico forma parte *exclusivamente* de la fase preliminar o de estudio de la situación socio-personal-familiar o si, por el contrario, el diagnóstico se *arrastra* a lo largo de toda la intervención profesional y está permanentemente abierto y sujeto a aquellas modificaciones/aportaciones que puedan sobrevenir en las vicisitudes del sujeto de intervención. Hamilton (1987), por ejemplo, considera que el diagnóstico «es un proceso continuo, flexible que está en permanente evolución» y Aguilar y Ander-Egg (1999), por su parte, consideran el diagnóstico como una síntesis apriorística, que permitirá la formulación de un pronóstico (asociado, a su vez, a un plan de acción).

Nuestra posición en torno a esta cuestión se postula en el primero de los enunciados, dado que consideramos que un

**El diagnóstico, básico para arbitrar el plan de acción y que nos permitirá la recogida sistemática de información; el establecer prioridades y decisiones sobre la futura actuación; la implementación de estrategias**

diagnóstico «abierto» a lo largo de todo el proceso resulta un diagnóstico inconcluso y, por tanto, inoperante para el proceso de toma de decisiones: su verdadera razón de ser y utilidad.

Así, el proceso de intervención profesional debería ser un modelo que incluya: el diagnóstico, básico para arbitrar el plan de acción y que nos permitirá la recogida sistemática de información; el establecer prioridades y decisiones sobre la futura actuación; la implementación de estrategias y actuaciones y la recogida de los resultados, y la evaluación, que debe ser permanente en todo el proceso, a modo de guía de calidad del mismo y método de validación de los resultados y de una nueva toma de decisiones. Es un planteamiento extensivo que se ajusta a lo que Hamilton (1987) denomina «el estudio del medio ambiente del sujeto».

### **El diagnóstico como herramienta para la toma de decisiones**

Aceptada la necesidad del diagnóstico previo a la intervención se postuló dotarse de valoraciones diagnósticas suficientemente conocidas y aceptadas por la profesión que, a su vez, contuviesen indicadores descriptivos (cuantitativos y cualitativos) que las delimitasen claramente, para facilitar una metodología de trabajo común.

En esta formulación, una de las primeras categorizaciones será la propuesta por Maite Martín Muñoz (2003),<sup>4</sup> quien enunciará un modelo de diagnóstico a partir de la delimitación de las necesidades básicas que debe tener cubiertas una persona/grupo familiar y la posibilidad de identificar las carencias o déficits de este grupo, es decir, cuál o cuáles de estas necesidades no tiene cubiertas y en qué magnitud. De este modo la autora encadena variables e indicadores hasta llegar a cinco posibles categorías diagnósticas y una de ellas será la que recibirá por escrito el sujeto de intervención.

Esta designación, de extendida utilización en sus inicios, imprimía un paso gigantesco en las metodologías diagnósticas, dado que permitía, como apuntábamos, sistematizar procesos de trabajo, compartir y comparar valoraciones y evaluar estos juicios apriorísticos.

De esta forma, el método diagnóstico a partir de la delimitación de variables/indicadores se fue implantando en nuestro país y aparecieron variadas formulaciones que, en su raíz, respondían a esta misma lógica; por ejemplo, el *Manual para el diagnóstico en salud mental*, elaborado por el Grupo de trabajadores sociales de Salud Mental del Colegio Profesional de Tra-

<sup>4</sup> <http://www.cgtrabajosocial.com/araba/publicaciones/manual-de-indicadores-para-el-diagnostico-social/46/view>

bajo Social de Cataluña en 2010.<sup>5</sup> Este, aunque parte de la misma premisa que el anterior, persigue ajustar de forma óptima los indicadores con las características de los usuarios de estos servicios, y consigue crear un instrumento muy útil y operativo para trabajar con las personas aquejadas de problemas de salud mental y sus familiares.

El arquetipo de trabajar con indicadores para la realización de diagnósticos sociales se ha empleado con gran éxito en España. Así, aparecieron la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón;<sup>6</sup> el RUMI<sup>7</sup> (para diagnosticar situaciones de maltrato infantil, elaborado por la Comunidad Autónoma de Cataluña); la Propuesta de Indicadores sobre Bienestar Infantil de UNICEF-España (2010);<sup>8</sup> Guía para la asignación de Servicios Sociales a personas en situación de dependencia, en la Comunidad Autónoma de Galicia (2013),<sup>9</sup> y la propuesta de Raya Díaz (2006).

Simultáneamente, se idearon baterías de indicadores diagnósticos para un mejor conocimiento de los procesos de exclusión social. Muestra de ello sería la profusa propuesta del Gobierno Foral del País Vasco quien, fruto de un amplio proceso de participación de los profesionales de esta Comunidad, publicó el *Instrumento de Valoración de la Exclusión Social* (2014). Se trata de una encadenación de variables e indicadores holística, muy bien trabada, ordenada y desarrollada para el conocimiento de gran parte (por no decir todos) de los problemas sociales y/o procesos de exclusión e inclusión social que presentan los usuarios de Servicios Sociales.<sup>10</sup> Este modelo despliega una batería de variables e indicadores diagnósticos hasta un total de 171. De estos, 41 permiten realizar un diagnóstico inicial y su totalidad (171) un diagnóstico en profundidad. Asimismo, se separan 77 indicadores que permiten un diagnóstico de la situación de exclusión social, indicadores que se entrecruzan de entre los diferentes ámbitos y dimensiones. A partir de este elenco se obtiene –para iniciar la intervención profesional con el usuario– la devolución diagnóstica, un pronóstico de su situación y el Plan de trabajo. Este modelo sería quizás, en estos momentos, la máxima expresión de los procesos diagnósticos mediante indicadores que se realizan en España. En algunos Servicios Sociales de Consejos Comar-

<sup>5</sup> Disponible en línea a <http://www.tscat.cat/continguts/publicacions> (monogràfic núm. 5).

<sup>6</sup> <http://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6550/comentarios/>

<sup>7</sup> <https://infanciarespon.gencat.cat/rumi/AppJava/simulacio/simulacio.html>

<sup>8</sup> <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/publicaciones/propuesta-de-un-sistema-de-indicadores-sobre-bienestar-infant>

<sup>9</sup> <http://benestar.xunta.es/web/porta1/portada;jsessionid=6836A33D4BA4419D6CE7A7613D85CDCB>

<sup>10</sup> [http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento\\_valoracion/es\\_instrume/instrumento\\_valoracion.html](http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/instrumento_valoracion/es_instrume/instrumento_valoracion.html)

cales de Cataluña se ha realizado una adaptación del mismo (previa autorización de sus autores) y lo utilizan como metodología diagnóstica usual. Persigue también, como venimos afirmando, la homogenización de nomenclaturas y valoraciones.

Huelga decir que este modelo diagnóstico descriptivo, que persigue la síntesis ponderada de una situación personal concreta, previa a toda intervención social (e incluso desligada de la misma) existe en diferentes variantes. Sin ánimo de exhaustividad citaremos: el Self-Sufficiency-Matrix,<sup>11</sup> utilizado en Holanda, el Northern Ireland Single Assessment Tool (NISAT),<sup>12</sup> utilizado en Irlanda del Norte, y el Caseload Management,<sup>13</sup> utilizado en la República de Irlanda.

Con todo y, a pesar de la evidente utilidad y el avance que significan estas codificaciones, algunas voces consideran que estas formulaciones desembocan en una interpretación demasiado férrea de las variables diagnósticas. Es decir, que por una parte estas etiquetas resultan demasiado rígidas y dejan poco margen para la libre interpretación del profesional; y, por otra, la sistematización de indicadores resulta, en cierta forma un diagnóstico inconcluso, dado que no permite incluir ni la autoevaluación del sujeto de sus propias potencialidades/carencias ni la inclusión en el mismo de los potenciales recursos a conjugar para revertir la situación.

En esta línea, recordemos que aquello que nosotros demandamos a un procedimiento diagnóstico es que nos permita llegar a una interpretación de la situación; que tenga en cuenta tanto los factores de riesgo como los aspectos positivos; identificar los recursos disponibles (tanto los existentes como los potenciales); comunicar o hacer extensible al sujeto la valoración que nosotros hacemos de aquello que le pasa, y dilucidar nuestro plan de acción, que pasa por ser objetivos respecto a las posibilidades de atención que tenemos desde nuestro lugar de trabajo.

De ahí que resulten muy interesantes experiencias que se están fraguando actualmente a lo largo del territorio español que intentan conjugar todos los elementos enumerados. Señalamos, a modo de ejemplo, dos de ellas.

- La Herramienta de Valoración Social (DS-Diba) para los Servicios Sociales Básicos en Cataluña, de la Diputación de Barcelona, todavía en fase de validación.<sup>14</sup> Persigue enlazar algunas de las cuestiones a las que nos venimos refiriendo; así, logra estandarizar las situaciones socia-

**Aquello que nosotros demandamos a un procedimiento diagnóstico es que nos permita llegar a una interpretación de la situación; que tenga en cuenta tanto los factores de riesgo como los aspectos positivos**

<sup>11</sup> <http://www.selfsufficiencymatrix.org/zrm-int.aspx>

<sup>12</sup> <https://www.health-ni.gov.uk/publications/northern-ireland-single-assessment-tool-and-guidance>

<sup>13</sup> [https://www.iasw.ie/attachments/Framework\\_for\\_Caseload\\_Management\\_IASW\\_SWID](https://www.iasw.ie/attachments/Framework_for_Caseload_Management_IASW_SWID)

<sup>14</sup> Comunicación presentada en el I Congreso de la Acción Social, 6 y 7 de julio de 2017, Universidad de Vic. <http://inclusio.cat/comunicacions/>

les, determinar niveles de riesgo de las diferentes casuísticas y guiar la intervención profesional. Sus objetivos a nivel meso y macro pretenden, asimismo: planificar la distribución de recursos; evaluar el impacto de las intervenciones realizadas desde los diferentes servicios; contar con otros instrumentos de validación especializados (como los de infancia), y conseguir un lenguaje diagnóstico compartido por el corpus profesional.

- El PACT-PROJECT de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.<sup>15</sup> Es un proyecto iniciado en 2014 dirigido a diseñar y poner en práctica una herramienta común de diagnóstico multidimensional de la inclusión, que permitirá, por un lado, sistematizar los riesgos y la posición del individuo en el proceso de exclusión y, por otro, orientar las decisiones del plan de intervención. Persigue ensayar un nuevo modelo de atención a las personas en riesgo de exclusión social en esta Comunidad y trabaja en la creación de un «modelo proactivo orientado a la gestión de casos para la inclusión social» (PACT, en sus siglas en inglés). Implica experimentar con una nueva forma de atender proactiva y preventiva, detectando mediante técnicas de diagnóstico las situaciones y los perfiles de personas y familias susceptibles de ser atendidos integralmente antes de que se produzcan agravamientos y cronicidades de la exclusión. Y está centrada en el empoderamiento, desde un enfoque calificativo y apreciativo, pues pretende trabajar más a partir de identificar fortalezas, que no debilidades, es decir, factores de protección que no de riesgo; incorporando también la autovaloración del usuario del proceso de exclusión-inclusión en el que está inmerso.

El trabajar a partir de la «autoevaluación» que las personas atendidas por los Servicios Sociales realizan de su propia situación, procesos vitales y deficiencias es algo que va cogiendo fuerza en el territorio español, aunque sea para nosotros, en general, algo todavía novedoso y poco aplicado en la práctica profesional. Existen, en el ámbito sobre todo anglosajón, diversas metodologías de este tipo, algunas han empezado a utilizarse en nuestro país (de forma más o menos traducida) y, en otros casos, se ha procedido a la creación de modelos «propios» basados en este planteamiento.

Para introducirnos en este paradigma de intervención, nos resultará útil recurrir a la matriz de análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades).<sup>16</sup> Esta, aunque tradicionalmente aplicada al análisis organizacional, resulta de

<sup>15</sup> <http://www.pact-project.eu/>

<sup>16</sup> Proviene de las siglas en inglés SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities y Threats*).

La utilización del DAFO para los procesos diagnósticos en trabajo social invita a un proceso de trabajo *con* el sujeto, no *para* el sujeto

utilidad para su aplicación a procesos de acompañamiento desde el trabajo social por diversos motivos: la sencillez de su planteamiento; la facilidad con que este puede ser explicado al usuario; la oportunidad de que este se plantee su situación en términos opuestos (positivo/negativo, *insite/outsite*) que permite visualizar una situación desde dos puntos de vista, y el hecho de que puede utilizarse para trabajar de forma individual con un usuario, pero también con su pareja o grupo familiar realizando varios DAFO simultáneos o correlativos (en diferentes momentos). Se propugna su uso, en fin, para la valoración conjunta (profesional-usuario) o la autovaloración (grupo familiar) de una situación socio-personal concreta.

La utilización del DAFO para los procesos diagnósticos en trabajo social, sin duda, puede parecer transgresora pero también altamente eficaz (por la sencillez de su planteamiento) y, sobre todo, invita a un proceso de trabajo *con* el sujeto, no *para* el sujeto. Es decir, invita a su cumplimentación conjunta (profesional-sujeto en trabajo compartido) o a que sea este -junto con su grupo familiar- el que reflexione de manera libre sobre la ordenación de sus carencias/oportunidades. Los resultados permiten nuevos *feedbacks* en la relación profesional en la línea impulsada por Perlman (1970), que nos recuerda que el diagnóstico debe llevar implícita la participación del usuario para ser tal. De hecho, el análisis DAFO no se diferencia demasiado de lo que Smale, Tuson y Statham (2000: 128) denominan «feedback and monitoring consequences of change» que disocian en: «desirable/undesirable; anticipated/unanticipated; direct/indirect».

En esta línea discursiva y, a título de ejemplo, nos referiremos al Modelo PRECEDE (acrónimo en inglés de *predisposing, reinforcing, and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*)<sup>17</sup> descrito por Green y Kreuter en 1991. Es este un modelo ampliamente conocido y utilizado (con diferentes variantes) en todo el espacio europeo y que se aplica, con éxito, en procesos diagnósticos tanto del ámbito individual-familiar como del comunitario, en proyectos educativos, de la salud, etc. El modelo diferencia entre: factores predisponentes (aquellos que anteceden a la conducta y que proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla); factores facilitadores (condiciones de vida que actúan como barreras a la acción o que, por lo contrario, incluyen las nuevas habilidades que una persona necesita para realizar un cambio conductual o ambiental; son los que se convierten en el objetivo inmediato de la intervención profesional), y factores reforzadores (los *feedbacks*, premios o castigos positivos o negativos que la persona recibirá con posterioridad a su conducta). El diagnóstico plantea que la persona identifique estos tres factores, y a partir de este

<sup>17</sup> Predisponer, reforzar y posibilitar las causas en el diagnóstico y la evaluación educativos.

proceso se plantea todo el acompañamiento profesional y plan de trabajo.

Este «autodiagnóstico» serviría asimismo para los procesos de *empoderamiento* por los que abogan Labonté (1990) y Berger, McBreen y Rifkin (1996), en la línea de superación de las dificultades personales a partir de la delimitación y conocimiento de las propias debilidades; y para la «Understanding the presenting problem» formulada por Goldstein y Noonan (1999), que parte de aproximaciones sucesivas a los sentimientos y problemas del sujeto, para ahondar después en su capacitación para superarlos.

Y esta misma orientación plantea María José Aguilar (2013: 326) cuando propone un «juego didáctico mnemotécnico» para los procesos de diagnóstico social al que denomina Regla SODA-MECA, en la que fusiona la identificación de situaciones satisfactorias o desfavorables y la reflexión sobre cómo mantenerlas, corregirlas o afrontarlas.

Así, para finalizar el diagnóstico bajo estas premisas, resulta útil determinar el *gap* o diferencia entre la percepción que el profesional tiene sobre la persona y la autoimagen de sí mismo. Esta es una de las ventajas de realizar una intervención con un enfoque de empoderamiento, donde el diagnóstico se obtiene por el propio usuario –junto al profesional–, permitiendo poner el foco de la intervención en las potencialidades y encaminar un procedimiento que permita conjugar los potenciales recursos disponibles para iniciar el plan de intervención.

## Reflexiones finales

Llegados a este punto, parece que en España se ha avanzado en la línea que Mary Richmond sugirió en su tiempo: la necesaria sistematización de los procesos de diagnóstico social, para que el trabajo social fuese considerado realmente científico, a la par que las incipientes ciencias que florecían a inicios del siglo XX (la sociología, la antropología, la psicología, entre otras).

Desde nuestro punto de vista, la metodología expuesta ha conformado mayor rigurosidad científica en la evaluación de necesidades; ha uniformizado procesos diagnósticos y, por tanto, ha significado un progreso en la sistematización de la profesión, y ha avanzado en la creación de conocimiento, dado que la sistematización lleva a ahondar en procesos de inferencia y deducción en la disciplina profesional y en la descripción de situaciones sociales al resto de la comunidad científica.

Ha permitido, asimismo, la devolución diagnóstica, tanto al usuario como al propio equipo interdisciplinar, es decir, permite avanzar en que tanto el sujeto-grupo familiar como el resto del equipo profesional distinga y valore los procedimien-

tos diagnósticos específicos de que se dota nuestra disciplina para realizar valoraciones sociales.

Consideramos, por tanto, que aporta una mayor seriedad y deferencia hacia el usuario, y permite superar la tan vapuleada *subjetividad* del trabajador social, dado que sus valoraciones ya no se basan en la intuición o percepción del profesional. De igual forma ha implicado un proceso de continuo aprendizaje y de perfeccionamiento en los instrumentos de verificación y también el facilitar la redacción de informes y la evaluación final.

Sin duda debemos continuar por este sendero y beneficiarnos de la onda expansiva del mismo. Este entusiasmo, sin embargo, no debe soslayarnos de ser reflexivos con los peligros que entraña una excesiva reglamentación del proceso. Así, a nuestro entender, debemos permanecer atentos en no caer en una excesiva mecanización del proceso, que llevaría a que el profesional perdiese el liderazgo del proceso y la capacidad de singularización del mismo, adecuado a las especificidades del grupo familiar; excesivas codificaciones, que llevarían a la construcción de un instrumento artificioso, poco versátil y poco manejable, y una excesiva cuantificación de las necesidades, que conllevaría un alejamiento de los preceptos de calidad del mismo. Las experiencias más recientes que incorporan el autodiagnóstico en la valoración del profesional parecen trabajar en el sentido adecuado.

Dado que, en sí mismo, el método no es bueno ni malo, útil o inútil, el «mecanismo operativo» del diagnóstico, como decía sabiamente Mary Richmond,<sup>18</sup> no garantiza los resultados cuando se carece de perspectiva imaginativa.

**Debemos permanecer atentos en no caer en una excesiva mecanización del proceso**

---

<sup>18</sup> Citada por Aguilar (2013: 296).

## Bibliografía

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Diagnóstico Social: conceptos y metodología*. Buenos Aires: Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas, 1999.
- AGUILAR, M. J. *Trabajo Social: concepto y metodología*. Madrid: Paraninfo, 2013. ISBN: 9788428334853.
- ANDER-EGG, E. *Metodología del Trabajo Social*. Barcelona: El Ateneo, 1982. ISBN: 9788470210587.
- BARBERO, J. M. *El Trabajo Social en España*. Zaragoza: Mira Editores, 2002. ISBN: 9788484651123.
- BERGER, R. L.; MCBREEN, J. T.; RIFKIN, M. J. *Human Behavior: Perspective for the helping professions*. White Plains, NY: Longman Publishing Group, 1996. ISBN: 9780801316340.
- COLOMER, M. Método de trabajo social. *Revista de Trabajo Social*. Barcelona, Asociación de Asistentes Sociales de Cataluña, 1979, n. 75. ISSN : 0212-7210.
- CONDE MEGÍAS, R. *Trabajo Social Experimental*. Valencia: Tirant Lo Blanch, 1998. ISBN 84-8456-571-8.
- *Diccionari de serveis socials*. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania, 2010. ISBN: 84-393-6300-1.
- GOLDSTEIN, E. G.; NOONAN, M. *Short-Term Treatment and Social Work Practice*. Nueva York: The Free Press, 1999. ISBN: 9781439199930.
- GREEN, L. W.; KREUTER, M. W. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto: Mayfield Publishing Co., 1991. ISBN: 978-0874847796.
- GUINOT, C. *Métodos, técnicas y documentos utilizados en Trabajo Social*. Bilbao: Deusto, 2009. ISBN: 9788498301298.
- HAMILTON, G. *Teoría y práctica del Trabajo Social de casos*. 2.ª ed. México: La prensa Mexicana, 1987.
- LABONTÉ, R. Empowerment: Notes on Professional and Community Dimensions. *Canadian Review of Social Policy*. 1990, n. 26, pp. 64-75. Consultat: 24/11/2017 <http://crsp.journals.yorku.ca/index.php/crsp/article/view/32615>.
- PERLMAN, H. The problem-solving model in social casework. En ROBERTS, R. W.; NEE, R. H. (ed.). *Theories of social casework*. Chicago: University of Chicago Press, 1970, pp. 129-180. Consultat 24/11/2017. <http://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/642698>.
- RAYA DÍEZ, E. *Indicadores de Exclusión Social: una aproximación al estudio aplicado de la exclusión*. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2006. ISBN: 9788483738382.
- RED, N. de la. *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Siglo XXI, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1993. ISBN: 8432308137.
- RED, N. de la; CRUZ, F. Intervención social en el medio rural. En RED, N. de la; RUEDA ESTRADA, D. *Intervención social y demandas emergentes*. Madrid: CCS, 2003, pp. 17-66. ISBN: 84-8316-691-7.
- RICHMOND, M. *El Diagnóstico Social*. Madrid: Siglo XXI, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, 2005. ISBN: 9788432312250.
- ROBERTIS, C. *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: El Ateneo, 1988. ISBN 9789870005582.
- SMALE, G.; TUSON, G.; STATHAM, D. *Social Work and Social Problems*. Houndmills: Palgrave, 2000. ISBN: 9780333625644.
- THOMPSON, N. Social Work with Adults. En ADAMS, A.; DOMINELLI, L.; PAYNE, M. *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates*. 2.ª ed. Basingstoke: Palgrave, 2002, pp. 209-232. ISBN: 9780230218659.